
Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200143807

Vítima: RAMON BRITO DE SOUZA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAMON BRITO DE SOUZA

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

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200143807

Vítima: RAMON BRITO DE SOUZA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAMON BRITO DE SOUZA

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 dos ombros

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: **RAMON BRITO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000039**

Conta: **0000028627-8**

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

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	036.518.174-90	RAMON BRITO DE SOUZA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
RAMON BRITO DE SOUZA	036.518.174-90	
Profissão:	Número:	Complemento:
SEMPREIRO	178	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:
JD. CAMISUINHA	CASCAVEL	PR
E-mail:	CEP:	Tel (DDD):
	58.103-718	(83) 99811-5088

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0039 CONTA: 28627 8	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 à 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 assinalado, 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 Lider 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, J. Pessoa 06/07/2020	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura
		2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03004.01.2020.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o registro de Ocorrência Policial Nº 03004.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 09:53 horas do dia 19 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Ramon Brito de Souza**, CPF nº 036.518.174-90, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria Eunice de Brito e Ednaldo Leocadio de Souza, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 24/09/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Marcia Travassos, Nº 178, bairro Jardim Camboinha, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98626-5371.

Dados do(s) Fatos:

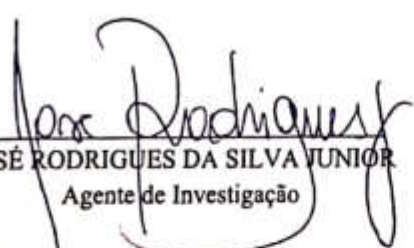
Local: Rua Rosa Lima dos Santos, Xx, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/12/19 20:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

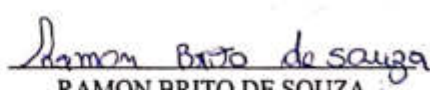
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/12/2019, POR VOLTA DAS 20:50, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA START DE COR PRETA, ANO 2018, PLACA QSC-1449/PB, CHASSI 9C2KC2500JR143307, NA RUA ROSA LIMA DOS SANTOS, BANCÁRIOS, NESTA CAPITAL, QUANDO BATEU EM UM TRANSEUNTE QUE ATRAVESSOU A PISTA EM SUA FRENTE FORA DA FAIXA DE PEDESTRES; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA.

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, 19 de março de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


RAMON BRITO DE SOUZA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

036.518.174-90

Nome completo da vítima:

RAMON BRITO DE SOUZA

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

Nome completo:

RAMON BRITO DE SOUZA

CPF:

036.518.174-90

Profissão:

SEMPREIRO

Endereço:

LUA MARIA TRAVASSOS

Número:

178

Complemento:

CASA

Bairro:

JD. CAMBOINHA

Cidade:

CASCAVELLO

Estado:

PR

CEP:

58.103-718

E-mail:

Tel (DDD):

(83) 99811-5088

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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:

0039

CONTA:

286278

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 à região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Pelo motivo assinalado, 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 Lider 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

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

J. Pessoa 06/07/2020

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Ramon Brito de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Unidade - Ilhéus, Luzânia



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1211882



Identificação do paciente			
ID 1468624	Nome RAMON BRITO DE SOUZA		Sexo Masculino
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39 anos 2 meses 26 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA EUNICE DE BRITO			Prontuário
Escolaridade			Pai EDNALDO LEOCADIO DE SOUZA
DDD Celular 83	Celular 999014018	Responsável (Parentesco) O MESMO	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Numero documento 5462739	DDD	Telefone
Local de procedência CABELO	Nº Cns		
Email	Naturalidade CABELO	Tipo MUNICIPIO	UF PB
		CBO/R	
Endereço			
CEP 58310000	Município de residência CABELO	UF PB	Logradouro MARCIA TAVARES
Numero 178	Complemento	Bairro JARDIM CAMBOINHA	
Admissão			
Data e Hora 20/12/2019 21:45:15	Numero da pulseira 100007884886	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
X _____ mmHg		Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Paciente vítima atax. moto acidentado e suco, múltiplos fr. lacrimais, Nº Inscrito de Enfermeiro COREN 222807			
Diagnóstico			CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA			Tempo 42seg

Imprimir

Endereço:
Tel:
CNES:

Boletim de Atendimento: 41297



Identificação do paciente

ID 72873	Nome RAMON BRITO DE SOUZA			Sexo Masculino
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39 anos 2 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA EUNICE DE BRITO	Pai			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
DDD Celular 83	Celular 99014018	DDD	Telefone	
Tipo documento CPF	Número documento 03651817490	Nº Cns 898001927489158		
Local de procedência	Naturalidade CABEDELO	Tipo	UF	
E-mail	CBO/R			

Endereço

CEP 58103718	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro MARCIA TRAVASSOS
Número 178	Complemento	Bairro JARDIM CAMBOINHA	

Admissão

Data e Hora 22/12/2019 17:59:11	Número da pulseira 42057	Convênio SUS
Especialidade CLÍNICA MÉDICA	Clínica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente AMBULANCIA EXTERNA (GSE/SAMU)
		Detalhe do acidente

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
PATRICIA FERNANDA SPINELLI

CID

Imprimir

Tempo
03min 20seg

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: 17/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAMON BRITO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000028627-8

Nr. da Autenticação 11553DA7F974BCB7

Hipercard

00048561



RAMON BRITO DE SOUZA
R MARCIA TRAVASSOS 178
CASA - JD CAMBOINHA
58103-718 CABEDELO - PB

PC -00

080320

Fechamento próxima fatura: 08/04/2020

Postagem: 08/03/2020
Vencimento: 18/03/2020

Emissão: 08/03/2020

Titular **RAMON BRITO DE SOUZA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.4286**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	871,05
Pagamento efetuado em 13/02/2020	- 871,05
Saldo financiado	0,00
+ Lançamentos atuais	563,93
Total desta fatura	563,93

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Vencimento

18/03/2020

A) pagamento total

563,93

B) pagamento mínimo

84,59

C) parcelas fixas

67,07
+23x 67,07



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RAMON BRITO DE SOUZA
DADOS DE NASCIMENTO 24/09/80
NOME DA MÃE MARIA EUNICE DE BRITO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.211.882
Nº PRONTUARIO 120.036
DATA DO ATENDIMENTO 20/12/19
HORA DO ATENDIMENTO 21:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CLAVICULAR E
CID 10 S 43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x pedestre), apresentando queixas de dor + edema em clavícula E, com deformidade local. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP e Oblíquo
RX do tórax - AP

TRATAMENTO:

Fratura da clavícula E aos RX. Realizado intenoamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Breno Torres e Dr. Lauri Farias da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 28/12/19
DATA DE EMISSÃO: 12/03/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Av. Orestes Lisboa, s/n - Pedro Gondim - CNEB 123312 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNEB 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1211882



Identificação do paciente			
ID 1468624	Nome RAMON BRITO DE SOUZA		Sexo Masculino
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39 anos 2 meses 26 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA EUNICE DE BRITO	Pai EDNALDO LEOCADIO DE SOUZA		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO		Telefone
DDD Celular 83	Celular 999014018	DDD	Nº Cns
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Numero documento 5462739	Tipo MUNICIPIO	
Local de procedência CABEDELO	UF PB		CROR
Email	Naturalidade CABEDELO		
Endereço			
CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro MARCIA TAVARES
Numero 178	Complemento	Bairro JARDIM CAMBOINHA	
Admissão			
Data e Hora 20/12/2019 21:45:15	Numero da pulseira 100007884886	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
X _____ mmHg		Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Paciente vítima atax. moto acidentado e suco, mulhado 8/ exames.			
Diagnóstico			
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA			CIO
			Tempo 42seg

Imprimir

Endereço:
Tel:
CNES:

Boletim de Atendimento: 41297



Identificação do paciente

ID 72873	Nome RAMON BRITO DE SOUZA			Sexo Masculino
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39 anos 2 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA EUNICE DE BRITO	Pai			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
DDD Celular 83	Celular 99014018	DDD		
Tipo documento CPF	Número documento 03651817490	Telefone		
Local de procedência	Nº Cns 898001927489158			
E-mail	Naturalidade CABEDELO	Tipo	UF	
Endereço	CBO/R			

CEP 58103718	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro MARCIA TRAVASSOS
Número 178	Complemento	Bairro JARDIM CAMBOINHA	

Admissão		
Data e Hora 22/12/2019 17:59:11	Número da pulseira 42057	Convênio SUS

Especialidade CLÍNICA MÉDICA	Clínica
Classificação de risco	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA
Indicadores e Transporte	Origem do paciente AMBULANCIA EXTERNA (GSE/SAMU)
Caso policial Não	Detalhe do acidente

Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte	Quem transportou	

Sinais Vitais		
PA	Pulso	Temperatura

Exames complementares	
Raio X []	Sangue []
Urina []	TC []
Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []	

Dados clínicos	
----------------	--

Diagnóstico	
Atendido por PATRICIA FERNANDA SPINELLI	CID

Imprimir

Tempo
03min 20seg

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Data de impressão:
22/12/2019 18:37:50

Nome: **RAMON BRITO DE SOUZA**

Prontuário: **21072** Atendimento: **41297**

Nome: **RAMON BRITO DE SOUZA**

Documento: **03651817490**

Sexo: **Masculino**

Raça / Cor: **SEM INFORMACAO**

Data de nascimento: **24/09/1980**

Idade: **39 Ano(s)**

Data Internação: **22/12/2019**

18:37:28

Unidade de internação: **URPA**

Leito: **LEITO URPA 02**

Logradouro: **MARCIA TRAVASSOS**

Número: **178**

Complemento:

Bairro: **JARDIM CAMBONHA**

Cidade: **CABEDELO**

Estado: **PB**

CEP: **58103718**

Mãe: **MARIA EUNICE DE BRITO**

Telefone: **()**

Celular: **(83) 99014018**

Convênio: **SUS**

Plano de saúde:

Gua:

Nº Cns: **898001927489158**

Tratamento: **408010207201912**

Médico: **RAFAEL DE SOUZA ANDRADE**

CPF: **01306668409**

CRM: **7398**

Especialidade: **CIRURGICO** Funcionário responsável pela internação: **PATRICIA FERNANDA SPINELLI**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

O abaixo assinado, responsável pelo paciente da plena autorização ao Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, que assistem, para levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade e realizarem as investigações que julgarem necessárias ao diagnóstico de seu mal, bem como se submeter a todas as disposições gerais contidas no regulamento da instituição.


Assinatura do Paciente ou Responsável

5462739
Número de Identidade

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Certifico que RAMON BRITO DE SOUZA deixou a Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, contra o parecer dos médicos desta instituição que o assistem, assumindo inteira responsabilidade por tal atitude.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Número de Identidade

Dados da alta

Diagnóstico Definitivo

Procedimento da Alta

Dados clínicos

Motivo de Alta

Declaração de Óbito

Data de Alta

Assinatura do Médico



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 - CNEB: 2593262

Paciente
RAMON BRITO DE SOUZA

BAE
1211882

Data/Hora Entrada
20/12/2019 21:45:15

Data Baixa

Data de nascimento

Idade

Sexo

CNS

Telefone de Contato
(83) 999014018

24/09/1980

39a 2m 27d

Masculino

Prontuário

Mão

MARIA EUNICE DE BRITO

Endereço

MARCIA TAVARES, 178

Bairro

JARDIM CAMBOINHA

Município

CABEDELO

UF

PB

Acidente

Motivo

Profissional

ISABELA MARIA CANDIDA FERREIRA DORNELAS

Nº Cons. Regional

10620/PB

MOTO X PEDESTRE

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Classificação

Data/Hora Prescrição

20/12/2019 21:45:15

20/12/2019 22:06:55

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO PEDESTRE, COM QUEIXA DE DOR EM CLAVÍCULA ESQUERDA. NEGA TCE, TRAUMA TORÁCICO OU ABDOMINAL AO EXAME EXPANSIBILIDADE TORÁCICA PRESERVADA. DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA ESQUERDA BDOME FLÁCIDO, INDOLOR CD. ANALGESIA + RX TORAX E CLAVÍCULA + PARECER DA ORTO

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

ISABELA MARIA CANDIDA FERREIRA DORNELAS
(CRM: 10620/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 20/12/2019 21:45:57



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
RAMON BRITO DE SOUZA

Data de nascimento
24/09/1980

Mãe
MARIA EUNICE DE BRITO

Endereço
MARCIA TAVARES, 178

Acidente
MOTO X PEDESTRE

Data/Hora Classificação
20/12/2019 21:45:15

BAE

1211882

Sexo

Masculino

Bairro

JARDIM CAMBOINHA

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada

20/12/2019 21:45:15

CNS

Município

CABEDELO

Profissional

FRANCISCO TULIO DE OLIVEIRA CARVALHO

Data/Hora Prescrição

21/12/2019 01:00:01

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 999014018

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

8554/PB

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO QUEIXANDO DE DOR E EDEMA EM OMBRO ESQUERDO AO EXAME EDEMA IMPORTANTE EM REGIAO DE OMBRO ESQUERDO NEURO VASCULAR PRESERVADO AO EXAME RX FRATURA DE CLAVICULA HD FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA (RISCO DE EXPOSIÇÃO) CD INTERNAMENTO HOSPITALAR + TRATAMENTO CIRÚRGICO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

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

Diluir

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

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

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

Dr. Túlio Carvalho
Ortopedia / Traumatologia
CREMEP 28053
20 DEZ 2019



**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
RAMON BRITO DE SOUZA

BAE
1211882

Data/Hora Entrada

20/12/2019 21:45:15

Data Baixa

Data de nascimento

24/09/1980

Idade

39a 2m 27d

Sexo

Masculino

CNS

Mãe

MARIA EUNICE DE BRITO

Endereço

MARCIA TAVARES, 178

Bairro

JARDIM CAMBOINHA

Município

CABEDELO

Profissional

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

Data/Hora Prescrição

21/12/2019 00:09:42

Telefone de Contato

(83) 999014018

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

9985/PB

Acidente

MOTO X PEDESTRE

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Classificação

20/12/2019 21:45:15

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE RETORNA PARA REAVALIAÇÃO. RX DE TÓRAX SEM SINAIS DE PNEUMO OU HEMOTÓRAX. NÃO VISUALIZADO FX DE ARCOS COSTAIS. EVIDENCIADO FX DE CLAVICULA ESQUERDA. CD: 1) LIBERADA DA CIRURGIA GERAL. AGUARDAR PARECER DA ORTOPEDIA.

Conduta

Em observação

Dr. Claudino Júnior
MR Cirurgia Geral
CRM PB 9985

Enfermeiro

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR
(CRM: 9985/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 20/12/2019 21:45:57



**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
RAMON BRITO DE SOUZA

Data de nascimento
24/09/1980

Mãe

MARIA EUNICE DE BRITO

Endereço

MARCIA TAVARES, 178

Acidente

MOTO X PEDESTRE

Data/Hora Classificação

20/12/2019 21:45:15

Idade

39a 2m 27d

BAE

1211882

Sexo

Masculino

Bairro

JARDIM CAMBOINHA

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada

20/12/2019 21:45:15

CNS

Município

CABEDELO

Profissional

FRANCISCO TULIO DE OLIVEIRA CARVALHO

Data/Hora Prescrição

21/12/2019 00:45:29

Data Baixa

Telefone de Contato

(63) 999014018

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

8554/PB

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO QUEIXANDO DE DOR E EDEMA EM OMBRO ESQUERDO AO EXAME EDEMA IMPORTANTE EM REGIAO DE OMBRO ESQUERDO NEURO VASCULAR PRESERVADO AO EXAME RX FRATURA DE CLAVICULA HD FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA (RISCO DE EXPOSIÇÃO) CD INTERNAMENTO HOSPITALAR + TRATAMENTO CIRURGICO

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

Dr. Tulio Carvalho
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 28053

20 DEZ 2019

FRANCISCO TULIO DE OLIVEIRA CARVALHO
(CRM: 8554/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 20/12/2019 21:45:57

Nota
Internar Paciente

Dr. Túlio Carvalho
Ortopedia / Traumatologia
CREMEB 22053

20 DEZ 2019

Enfermeiro

FRANCISCO TULIO DE OLIVEIRA CARVALHO
(CRM: 8554/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 20/12/2019 21:45:57

Nome RAMON BRITO DE SOUZA		Boletim de Atendimento 41297	Data/Hora Entrada 22/12/2019 17:59:11	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 898001927489158	Prontuário 21072
Tempo de Internação 4min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 22/12/2019 17:59:11	Data Internação 22/12/2019 18:37:28	Permanência na Unidade: 42min		Permanência no Leito: 4min

EVOLUÇÃO MÉDICA (RAFAEL DE SOUZA ANDRADE - 22/12/2019 18:41:50)**EVOLUÇÃO****DIAGNOSTICO**

-Fratura de clavícula direita no dia 20/12/19 após acidente moto versus pedestre.

RESUMO DE INTERNAÇÃO:

Transferido do HTOP após pane elétrica no hospital. Aguarda procedimento cirúrgico ortopédico.

VENTILAÇÃO MECÂNICA

INVASIVA: Não

NÃO INVASIVA: Não

AR AMBIENTE: Não

AO EXAME**EXAME FÍSICO**

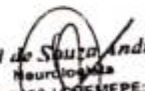
bom estado geral, corado, hidratado, eupnêico. Desvio e abaulamento em região de clavícula esquerda.

CONDUTA MÉDICA:

- mantenho analgesia de horário;
- aguardo procedimento cirúrgico ortopédico.

Seção: URPA Leito: LEITO URPA 02

Profissional responsável pela informação: RAFAEL DE SOUZA ANDRADE


Rafael de Souza Andrade
Neurologista
CRM-PB: 7398 / CREMEPE: 15159
CNS: 380016297699014
Número Conselho: 7398



Endereço: ROD. GOV. MARIO COVAS, 1782, SANTA RITA, SANTA RITA - PB, 0
Tel.: CNES: 9467718

Impresso por: PAULO ANTONIO FARIAS LUCENA
Em: 23/12/2019 15:08:34

Nome RAMON BRITO DE SOUZA	Boletim de Atendimento 41297	Data/Hora Entrada 22/12/2019 17:59:11	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/09/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 898001927489158
Tempo de Internação 20h 31min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 22/12/2019 17:59:11	Data Internação 22/12/2019 18:37:28	Permanência na Unidade: 21h 9min	Permanência no Leito: 16h 53min

EVOLUÇÃO MÉDICA (PAULO ANTONIO FARIAS LUCENA - 23/12/2019 15:08:30)

EVOLUÇÃO

INTERCORRÊNCIAS:

NEUROLOGIA

PACIENTE SENDO EVOLUIDO PELA NEUROLOGIA, DEVIDO QUADRO DE TRANSFERÊNCIA DE OUTRO SERVIÇO EM CARÁTER DE URGÊNCIA ONTEM

NO MOMENTO COM ESTADO GERAL BOM, L.O.T.E., QUEIXANDO DE DOR NO ACESSO VENOSO PERIFERICO DURANTE INFUSÃO DE MEDICAÇÕES .
SEM OUTRAS ALTERAÇÕES.

CONDUTA:

ANALGESIA
HIDRATAÇÃO

VENTILAÇÃO MECÂNICA

INVASIVA: Não

NÃO INVASIVA: Não

AR AMBIENTE: Não

Seção: OBSERVAÇÃO CATETERISMO Leito: LEITO CATE-03
Profissional responsável pela informação: PAULO ANTONIO FARIAS LUCENA

Número Conselho: 6400

Dr. Paulo A. F. Lucena
NEUROLOGISTA
CRM-PB 6400
CREME-PE 15.279

20/12/19 Paul BCC/Lorei em um outro caso no HTOP

Dr. Paulo A. F. Lucena
ORTOPEDIA
CRM-PB 9432

Obs: Paciente evolui com consciência, orientado com sistema de estímulos E, segue medicado com e sem efeitos.

Valor 430.670.

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: RAMOM BRITO DE SOUZA BE/PRONTUÁRIO 1211882
 IDADE: 39 SEXO: MASC COR: DATA: 26/12/2019
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
 CIRURGIÃO: DR BRENO 1º ASS: DR LAURI
 2º ASS: MR2 JOERGE 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: DRA . R
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Lauri P. Junior
 Ortopedista
 CRM 13509

DATA: 26/12/2019

Laurie F. O. Junior
Oncoplastic Pathology
1970-12-10

João Pessoa,

Digitalizado com CamScanner

III 1541

RECEIVED
CIRCULANTE
BORG MANN & CO. INC.
CORP. 100 N. 1ST ST. E.
MINNEAPOLIS, MINN.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1631753411

NOME
RAMON BRITO DE SOUZA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
5462739 SSP PE

CPF DATA NASCIMENTO
036.518.174-90 24/09/1980

FILIAÇÃO
EDNALDO LEOCADIO DE
SOUZA
MARIA EUNICE DE BRITO

PERMISSÃO ACC CATNAS
AD

Nº REGISTRO
03798928938

VALIDADE
05/12/2022

1ª HABILITAÇÃO
10/03/2006

OBSERVAÇÕES
A /
EAR;

Ramon Brito de Souza

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
22/12/2017

Avalek
Assessoria Unida de Trânsito

19724056575
PB035837489

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR

1631753411

PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

LACRE 00046847529

DETRAN - PB Nº 015456000737
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000-RENAVAM 20190000447924-9 EXERCÍCIO
1 0116673287-5 00/00000000 2019

NOME
RAMON BRITO DE SOUZA

CPF / CNPJ
03651817490

PLACA
QSC1449/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2KC2500JR143307

ESPECIE / TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 160 START 2018 2018

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/162 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
00/00/0000 1º
FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º
***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 23/09/2019

OBSERVAÇÕES
A.F BANCO HONDA S.A
0

ABEDELLO-PB LOCAL DATA
01/10/2019

59999999 37141

CONTRAN



Agamenon Vieira da Silva
Diretor Superintendente - DETRAN/PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200143807 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAMON BRITO DE SOUZA **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112043/20

Vítima: RAMON BRITO DE SOUZA

CPF: 036.518.174-90

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 20/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAMON BRITO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAMON BRITO DE SOUZA : 036.518.174-90

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: 09/04/2020
Nome: RAMON BRITO DE SOUZA
CPF: 036.518.174-90

RAMON BRITO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO