

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200347670**

**Vítima: LUIZ CARLOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 17/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUIZ CARLOS DA SILVA**

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: **LUIZ CARLOS DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001456**

Conta: **000000025783-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, retorno 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](http://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 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

064 357 384-40 Luiz Carlos da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo: Luiz Carlos da Silva	6 - CPF: 064 357 384-40
7 - Profissão: Recluse	8 - Endereço: Rua Luiz Olívio Pereira Siqueira 23
9 - Número: 23	10 - Complemento: A
11 - Bairro: Cristo Redentor	12 - Cidade: João Pessoa
13 - Estado: PB	14 - CEP: 58071 825
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 163) 988551045	

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

## 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

1 - 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: Carlos E. Camarim

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1456

CONTA: 001 25783 5

(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.

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

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 assinalado, sou eu o prosseguidor 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

MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  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.

NÃO ALFABETIZADO

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:

José Pessoa - 20 de Setembro de 2020  
Luiz Carlos da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00266.01.2020.1.05.101**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00266.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:14 horas do dia 23 de setembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Luiz Carlos da Silva**, conhecido(a) por Carlinhos, CPF nº 064.357.384-40, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria da Penha da Silva e José da Penha Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/12/1986 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elmano Pereira de Siqueira, Nº 23-A, complemento CASA, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Próximo da Padaria, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

### **Dados do(s) Fato(s):**

Local: Avenida Ministro José Américo de Almeida, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Mercadinho Beira-rio, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/06/20 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

### **Objeto(s) Envolvido(s):**

**(1) Moto**, modelo CG 150 TITAN ESD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2012/2012, UF: PB, placa OFH-9226, chassi 9C2KC1650CR309007, renavam 0048743586-9, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO PILOTAVA O VEÍCULO NO LOCAL JÁ DESCRITO AMBOS ANTERIORMENTE ACIMA, PERDEU O CONTROLE DO MESMO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE E QUE O DECLARANTE QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS PERTINENTES A SUA SITUAÇÃO E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM, O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DESTE ESTADO.

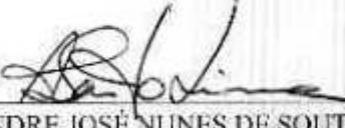
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00266.01.2020.1.05.101



Lucena/PB, 23 de setembro de 2020.

  
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

  
LUIZ CARLOS DA SILVA

Noticiante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

064 357 384-40 Luiz Carlos da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo: Luiz Carlos da Silva	6 - CPF: 064 357 384-40
7 - Profissão: Recluse	8 - Endereço: Rua Luiz Olívio Pereira Siqueira 23
9 - Número: 23	10 - Complemento: A
11 - Bairro: Cristo Redentor	12 - Cidade: João Pessoa
13 - Estado: PB	14 - CEP: 58071 825
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 163) 988531045	

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

1 - 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: Carlos E. Camarim

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1456

CONTA: 001 25783 5

(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.

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

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 assinalado, sou eu o prosseguidor 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

MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  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.

NÃO ALFABETIZADO

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:

José Pessoa - 20 de Setembro de 2020  
Luiz Carlos da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 16/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CARLOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000025783-5

---

Nr. da Autenticação 94B7AE5A8B454561

**LUIZ CARLOS DA SILVA**  
RUA JUZELINHO, 200 - SANTA SICILIA, 227/A - CRISTO REDEEMOR  
10400-050-04-28222-5077-221 (AG-11)

1997-1998-1999-2000

www.ijerph.org

#### Basic Econometric Model Data

Classe: RES/MTG 611 Subclasse: RES/DEMO/AL  
Urgencia: MEDIUM/ASOC  
Página: 18 - 1 - 501 - 614C 113 Módulo: 0000000000000000

energisa

### UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1383952-7

CADASTRE SUA FATURA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZANDO O CODIGO: 0101388947

	VALOR DA FATURA <b>R\$ 51,84</b>		VENCIMENTO <b>03/06/2020</b>
	REFERÊNCIA <b>Mai / 2020</b>		CONSUMO <b>63kWh</b>
SITUAÇÃO DE DÉBITOS			<b>2,95 kWh</b> <del>METRÔ-UNIBRA</del>

RESERVADO AO FISCO 6783-110-2850-0023-0001-0111-6753-2864

HISTÓRICO DE CONSUMO (SWH)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês	SWH	Descrição	Valor (R\$)
Jun/19	52	serviços de Luz da Energisa/PE	15,45
Jul/19	49	Combustível - gás	10,93
Agosto	52	serviços de Internet	2,97
Set/19	52	serviços de Telefonia	2,05
Out/19	52	Entrega de Sacoaria	17,45
Nov/19	52	Imóveis, Locação e Encargos	33,72
Dez/19	52	Outras despesas	0,00
Jan/20	52	Total	81,84
Fev/20	52	Entrada de Luz do Sistema de Distribuição (46,24) (61,48) (1,11)	
Mar/20	52		
Apr/20	52		
Mai/20	52		
Jun/20	52		
Jul/20	52		
Agosto	52		
Set/20	52		
Out/20	52		
Nov/20	52		
Dez/20	52		
Jan/21	52		
Fev/21	52		
Mar/21	52		
Apr/21	52		
Mai/21	52		
Jun/21	52		
Jul/21	52		
Agosto	52		
Set/21	52		
Out/21	52		
Nov/21	52		
Dez/21	52		
Jan/22	52		
Fev/22	52		
Mar/22	52		
Apr/22	52		
Mai/22	52		
Jun/22	52		
Jul/22	52		
Agosto	52		
Set/22	52		
Out/22	52		
Nov/22	52		
Dez/22	52		
Jan/23	52		
Fev/23	52		
Mar/23	52		
Apr/23	52		
Mai/23	52		
Jun/23	52		
Jul/23	52		
Agosto	52		
Set/23	52		
Out/23	52		
Nov/23	52		
Dez/23	52		
Jan/24	52		
Fev/24	52		
Mar/24	52		
Apr/24	52		
Mai/24	52		
Jun/24	52		
Jul/24	52		
Agosto	52		
Set/24	52		
Out/24	52		
Nov/24	52		
Dez/24	52		
Jan/25	52		
Fev/25	52		
Mar/25	52		
Apr/25	52		
Mai/25	52		
Jun/25	52		
Jul/25	52		
Agosto	52		
Set/25	52		
Out/25	52		
Nov/25	52		
Dez/25	52		
Jan/26	52		
Fev/26	52		
Mar/26	52		
Apr/26	52		
Mai/26	52		
Jun/26	52		
Jul/26	52		
Agosto	52		
Set/26	52		
Out/26	52		
Nov/26	52		
Dez/26	52		
Jan/27	52		
Fev/27	52		
Mar/27	52		
Apr/27	52		
Mai/27	52		
Jun/27	52		
Jul/27	52		
Agosto	52		
Set/27	52		
Out/27	52		
Nov/27	52		
Dez/27	52		
Jan/28	52		
Fev/28	52		
Mar/28	52		
Apr/28	52		
Mai/28	52		
Jun/28	52		
Jul/28	52		
Agosto	52		
Set/28	52		
Out/28	52		
Nov/28	52		
Dez/28	52		
Jan/29	52		
Fev/29	52		
Mar/29	52		
Apr/29	52		
Mai/29	52		
Jun/29	52		
Jul/29	52		
Agosto	52		
Set/29	52		
Out/29	52		
Nov/29	52		
Dez/29	52		
Jan/30	52		
Fev/30	52		
Mar/30	52		
Apr/30	52		
Mai/30	52		
Jun/30	52		
Jul/30	52		
Agosto	52		
Set/30	52		
Out/30	52		
Nov/30	52		
Dez/30	52		
Jan/31	52		
Fev/31	52		
Mar/31	52		
Apr/31	52		
Mai/31	52		
Jun/31	52		
Jul/31	52		
Agosto	52		
Set/31	52		
Out/31	52		
Nov/31	52		
Dez/31	52		
Jan/32	52		
Fev/32	52		
Mar/32	52		
Apr/32	52		
Mai/32	52		
Jun/32	52		
Jul/32	52		
Agosto	52		
Set/32	52		
Out/32	52		
Nov/32	52		
Dez/32	52		
Jan/33	52		
Fev/33	52		
Mar/33	52		
Apr/33	52		
Mai/33	52		
Jun/33	52		
Jul/33	52		
Agosto	52		
Set/33	52		
Out/33	52		
Nov/33	52		
Dez/33	52		
Jan/34	52		
Fev/34	52		
Mar/34	52		
Apr/34	52		
Mai/34	52		
Jun/34	52		
Jul/34	52		
Agosto	52		
Set/34	52		
Out/34	52		
Nov/34	52		
Dez/34	52		
Jan/35	52		
Fev/35	52		
Mar/35	52		
Apr/35	52		
Mai/35	52		
Jun/35	52		
Jul/35	52		
Agosto	52		
Set/35	52		
Out/35	52		
Nov/35	52		
Dez/35	52		
Jan/36	52		
Fev/36	52		
Mar/36	52		
Apr/36	52		
Mai/36	52		
Jun/36	52		
Jul/36	52		
Agosto	52		
Set/36	52		
Out/36	52		
Nov/36	52		
Dez/36	52		
Jan/37	52		
Fev/37	52		
Mar/37	52		
Apr/37	52		
Mai/37	52		
Jun/37	52		
Jul/37	52		
Agosto	52		
Set/37	52		
Out/37	52		
Nov/37	52		
Dez/37	52		
Jan/38	52		
Fev/38	52		
Mar/38	52		
Apr/38	52		
Mai/38	52		
Jun/38	52		
Jul/38	52		
Agosto	52		
Set/38	52		
Out/38	52		
Nov/38	52		
Dez/38	52		
Jan/39	52		
Fev/39	52		
Mar/39	52		
Apr/39	52		
Mai/39	52		
Jun/39	52		
Jul/39	52		
Agosto	52		
Set/39	52		
Out/39	52		
Nov/39	52		
Dez/39	52		
Jan/40	52		
Fev/40	52		
Mar/40	52		
Apr/40	52		
Mai/40	52		
Jun/40	52		
Jul/40	52		
Agosto	52		
Set/40	52		
Out/40	52		
Nov/40	52		
Dez/40	52		
Jan/41	52		
Fev/41	52		
Mar/41	52		
Apr/41	52		
Mai/41	52		
Jun/41	52		
Jul/41	52		
Agosto	52		
Set/41	52		
Out/41	52		
Nov/41	52		
Dez/41	52		
Jan/42	52		
Fev/42	52		
Mar/42	52		
Apr/42	52		
Mai/42	52		
Jun/42	52		
Jul/42	52		
Agosto	52		
Set/42	52		
Out/42	52		
Nov/42	52		
Dez/42	52		
Jan/43	52		
Fev/43	52		
Mar/43	52		
Apr/43	52		
Mai/43	52		
Jun/43	52		
Jul/43	52		
Agosto	52		
Set/43	52		
Out/43	52		
Nov/43	52		
Dez/43	52		
Jan/44	52		
Fev/44	52		
Mar/44	52		
Apr/44	52		
Mai/44	52		
Jun/44	52		
Jul/44	52		
Agosto	52		
Set/44	52		
Out/44	52		
Nov/44	52		
Dez/44	52		
Jan/45	52		
Fev/45	52		
Mar/45	52		
Apr/45	52		
Mai/45	52		
Jun/45	52		
Jul/45	52		
Agosto	52		
Set/45	52		
Out/45	52		
Nov/45	52		
Dez/45	52		
Jan/46	52		
Fev/46	52		
Mar/46	52		
Apr/46	52		
Mai/46	52		
Jun/46	52		
Jul/46	52		
Agosto	52		
Set/46	52		
Out/46	52		
Nov/46	52		
Dez/46	52		
Jan/47	52		
Fev/47	52		
Mar/47	52		
Apr/47	52		
Mai/47	52		
Jun/47	52		
Jul/47	52		
Agosto	52		
Set/47	52		
Out/47	52		
Nov/47	52		
Dez/47	52		
Jan/48	52		
Fev/48	52		
Mar/48	52		
Apr/48	52		
Mai/48	52		
Jun/48	52		
Jul/48	52		
Agosto	52		
Set/48	52		
Out/48	52		
Nov/48	52		
Dez/48	52		
Jan/49	52		
Fev/49	52		
Mar/49	52		
Apr/49	52		
Mai/49	52		
Jun/49	52		
Jul/49	52		
Agosto	52		
Set/49	52		
Out/49	52		
Nov/49	52		
Dez/49	52		
Jan/50	52		
Fev/50	52		
Mar/50	52		
Apr/50	52		
Mai/50	52		
Jun/50	52		
Jul/50	52		
Agosto	52		
Set/50	52		
Out/50	52		
Nov/50	52		
Dez/50	52		
Jan/51	52		
Fev/51	52		
Mar/51	52		
Apr/51	52		
Mai/51	52		
Jun/51	52		
Jul/51	52		
Agosto	52		
Set/51	52		
Out/51	52		
Nov/51	52		
Dez/51	52		
Jan/52	52		
Fev/52	52		
Mar/52	52		
Apr/52	52		
Mai/52	52		
Jun/52	52		
Jul/52	52		
Agosto	52		
Set/52	52		
Out/52	52		
Nov/52	52		
Dez/52	52		
Jan/53	52		
Fev/53	52		
Mar/53	52		
Apr/53	52		
Mai/53	52		
Jun/53	52		
Jul/53	52		
Agosto	52		
Set/53	52		
Out/53	52		
Nov/53	52		
Dez/53	52		
Jan/54	52		
Fev/54	52		
Mar/54	52		
Apr/54	52		
Mai/54	52		
Jun/54	52		
Jul/54	52		
Agosto	52		
Set/54	52		
Out/54	52	</td	

### “Students to be Medicated”

PRÓXIMA LETRA

NETA:	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITES/DETSAO (%)
Horas que a planta ficou com energia - DIC	4,95	2,57	9,81	12,62
Horas que a planta ficou sem energia - FIC	3,23	2,05	8,47	12,35
Duração do maior interrupção da energia no período - DMIC	7,77			
Duração de interrupções da energia (em horas) - DSEH	14,22			

ATENCIÓN

**Declaração de Ouição Anual de Debêts** - Conforme previsto no Lei 12.007 de 29 de junho de 2009, informante a quitação dos débitos referentes aos fatos -imentos regulares ou emergência devidamente comprovados no ano de 2018 e nos meses anteriores. Este declarante suspeita, para consumo próprio, de consumir os seguintes gêneros de consumo, as quais sejam os alimentares menores dos seguintes: a) azeite de oliva, e óleo de azeite.

• 100 •

19. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 19)



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

## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1241740 e PRONTUÁRIO nº 123173

PACIENTE: LUIZ CARLOS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 20.12.86

Data e Hora do Atendimento: 17.06.20

Horário: 9:46h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta procedente do ORTOTRAUMA apresentando quadro de trauma no ombro esquerdo com fratura da cabeça do úmero. Atendido pelo Dr. Heisenberg B. M. Almeida CRM 6229, Dr. Remo Soares CRM 2447, Dr. Alexandre Nishimi CRM 10730.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO**

CID 10 S 42 2

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**

Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do braço ombro esquerdo AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 28.06.20 com osteossíntese do úmero proximal esquerdo.

**ALTA HOSPITALAR:** Em 29.06.20 às 6:06h.

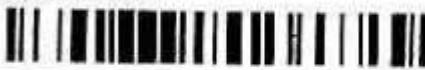
**Data da Emissão:** 17.08.20

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSIL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE  
AUDITOR CVB/HETSIL  
CRM - 3920

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Identificação do paciente						
ID 1512668	Nome LUIZ CARLOS DA SILVA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 20/12/1986	Idade 33 anos 5 meses 28 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião Prontuário			
Mãe MARIA DA PENHA DA SILVA	Pai JOSE DA PENHA SILVA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)					
DDD Celular 83	Celular 987166314		DDD Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3065717		Nº Cns 705801475129635			
Local de procedência	Tipo UF					
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R			
Endereço						
CEP 58071685	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ROSA DE FÁTIMA			
Número 23	Complemento Bairro CRISTO REDENTOR					
Admissão						
Data e Hora 17/06/2020 09:46:49	Número da pulseira 1000007950031	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Veio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou CARRO PARTICULAR					
Síntesis Vitais						
PA X mmHg	P脉	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por MISAEI DE JESUS MEDEIROS						Tempo 01seg



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

Paciente: <b>LUIZ CARLOS DA SILVA</b>	BAE: <b>1241740</b>	Data/Hora Entrada: <b>17/06/2020 09:46:49</b>	Data Baixa
Data de nascimento: <b>20/12/1986</b>	Idade: <b>33a 5m 28d</b>	Sexo: <b>Masculino</b>	CNS: <b>705801475129635</b>
Mãe: <b>MARIA DA PENHA DA SILVA</b>			Telefone de Contato: <b>(63) 987166314</b>
Endereço: <b>ROSA DE FÁTIMA, 23</b>	Bairro: <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município: <b>JOÃO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente: <b>OUTROS</b>	Motivo: <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional: <b>ANDRÉ GUSTAVO SOARES XIMENES</b>	UF: <b>PB</b>
Data/Hora Classificação: <b>17/06/2020 09:56:09</b>		Data/Hora Prescrição: <b>17/06/2020 11:00:03</b>	Nº Cons. Regional: <b>12412/PB</b>

## SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica:	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (spO2):	Hemoglicose (HGT):	Cor da Pele: <b>NORMAL</b>
Peso:	Altura (m): 0		

## ANAMNESE

Ortopedia Pcte com história de queda de moto há 4 horas, apresenta dor no ombro esquerdo. Veio encaminhado do ortotrauma de mangabeira por dr Heizenberg. Ao exame: NV preservado; adm no ombro esquerdo limitada. Rx evidenciando fratura da cabeça do úmero esquerdo. Nega alergia a medicamentos. CD: internamento para tto cirúrgico Staff: Dr Remo Castro

## 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 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)**

**CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)**

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

**OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)**

**GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)**

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

Diluir

**TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)**

**CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H**

## CUIDADOS

**FISSOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA**

**ELETROCARDIOGRAMA**

**SSVV + CCGG**

**RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERFIL ESCAPULAR E AXILAR)**

## EXAME LABORATORIAL

**COAGULOGRAMA COMPLETO**

**CREATININA**

Dr. André G. S. Ximenes

Medico

CRM-PB 12412

GLICÓSE  
HEMOGRAMA COMPLETO  
UREIA  
IONOGRAAMA  
**PROCEDIMENTO**

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES:: MSE)

**CID10**

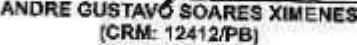
S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

**Conduta**

Internar Paciente

  
Dr. André G. S. Ximenes  
Médico  
CRM-PB 12412

Enfermeiro

  
ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES  
(CRM: 12412/PB)

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 17/06/2020 09:46:50



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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
LUIZ CARLOS DA SILVA	1241740	17/06/2020 09:46:49	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
20/12/1986	33a 5m 28d	Masculino	(83) 987156314
Mãe			Prontuário
MARIA DA PENHA DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
ROSA DE FÁTIMA, 23	CRISTO REDENTOR	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	REMO SOARES DE CASTRO	2447/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
17/06/2020 09:56:09		17/06/2020 10:21:58	

## SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica :	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (sp02):	Hemoglicoteste (HGT):	Cor da Pele: NORMAL
1esq:	Altura (m): 0		

## NAMNESE

pcte com trauma no ombro esquerdo com fratura de cabeça de úmero encaminhado do ortotrauma de mangabeira por dr heizenberg, solicitado rx

## EXAME DE IMAGEM

### RADIOGRAFIA DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDO

## CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Remo Soares  
002447  
REM0 SOARES DE CASTRO  
( 2447/PB)

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 17/06/2020 09:46:50

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: LUIZ CARLOS SILVA BE/PRONTUÁRIO 1241740  
 IDADE: 33 SEXO: FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: 28/6/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA M03  
 CIRURGIA: OSTEOSSINTESE DE UMERO PROXIMAL E  
 CIRURGIÃO: DR TIBIRIÇA MEDEIROS 1º ASS: DR. ALEXANDRE NISHIMI  
 2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: DR ANTONIO C.  
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO ANESTÉSICO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO	CÓDIGO
<b>FRATURA DE UMERO PROXIMAL</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>OSTEOSSINTESE DE UMERO PROXIMAL</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

Biópsia de Congelação:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA  
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 28/6/2020

Cirurgia de Ombro e Cotovelo  
 Operação de Traumatologia  
 Dr. Alexandre L. Nishimi  
 CRM-SP 10.190 TEC 13667

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

**PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA**

**ASSEPSIA E ANTISSEPSIA**

**APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS**

**ANTIBIOTICOPROFILAXIA**

Incisão:

**INCISAO DELTOPEITORAL**

**DIVULSAO POR PLANOS**

**HEMOSTASIA CRITERIOSA**

Achados:

**FRATURA DE UMERO PROXIMAL**

Conduta:

**REPARO TUBEROSIDADE COM ETHIBOND + REDUÇÃO CRUENTA**

**FIXAÇÃO COM PLACA ANATOMICA BLOQUEADA EM UMERO ~~COM~~ COM (PHILLIPS) + PARAFUSOS**

**CHECADO SOB ESCOPA COM BOA REDUÇÃO**

**CONTROLE DA HEMOSTASIA**

Fechamento:

**SUTURA POR PLANOS**

**CURATIVOS ESTÉREIS**

**RX DE CONTROLE**

**TIPOIA VELPEAU**

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

28/6/2020

CRM-06.10.730 / 16011961  
Cirurgia de Ortopedia e Traumatologia  
Ortopedista e Traumatologista  
M. Alvaro Andrade V. Nishimura





## CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

HEPSH

### Período Pré-Operatório

16/02  
Domingo

#### 1.1 Dados de Identificação

Nome: Kiuz Carlos Silva BE/Prontuário: 3243740

Idade: 33 Sexo: M Enfermaria: \_\_\_\_\_ leito: \_\_\_\_\_

Data da visita Pré-Operatória: 26/06/20 Hora: \_\_\_\_\_

Alergias: ( ) sim (✓) não ( ) não sabe Quais: \_\_\_\_\_

Dor: ( ) presente ( ) ausente Local: \_\_\_\_\_

Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Checar exames pré operatório( hemograma, glicemia, SSVV, ECG e risco cirúrgico) OK

OBS: \_\_\_\_\_

Chegar documentos: visita pré-cirúrgica (✓), visita pré - anestésica ( ) Termo de autorização para procedimento cirúrgicos( ) OBS: \_\_\_\_\_

Utilização( ) sim ( ) não

Orientações: \_\_\_\_\_

(✓) Retirar prótese e adornos

(✓) Jejum informado

(✓) Orientação sobre: banho com clorexidina deg-1-2horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa, confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico

(✓) Realizar tricotomia Dra Fabiana Souza, Datas

Enfermeiro/Coren(a): COREN 031700-ENF

Obs. Sinalizar aos enfermeiros plantonistas e aos médicos responsáveis quaisquer pendências.

### Período Transoperatório

Procedimento: Tto. Eix. de Trat. de Ómero Proximal (E)

#### 1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| (✓) identidade                          | concluída/avaliação pré-anestésica |
| (✓) Sítio demarcado                     | (✓) Consentimento informado        |
| (✓) Procedimento cirúrgica              | (✓) Jejum                          |
| (✓) Verificação de segurança anestésica |                                    |

> O PACIENTE POSSUI:  
Via aérea difícil/ risco de aspiração?

( ) Não (✓) Sim e equipamento/ Aspiração disponível ( ) Houve recusa de resposta médica

Risco de perda sanguínea > 500ml . ( 7ml/kg em crianças)?

- ( ) Não
- (✓) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos
- (✓) Reserva Hemocomponentes
- ( ) Houve recusa da resposta médica

> Checagem equipamentos

(✓) Monitorização	(✓) Bisturi elétrico (placa + cabo)	(✓) Suporte de oxigênio
(✓) Aspirador	(✓) Carro de anestesia + gármes + oxigênio e agentes inalatórios	
(✓) OPME	( ) não se aplica	(✓) Realização de desinfecção na sala N° <u>01</u>
(✓) Conferir esterilização das embalagens	( ) Houve recusa da resposta médica	

> ACESSO VENOSO

(✓) Periférico ( ) ACV

Documento de Alta

<b>Nome:</b> LUIZ CARLOS DA SILVA		<b>Número Prontuário:</b> 123173	
<b>Data de Nascimento:</b> 20/12/1986	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 17/06/2020 12:27:54	<b>Data de Alta:</b> 29/06/2020 06:06:15
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> TRATAMENTO CIRÚRGICO DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO			
<b>Resumo da Internação:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL E #12°DIH #IA ADMISSAO: Pote com história de queda de moto há 4 horas, apresenta dor no ombro esquerdo. Velo encarcerado de intrauma de mangueira por dr Heisenberg. Ao exame: NV preservado; adm no ombro esquerdo limitada. Rx ev. certificando fratura da cabeça do úmero esquerdo. Nega alergia medicamentosa HOJE. PACIENT NO 1°DPO OSTEOSSÍSTENTE DE UMERO PROXIMAL E SEM INTERCORRÊNCIAS. POR DR ALEXANDRE NISHIME CD: ALTA HOSPITALAR ATB AINES ANALGÉSICOS ORIENTAÇÕES RETORNO AMBULATORIAL. HEMI-J STAFF DR HEISEMBERG			
<b>Resultado de Exames:</b> RADIOGRAFIA EXAMES LABORATORIAIS EXAME CLÍNICO			
<b>Tratamento:</b> ALTA HOSPITALAR ATB AINES ANALGÉSICOS ORIENTAÇÕES RETORNO AMBULATORIAL HEMI-J			
<b>Diagnóstico:</b> S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero			
<b>Recomendações:</b> TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS SEGUIR ORIENTAÇÕES RETORNO AMBULATORIAL			

Data: 29/06/2020

CLEMENTINO ALEXANDRE DE  
CALDAS NETO  
CRM: 7596 - PB

dr. Heisenberg R. H. Alencar  
MÉDICO HOSPITALAR PB/6129  
CRM: 4900710-27 29/06/2020

### Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A) **LUIZ CARLOS DA SILVA**

RG (IDENTIDADE):

**3065717**

FOI ATENDIDO (A) POR **CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO**

NO (A) **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

NO DIA **19/06/2020 10:05:41**

NECESSITANDO DE **60** - sessenta

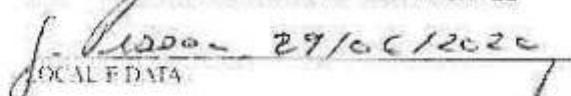
DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CÓD: **S42,2**

**S42.2**

OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

  
LOCAL E DATA  
**29/06/2020**

ASSINATURA DO MÉDICO ODONTOLOGO  
(cadastrado com seu nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO  
ART. 27 DE CLPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E  
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE  
AFASTAMENTO DO TRABALHO

  
----- **CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO**  
(7596/PB)

3218-5822



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

## CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: ing. Carlos de  
Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 14/06/2020

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

#### MÉDICO (CARIMBO):

DIAGNÓSTICO: *Fractura Plana de la Cadera*

## PROCEDIMENTO: *It's a mess.*

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
Em 10 dias	Ortopedia Dr. Almeida Pishino com especialista e enfermeira		

F(NG).APC.035-1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA FAZENDA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1631715571

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA

DOC. IDENTIFICAÇÃO / ORG. EMISSOR N° 30657189 - SEP - PB

CPF: 064.357.384-40 DATA NASCIMENTO: 20/12/1986

PALETA: JOSE DA PENHA SILVA  
MARIA DA PENHA DA SILVA

PERÍODO: RCC / CRIME: AD

Nº REGISTRO: 04688657390 VALIDEZ: 30/11/2023 TÍTULO: 06/07/2009

ASSINATURA: LUIZ CARLOS DA SILVA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1631715571

PROIBIDO PLASTIFICAR

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF  
Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Identificação  
064.357.384-40

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA  
Machado  
20/12/1986

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 920

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1631715571

Assinatura: LUIZ CARLOS DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1631715571

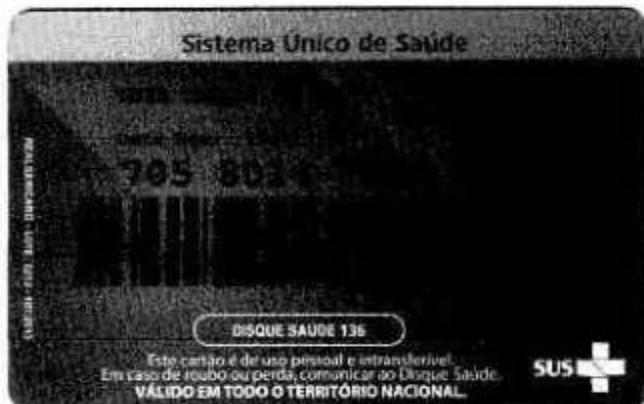
REGISTRO GERAL: 30657111 DATA DE EMISSÃO: 27/12/2017

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA  
José da Penha Silva  
Maria da Penha da Silva  
João Pessoa - PE. 20/12/1986

Cert. Nasc. N° 42855. fls. 106. liv. A-10  
CPF: 064.357.384-40

Assinatura: LUIZ CARLOS DA SILVA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1631715571



DETRAN - PB		N. 014666609934	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PB Nº 014666609934	
1 00487435960		00/00000000 2019	
LUIZ CARLOS DA SILVA		NOME	
06435738430		06435738430	
NOVO		NOVO	
HONDA/CITY 150 HYBRID ESD		HONDA/CITY 150 HYBRID ESD	
2012		2012	
EX-PROPIETÁRIO: NÃO APAREC		EX-PROPIETÁRIO: NÃO APAREC	
ATÉ 07/2018		ATÉ 07/2018	
PAGAMENTO DAS		PAGAMENTO DAS	
1 IPVA 2018		1 IPVA 2018	
2 PIS/PASEP		2 PIS/PASEP	
3 PASEP		3 PASEP	
VALOR TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO		VALOR TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO	
R\$ 19.000,00 19/08/2019		R\$ 19.000,00 19/08/2019	
SETORRESA DE DIREITOS		SETORRESA DE DIREITOS	
0		0	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.600/001-04		CNPJ 09.248.600/001-04	
2019-153165420190822		2019-153165420190822	
0		0	
DETRAN		DETRAN	

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CKPJ 02.243.601-04

卷之三

JRC-E-PERSOON

JRC-E-PERSOON

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE  
TRANSPORTADAS OU NÃO

DAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
POR SUA CARGA, A PESSOAS  
SEGURADO DPVAT

PB N° 014666609934

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](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

22/08/201

1	06435738440	CPF / CNPJ	PLACA	OFH9226 / PB	
00487435869	RENAVAM	HONDA / CG 150	MARCA / MODELO	TITAN ESD	
2012	ANO FAB	9	CAT. FAB	Nº CHASSI	9C2KC1650CR309007

### PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURADO	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) P A G O
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO PARCELADO	<input type="checkbox"/> DATA DE OBTENÇÃO 15/08/2019

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.604/0001-04

52006-1531051-20190822

MI-2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200347670      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ CARLOS DA SILVA      **Data do acidente:** 17/06/2020      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/10/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CABEÇA DO ÚMERO ESQUERDO.P.3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA+PARAFUSOS) - ALTA MÉDICA.  
P.3,6,7,10

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO 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:** VÍTIMA COM 33 ANOS/FOLHA CIRÚRGICA-P.6,7.

**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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

#### - IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA \_\_\_\_\_

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDERECO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_

CPF DO PORTADOR \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

TELEFONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COM COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

#### - DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COM COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O: LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE \_\_\_\_\_ / RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA \_\_\_\_\_
- DATA \_\_\_\_\_
- NOME \_\_\_\_\_
- ASSINATURA \_\_\_\_\_ / ASSINATURA \_\_\_\_\_
- DATA \_\_\_\_\_
- NOME \_\_\_\_\_
- ASSINATURA \_\_\_\_\_ / ASSINATURA \_\_\_\_\_
- DATA \_\_\_\_\_
- NOME \_\_\_\_\_
- ASSINATURA \_\_\_\_\_ / ASSINATURA \_\_\_\_\_
- DATA \_\_\_\_\_
- NOME \_\_\_\_\_

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274187/20

**Vítima:** LUIZ CARLOS DA SILVA

**CPF:** 064.357.384-40

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/06/2020

**Titular do CPF:** LUIZ CARLOS DA SILVA

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**LUIZ CARLOS DA SILVA : 064.357.384-40**

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](http://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: 28/09/2020  
Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA  
CPF: 064.357.384-40

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

---

LUIZ CARLOS DA SILVA

---

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE