

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182243

Vítima: JAMES DE LIMA GUIMARAES

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAMES DE LIMA GUIMARAES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: JAMES DE LIMA GUIMARAES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003488

Conta: 0000010697-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 007.583.034-71 4 - Nome completo da vítima: James de Lima Guimarães

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: James de Lima Guimarães 6 - CPF: 007.583.034-71
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Dr. Silvino Nobrega 9 - Número: 372 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Jaguaribe 12 - Cidade: João Pessoa PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58035-120
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98855-1046

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3488

CONTA: 30697

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorçado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel rescor)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

João Pessoa - PB - 28/05/2020

James de Lima Guimarães

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00070.01.2020.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o registro de Ocorrência Policial Nº 00070.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:23 horas do dia 14 de maio de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **James de Lima Guimarães**, conhecido(a) por James, CNH nº 04721258384, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Moto-Boy, filho(a) de Stela Marques de Lima e Salustiano Batista de Lima, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/10/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Doutor Silvino Nóbrega, Nº 172, complemento casa., bairro Jaguaribe, tendo como ponto de referência Proximidades do Quartel do 15 Remec, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Centenário, nº s/n, Borracharia Centenária Ali Existente., João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/12/19 23:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150 Start, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor Preta., ano 2015, UF: PB, placa QFG-7986, chassi 9C2KC1670FR525005, renavam 01052954313, características gerais: Cadastrada Em Nome de José Aurélio Guimarães da Silva

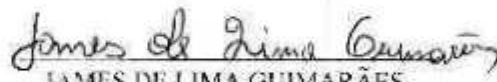
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, na noite do dia 14 de dezembro do ano de dois mil e dezenove, se conduzia na motocicleta já discriminada e, pela avenida Centenário no bairro de Cruz das Armas e, nas proximidades de uma borracharia ali existente, foi alvo de colisão por uma outra motocicleta de placa e condutor não identificado, a qual lhes atingiu na lateral de sua motocicleta, consequentemente, o notificante perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, sendo socorrido às pressas ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Fratura de Platô Tibial Esquerdo, identificada pelo CID 10 S82. 1, conforme Laudo Médico apresentado.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 14 de maio de 2020.


EVALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil


JAMES DE LIMA GUIMARÃES
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 007.583.034-71 4 - Nome completo da vítima: James de Lima Guimarães

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: James de Lima Guimarães 6 - CPF: 007.583.034-71
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Dr. Silvino Nobrega 9 - Número: 372 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Jaguaribe 12 - Cidade: João Pessoa PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58035-120
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98855-1046

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3488

CONTA: 30697

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorçado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel rescor)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

João Pessoa - PB - 28/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JAMES DE LIMA GUIMARAES
DATA DE NASCIMENTO	29/10/83
NOME DA MÃE	STELA MARQUES DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	119.909
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.210.430
DATA DO ATENDIMENTO	15/12/19
HORA DO ATENDIMENTO	00:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor em joelho esquerdo, limitação de movimentos. Exames de imagem evidencia fratura de platô tibial esquerdo. Internação para cirurgia. Operado. Evoluiu bem.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
RX de joelho esquerdo
RX de cotovelo esquerdo
RX de braço esquerdo
RX de antebraço esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de platô tibial esquerdo.

TRATAMENTO:

Tratamento cirurgico de fratura de platô tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 19/12/19
DATA DA EMISSÃO: 20/03/20

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAMES DE LIMA GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03488

CONTA: 000000010697-0

Nr. da Autenticação 742536A9BFFEC3FD

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 007.583.034-71 4 - Nome completo da vítima: James de Lima Guimarães

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: James de Lima Guimarães 6 - CPF: 007.583.034-71
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Dr. Silvino Nobrega 9 - Número: 372 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Jaguaribe 12 - Cidade: João Pessoa PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58035-120
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98855-1046

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3488

CONTA: 30697

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorçado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou nascituro (foi ressusitado)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	JAMES DE LIMA GUIMARAES	BAE	1210430	Data/Hora Entrada	15/12/2019 00:46:24	Data Baixa	
Data de nascimento	29/10/1983	Idade	36a 1m 16d	Sexo	Feminino	CNS	
Mãe	STELA MARQUES DE LIMA						Telefone de Contato (83) 999198325 Prontuário
Endereço	DOUTOR SILVINO NÓBREGA, 172	Bairro	JAGUARIBE	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA			Profissional	JORGE JOSE SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional	12278/PB
Data/Hora Classificação	15/12/2019 00:46:24			Data/Hora Prescrição	15/12/2019 05:07:44		

ANAMNESE

==ORTOPEDIA== PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUM EM JOELHO ESQUERDO, APRESENTANDO FERIMENTO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL HD: FX EXPOSTA DE PLATÔTIBIAL ESQUERDO CD: INTERNAÇÃO + LMC + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + TC DE JOELHO ESQUERDO (PARA DEFINIR CONDUTA CIRURGICO/CONSERVADOR)

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES:: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA

Diluir

GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 6,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, COM INTERVALO DE 1X AO DIA POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES:: LENTO , SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

CID10

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tíbia

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro


JORGE JOSE SOUSA PINTO
(CRM: 12278/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 15/12/2019 00:48:17



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JAMES DE LIMA GUIMARAES	BAE 1210430	Data/Hora Entrada 15/12/2019 00:46:24	Data Baixa
Data de nascimento 29/10/1983	Idade 36a 1m 16d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 999198325
Mãe STELA MARQUES DE LIMA		CNS	Prontuário
Endereço DOUTOR SILVINO NÓBREGA, 172	Bairro JAGUARIBE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2019 00:46:24		Data/Hora Prescrição 15/12/2019 04:58:52	

ANAMNESE

acidente motocicleta consciente e orientado. FERIMENTO EM FACE + DOR TORACICA A ESQUERDA + DOR MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO + JOELHO ESQUERDO ABDOMEN SEM ALTERAÇÕES #REAVLIAÇÃO PACIENTE ASSINTOMATICO DO PONTO DE VISTA TORACICO E ABDOMINAL RX DE TORAX SEM ALTERAÇÕES EXAME FISICO DO TORAX E ABDOME SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA DA CIRURGIA GERAL AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Attila Oliveira
Médico Residente-Cirurgia Geral
CRM/PB: 11.411
CRM/PE: 21.020
GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 15/12/2019 00:48:17



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JAMES DE LIMA GUIMARAES	BAE 1210430	Data/Hora Entrada 15/12/2019 00:46:24	Data Baixa
Data de nascimento 29/10/1983	Idade 36a 1m 16d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 999198325
Mãe STELA MARQUES DE LIMA		CNS	Prontuário
Endereço DOUTOR SILVINO NÓBREGA, 172	Bairro JAGUARIBE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL BRAGA CAVALCANTE	Nº Cons. Regional 9248/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2019 00:46:24		Data/Hora Prescrição 15/12/2019 03:15:36	

ANAMNESE

==ORTOPEDIA== PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO, APRESENTANDO FERIMENTO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL HD: FX DE PLATOTIBIAL ESQUERDO? CD: TC + REAVALIAÇÃO.

EXAME DE IMAGEM

OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

DANIEL BRAGA CAVALCANTE
(CRM: 9248/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em: 15/12/2019 00:48:17



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 56031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JAMES DE LIMA GUIMARAES	BAE 1210430	Data/Hora Entrada 15/12/2019 00:46:24	Data Baixa
Data de nascimento 29/10/1983	Idade 36a 1m 16d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 999198325
Mão STELA MARQUES DE LIMA		CNS	Prontuário
Endereço DOUTOR SILVINO NÓBREGA, 172	Bairro JAGUARIBE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2019 00:46:24		Data/Hora Prescrição 15/12/2019 01:07:37	

ANAMNESE

acidente motocicleta consciente e orientado. FERIMENTO EM FACE + DOR TORACICA A ESQUERDA + DOR MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO + JOELHO ESQUERDO ABDOMEN SEM ALTERAÇÕES CD: RX TORAX + RX MEMBROS + PARECER BUCOMAXILO + PARECER ORTOPEDIA + ANALGESIA

EDUCAÇÃO

IRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 6,0 (MGTSM)
CLOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

em observação

Enfermeiro

Eduardo Motta Braga
Urologia LCa. Geral
CRM: 7253 / CRM: PE 1253

EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7253/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 15/12/2019 00:48:17



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: JAMES DE LIMA GUIMARAES BE/PRONTUÁRIO 1210430
IDADE: 36 ANOS SEXO: F COR: DATA: 19/12/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA 19/mai
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR MILTON BARBOSA 1º ASS: DR. ROMERO RUAN
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	GID
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA
☐ RESIDÊNCIA

☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Jorge Pinto
Médico
CRM-PR: 1210430

DATA: 19/12/2019



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

71513311

Número:

Date: 18/12/19

Prontuário: 1230430
Data: / /

Data: ____/____/____
Reposição: _____

Caixa Pronta: _____

③ 10194

Médico: Dr. Milton

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
CX 4.5TH	panof. espongoso N. 65	01		
	" " " N. 70	01		
	" " " N. 36	01		
	" " " N. 38	02		
	" " " N. 46	01		
abusa	placa sem L 7x2	01		

[illegible]

ASSINATURA DO MEDICO CRM

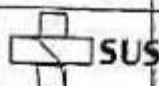
Dr.º AND FERREIRA

~~ASSINADA NA ENTREMAGEM - COREN~~

~~Edilaine da Silva~~
~~COREN-PF 1877848 - TE~~

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

✓



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HTOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HTOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

James de Lima Guimarães

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1210430

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/10/1983

9 - SEXO

Masculino

10 - FEM

3

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CDD - IBGE - MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDCE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDCE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDCE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CX 4,5 TM
01 paraf. espelhos N. 65
02 " " N. 70
03 " " N. 36
02 " " N. 38
01 " " N. 46

01 placa em L 7x2 (avulsa).

01 agulha de plexo A50

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE Jamur de Lima Guimarães

IDADE 36 RE 1210430 ENTUÁRIO

ENFERMARIA

LEITO

CIRURGIA Ata cirurg de frak do planoalto tibial

CIRULGIÃO Dr Milton AUX

PAIX

ANESTESIA Rogent + Bloqueio

ANESTESISTA Dr Tiaras

INSTRUMENTADOR Almeida

DATA 18/12/89 TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO 19:30 CIRURGIA INICIO 21:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () DIFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		FELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		FELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		FELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETANEA		FELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORANICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº17		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUNA DE PROCEDIMENTO PAX		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		FIO POLIGLACTINA Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		FITA CARDIACA	
NIMBILUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		QTD.	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CATETER DE PIC	
PROPORFOL		AGULHA RAQUÍ Nº210		CIMENTO CIRURGICO	
RANFENTANIL		AGULHA RAQUÍ Nº250		CLIP TITÂNIO LIQUADURA	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº270		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SUA ANETÔNIO		ATADURA DE CREPON		FIO STEINMAN Nº	
NOFENTAL		ATADURA CESSADA		FIO STEINMAN Nº	
NEBULIZAÇÕES		BOLSA P/ COLOSTOMIA		GRANDEADOR CIRURGICO	
ADRENALINA		CÂMULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		HEMOST ABSORVIVEL	
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEO ARTERIAL Nº		PRÓTESE VASCULAR	
BEX TRA		CATETER EPIDURAL Nº16		KIT PAN	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		EMPRESA	
DIFENONA SÓDICA		CELA PARA OSSO		4.5 TM	
EFEDRINA		COLET URNA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS 1=36 2=38	
FLUOREMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS		PARAFUSOS CORTICAIS 1=46	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS		PARAFUSOS ESPONDO 1=85	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS ESPONDO 1=30	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELIA		ELETRODOS		PARAFUSOS MALEOLAR	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANGUE		PLACA	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAGINA		ESFONDA DE PVP		QTD.	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		() ASPIRADOR	
		GAZES		() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS		() CAPNÓGRAFO	
		GEL ELETROLITICO		() CARDIOMONITOR	
		FELCO Nº14		() DESFIBRILADOR	
		FELCO Nº16		() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. DIVISIVÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	

01 agulha de plexo A50
01 plexo um 1 agulha 7x2

Ballone da Silva
COREN-PR 123456

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18 1/2 19

PRONTUÁRIO

8 1210430
ONTUÁRIO:
COR: IDADE: 36

PACIENTE: JAMES DO LIMO GUIMARAES PM		SEXO: M	COR: 70	IDADE: 36
PESO: 70 (kg)	PULS: 70	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESCO: 70	GRUPO SANGÜINEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES: 3Pm				
AP. RESPIRATÓRIO: Guimaraes		AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO: Guimaraes	ESTADO DENTAL: 70	DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO				ESTADO FÍSICO (ASA): 3
DOSE / HORA				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Tratamento cirúrgico de Fratura de Tibia				
CIRURGIÃO: Guimaraes				
CIRULHÃO: Guimaraes	AUXILIAR: Guimaraes			
INÍCIO DA ANESTESIA: 70	TERMINO DA ANESTESIA: 70	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 70		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS		
ANESTESIA: Guimaraes	CPF	CRM-PR		

Thomas Kehrwald
MEALCO
CPM 7173

[illegible]

Guilherme Mendes



[illegible]

NOTAÇÕES

☐ ANESTESIA GERAL ☐ INTRAQUIDIANA ☐ ENDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS
 TÉCNICA A+A, Pinco 2/27, CCR+SK AC 270
 MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

Purpuraccio

NAME	Wöhner		FE	CS
	22	13		

14

[illegible]

DESTINO DO PACIENTE: 6 Prescritos para
7 Polisomnografia

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA 16
Handwritten signature *Kehrwald*

OUTROS

Observações importantes: *Exame 2009*

~~Indoor Games~~

176

[illegible]

100-443886-1000

7

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: JAMES DE LIMA GUIMARAES BE/PRONTUÁRIO 1210430
IDADE: 36 a SEXO: M COR: DATA: 15/12/2019
CLÍNICA / SETOR: ORTOPEDIA
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR DANIEL 1º ASS: MR1 JORGE ,
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: KALLINE
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA EXPOSTA (PUNTIFORME) DE PLATO TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE TECISO DESVITALIZADOS	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

15/12/2019

α 

CERTE PLANT
 FNGI ASCOL 021-1



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 15/12/15

PRONTUÁRIO:

PACIENTE:

James de Lima Gumeras

SEXO:

COR:

IDADE:

36

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

90

RESPIRAÇÃO

SpO2

TEMPERATURA

PESO

70

GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL

(BOM)

(REGULAR)

(MAU)

(PESSIMO)

RISCO CIRÚRGICO

(BOM)

(REGULAR)

(MAU)

(PESSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES

UNH

AP. RESPIRATÓRIO

SpO2

AP. CIRCULATÓRIO

Estável

AP. DIGESTIVO

SpO2

ESTADO MENTAL

Reativo

DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO

DOSE

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

Fratura exposta do péto tibial (E)

ESTADO FÍSICO (ASA)

CIRURGIA REALIZADA

Amputação cirúrgica

CIRURGIÃO

Dr. Daniel

ANILIAES

INÍCIO DA ANESTESIA

04:30

TERMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CODIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH

VALORES RS

ANESTESISTA

Dr. Fernando

CPF

CRM-PB

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

Paciente está em monitoramento contínuo

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JAMES DE LIMA GUIMARAES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
2933368 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
007.581.034-41 29/10/1983

IRACAO
SALUSTIANO BATISTA DE
LIMA
STELA MARQUES DE LIMA

PERMISSAO ACC CATEG
[REDACTED] [REDACTED] AB

Nº REGISTRO
04721258384

VALIDADE 1ª HABILITACAO
05/03/2020 10/08/2009

OBSERVAÇÕES

James de Lima Guimarães

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
06/03/2015

[Signature]
ASSINATURA DO EMISSOR

06134587111
PB029785049

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO
O TERRITORIO NACIONAL
1030180370

PROIBIDO PLASTIFICAR
1030180370

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JAMES DE LIMA GUIMARAES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
2933368 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
007.581.034-41 29/10/1983

IRACAO
SALUSTIANO BATISTA DE
LIMA
STELA MARQUES DE LIMA

PERMISSAO ACC CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
04721258384

VALIDADE 1ª HABILITACAO
05/03/2020 10/08/2009

OBSERVAÇÕES

James de Lima Guimarães

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
06/03/2015

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

06134587111
PB029785049

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1030180370

PROIBIDO PLASTIFICAR
1030180370

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS - PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014481965750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
30/01/2019

VIA
1

CNPJ / CNPJ

32326211472

PLACA

QFG7986/PB

RENAVAM

01052954313

MARCA / MODELO

HONDA / CG150 START

ANO FAB

2015

CAT. TAP.F

9

Nº CHASSI

9C2KC1670FR525005

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

P A G O

PAGAMENTO

☒ S

COTA ÚNICA

☐

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

30/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

89401-1543409-20190130



AGO / 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182243 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAMES DE LIMA GUIMARAES **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA
PÁG. 1,6,7,12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS - PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014481965750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
30/01/2019

VIA
1

CNPJ / CNPJ

32326211472

PLACA

QFG7986/PB

RENAVAM

01052954313

MARCA / MODELO

HONDA/CG150 START

ANO FAB

2015

CAT. TAP.F

9

Nº CHASSI

9C2KC1670FR525005

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

P A G O

PAGAMENTO

☒ S

COTA ÚNICA

☐

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

30/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

89401-1543409-20190130



AGO / 2018

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142192/20

Vítima: JAMES DE LIMA GUIMARAES

CPF: 007.581.034-41

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAMES DE LIMA GUIMARAES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JAMES DE LIMA GUIMARAES : 007.581.034-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/05/2020
Nome: JAMES DE LIMA GUIMARAES
CPF: 007.581.034-41

JAMES DE LIMA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182243

Vítima: JAMES DE LIMA GUIMARAES

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAMES DE LIMA GUIMARAES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você