

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, 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: 064 357.384-40 4 - Nome completo da vítima: Luiz Carlos da Silva

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

5 - Nome completo: Luiz Carlos da Silva 6 - CPF: 064 357.384-40
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Luiz Olmaro Pereira Siqueira 23 9 - Número: 10 - Complemento: A
11 - Bairro: Cristo Redentor 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58072-825
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 183 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 1456 CONTA: 00025783 5
(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.

Peço, 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 contestar 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 (vai nascer)? ☐ 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 - 28 de Setembro de 2020

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 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) Fatos:

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 POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA 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 POLÍCIA CIVIL DESTES ESTADOS.

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

LUÍZ CARLOS DA SILVA

Noticiante



CIVIL
PARAÍBA

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: 064 357.384-40 3 - CPF da vítima: 064 357.384-40 4 - Nome completo da vítima: Luiz Carlos da Silva

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

5 - Nome completo: Luiz Carlos da Silva 6 - CPF: 064 357.384-40
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Luiz Olmaro Pereira Siqueira 23 9 - Número: 23 10 - Complemento: A
11 - Bairro: Cristo Redentor 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58072-825
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 1456 CONTA: 00025783 5
(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.

Peço, 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 contestar 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 (vai nascer)? ☐ 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 - 28 de Setembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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



 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1383952-7

CADASTRE SUA FATURA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZANDO O CODIGO: 01013839167

 <p>VALOR DA FATURA</p> <p>R\$ 51,84</p>	 <p>VENCIMENTO</p> <p>03/06/2020</p>
 <p>REFERÊNCIA</p> <p>Mai / 2020</p>	 <p>CONSUMO</p> <p>63kWh</p> <p><small>2.16 kWh MÉDIA</small></p>
<p>SITUAÇÃO DE DÉBITOS</p>	

DESCRITIVO									
CC	Descricao	Quant	Valor	Base Calc	Ala	CMV Base Calc	CMV	Ala	CMV
			R\$	R\$	%	R\$	R\$	%	R\$
001	CONCRETO ARMADO	10	1000	1000	10	1000	1000	10	1000
002	CONCRETO ARMADO	20	2000	2000	20	2000	2000	20	2000
003	CONCRETO ARMADO	30	3000	3000	30	3000	3000	30	3000
004	CONCRETO ARMADO	40	4000	4000	40	4000	4000	40	4000
005	CONCRETO ARMADO	50	5000	5000	50	5000	5000	50	5000
006	CONCRETO ARMADO	60	6000	6000	60	6000	6000	60	6000
007	CONCRETO ARMADO	70	7000	7000	70	7000	7000	70	7000
008	CONCRETO ARMADO	80	8000	8000	80	8000	8000	80	8000
009	CONCRETO ARMADO	90	9000	9000	90	9000	9000	90	9000
010	CONCRETO ARMADO	100	10000	10000	100	10000	10000	100	10000

DOI: 10.1002/eqe.1290
 Published online 11 October 2006

[illegible]

RESERVADO AO FISCO c7d3 c1eb 296d 5923 e6b1 0f7f 6753 26b4

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mai/15	53	Descrição Serviço de Luz de Energia PB Consumo de Energia Serviço de Transmissão Energia Delimitada Impostos, Taxas e Encargos Custos Adicionais	Valor (R\$) 1,16 17,97 0,00 0,00 17,48 0,00
Jun/15	54		
Jul/15	49		
Ago/15	52		
Sep/15	51		
Out/15	54		
Nov/15	62		
Dez/15	60		
Jan/16	59		
Fev/16	58		
Mar/16	55	Total 61,84	100,00
Abr/16	52		
Mai/16	57		

Anterior 27/04/20 10157
 Atual 27/05/20 10220
 Consumo 89kWh
 Período 30 dias
 Constante de medição 1

PRÓXIMA LEITURA
 01/06/2020 10280

(Carga de Uso do Sistema de Distribuição) (Ver 27/05/20) 48.75.11

* Instruments related to...

INDICADORES DE QUALIDADE		PERÍODO: 1º a 3º TRIMESTRE 2007		CONJUNTO 2007	
ÍNDICE	VALOR	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
Meta					
Índice de satisfação com energia - DC	4,95	2,57	3,81	12,82	10,00
Índice de satisfação com energia - FC	3,23	2,00	3,47	12,95	10,00
Qualidade de medição e faturamento de energia por período - DMG	2,77				2,77
Qualidade de faturamento e atendimento ao cliente - DACR	12,22				12,22

ATENÇÃO

Declaração de Quitação Anual de Débitos: Conforme previsto na Lei 12.037 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos fabricamentos regulares de energia elétrica destinada ao consumo doméstico por ano de 2010 e nos anos anteriores. Este documento possui caráter informativo e não substitui o cumprimento das obrigações de consumo, as quais são de responsabilidade dos titulares dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

- Para preservar sua saúde, e evitar os riscos para a vida, evite beber pelos canos verticais. Sds. Agg. Empresa CNE-WhatsApp (31) 9913-5547

de más: 0800 726 2492
Colvidoria: 0800 725 7474

CC BY-NC-ND 4.0



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

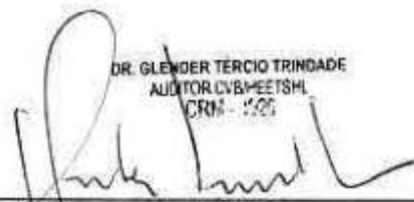
CID 10 S 42 2

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 TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM - 1500
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1241740



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			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por MISAEL DE JESUS MEDEIROS				Tempo 01seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sumos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente LUIZ CARLOS DA SILVA	BAE 1241740	Data/Hora Entrada 17/06/2020 09:46:49	Data Baixa
Data de nascimento 20/12/1986	Idade 33a 5m 28d	Sexo Masculino	CNS 705801475129635
Mãe MARIA DA PENHA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 987166314
Endereço ROSA DE FÁTIMA, 23	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES	UF PB
Data/Hora Classificação 17/06/2020 09:56:09		Data/Hora Prescrição 17/06/2020 11:00:03	Nº Cons. Regional 12412/PB

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica:	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (spO2):	Hemoglicoteste (HGT):	Cor da Pele: NORMAL
Peso:	Altura (m): 0		

ANAMNESE

Ortopedia Pte com história de queda de moto há 4 horas, apresenta dor no ombro esquerdo. Veio encaminhado do ortotrauma de mangueira por dr Heizenberg. Ao exame: NV preservado; adm no ombro esquerdo limitada. Rx evidenciando fratura da cabeça do umero esquerdo. Nega alergia medicamentosa CD: internamento para tto cirurgico 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

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

ELETRCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

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

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

Dr. Andre G. S. Ximenes

CRM-PB 22412

GLICÓSE
HEMOGRAMA COMPLETO
UREIA
IONOGRAMA

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente LUIZ CARLOS DA SILVA	BAE 1241740	Data/Hora Entrada 17/06/2020 09:46:49	Data Baixa
Data de nascimento 20/12/1986	Idade 33a 5m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987166314
Mãe MARIA DA PENHA DA SILVA		CNS 705801475129635	Prontuário
Endereço ROSA DE FÁTIMA, 23	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional REMO SOARES DE CASTRO	Nº Cons. Regional 2447/PB
Data/Hora Classificação 17/06/2020 09:56:09		Data/Hora Prescrição 17/06/2020 10:21:58	

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica :	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (spO2):	Hemoglicoteste (HGT):	Cor da Pele: NORMAL
Peso:	Altura (m): 0		

NAMNESE

pcte com trauma no ombro esquerdo com fratura de cabeça de umero 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
005002447
REMO SOARES DE CASTRO
(: 2447/PB)

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

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
Condução:

REPARO TUBEROSIDADE COM ETHIBOND + REDUÇÃO CRUENTA
FIXAÇÃO COM PLACA ANATOMICA BLOQUEADA EM Umero 6080 COM (PHILLUS) + PARAFUSOS
CHECADO SOB ESCOPIA COM BOA REDUÇÃO
CONTROLE DA HEMOSTASIA

Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTÉREIS
RX DE CONTROLE
TIPOIA VELPEAU
Observação:

Dr. Alexandre V. Nishimi
 Cirurgião de Urologia e Transplante
 CRM-08.10.730 / 15.04.1967

Médico/CRM:

João Pessoa,

28/6/2020

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: Luiz Carlos da Silva
 IDADE: 33a BE: 1241740 SEXO: M INTERMUNICIA: LEITO
 CIRURGIÃO: Fratura de úmero proximal (E)
 CIRURGIÃO: Dr. Tiburcio + Dr. Alexandre
 ANESTESIA: Flxo + oxidação
 ANESTESISTA: Dr. Antônio + Dr. Anderson (K.)
 INSTRUMENTADOR: Rox
 DATA: 23.06.2020 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INIC. 09:40 FIM: 10:07:55 CURSUA INIC. F: 09:30
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA X ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO X LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA ()

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	SOLUÇÕES	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL			FELO Nº 1		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			FELO Nº 2		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			FELO Nº 3		FIO DE AÇO Nº	
ETANINA			FELO Nº 4		FIO DE AÇO Nº	
PROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO			QTD. LÂMINA BISTURI Nº 11		FIO DE NYLON Nº	
FEVOBARBITAL		ALCOOL 70% OK	LÂMINA BISTURI Nº 13		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	1	PVP DEGERMANTE OK	LÂMINA BISTURI Nº 15		FIO POLIGLACTINA Nº	20
FLUMAZENIL		PVP TINTURA OK	LÂMINA BISTURI Nº 16		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVP TÓPICO OK	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOSUPINACINA O/VASO	1	SABÃO ANTISÉPTICO OK	LÂMINA DE ENDERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOSUPINACINA S/VASO	1	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. 00		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA O/VASO	1	AGULHA 13X4,3	LUVA ESTÉRIL Nº 7,6	1	FIO POLIGLACTONA Nº	
LIDOCAÍNA S/VASO	1	AGULHA 25X37	LUVA ESTÉRIL Nº 7,5	1	FIO POLIGLACTONA Nº	
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X38	LUVA ESTÉRIL Nº 8,0	1	FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº 8,5	1	STA. CARDIACA	
NIOTILUM		AGULHA PERIDURAL Nº 18	MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº 17	MÚLTIPLAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº 18	PERFORADOR DE SONO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº 250	SCALP Nº 9		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIPENTANIL		AGULHA RAQUI Nº 250	SCALP Nº 12		FIO DE KIRSCHNER Nº	1,5
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº 250	SERINGA 1ML	1	FIO DE KIRSCHNER Nº	1,5
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 1ML	1	FIO STERNMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 1ML	1	FIO STERNMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 1ML	1	GRAPHEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOIA RYCOLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 1		MENOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 2		UTI. DERIVA VENTRICULAR	
GLA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 13		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEO ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14		UTI. FAM	
HEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº 6	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOTINA	19	CATETER EPIDURAL Nº 7	SONDA FOLEY VIAS Nº 12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº 8	SONDA FOLEY VIAS Nº 14		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA	1	COLET. URINA FLEXÍVEL	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONHOSOS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONHOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONHOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE FENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAS	
HIDROCORTISONA	1	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAS	
LIDOCAÍNA GELEIA	1	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASETRONA	1	EQUIPO MICROOTAS	TUBO SILEXONE (LATEX)		PLACA	
PLASEL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTOMINE		EQUIPO MICROOTAS				
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI				
TENOLOCAN	1	ESPARADRAPO				
		GAZES				
		GAZES ALGODADAS				
		GEL ELETROLÍTICO				
		FELO Nº 14				
		FELO Nº 16				
		Agulha 13x4,3				

EQUIPAMENTOS
 () ASPIRADOR
 () BISTURI ELÉTRICO
 () CAPNÓGRAFO
 () CARDIOMONITOR
 () CISTERNALADOR
 () FOCO AUDILAR
 () FOCO CENTRAL
 () MICROSCOPIO
 () OXÍMETRO DE PULSO
 () P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA
 () REFLUXADOR ELÉTRICO
 () SERRA

Assinatura: Luiz Carlos da Silva
 Assinatura: Dr. Tiburcio
 Assinatura: Dr. Alexandre
 Assinatura: Dr. Antônio
 Assinatura: Dr. Anderson (K.)
 Assinatura: Rox

usado 1 copo 1 colher



CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

HEETS-1

Período Pré-Operatório

16/02
Domingo

1.1 Dados de Identificação

Nome: Fabrizio Carlos SilvaIdade: 33 Sexo: M BE/Prontuário: 1243740Data da visita Pré-Operatória: 26/06/20 Hora: _____ Enfermaria: _____ leito: _____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)

OBS: OKChegar 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

Enfermeiro/Coren(a): Dra. Fabiana Regina B. Dias

COREN/PR 220-ENF

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

Período Transoperatório

Procedimento: Tto. Cir. de Trat. de Ombro Proximal (E)

1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

- | | |
|---|---|
| (<input checked="" type="checkbox"/>) identidade | concluída/avaliação pré-anestésica |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) Sítio demarcado | (<input checked="" type="checkbox"/>) Consentimento informado |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) Procedimento cirúrgica | (<input checked="" type="checkbox"/>) Jejum |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) 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

- | | | |
|---|---|--|
| (<input checked="" type="checkbox"/>) Monitorização | (<input checked="" type="checkbox"/>) Bisturi elétrico (placa + cabo) | (<input checked="" type="checkbox"/>) Suporte de oxigênio |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) Aspirador | (<input checked="" type="checkbox"/>) Carro de anestesia + alarmes + oxigênio e agentes inalatórios | |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) OPME | (<input checked="" type="checkbox"/>) não se aplica | (<input checked="" type="checkbox"/>) Realização de desinfecção na sala N° <u>01</u> |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) Conferir esterilização das embalagens | () Houve recusa da resposta médica | |

> ACESSO VENOSO

(☒) Periférico () ACV

Documento de Alta

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA			Número Prontuário: 123173
Data de Nascimento: 20/12/1986	Sexo: Masculino	Data de Internação: 17/06/2020 12:27:54	Data de Alta: 29/06/2020 06:06:15
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: TRATAMENTO CIRURGICO DE UMERÔ PROXIMAL ESQUERO			
Resumo da Internação: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERÔ PROXIMAL E #12ºDIH NA ADMISSÃO: Paco com historia de queda de moto ha 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 umero esquerdo. Nega alergia medicamentosa HOJE. PACIENT NO 1ºDPO OSTEOSSISTENTE DE UMERÔ PROXIMAL E SEM INTERCORRENCIAS. POR DR ALEXANDRE NISHIME CD: ALTA HOSPITALAR ATB APNES ANALGESICOS ORIENTACOES RETORNO AMBULATORIAL HEMI-J STAFF DR HEISEMBERG			
Resultado do Exames: RADIOGRAFIA EXAMES LABORATORIAIS EXAME CLINICO			
Tratamento: ALTA HOSPITALAR ATB APNES ANALGESICOS ORIENTACOES RETORNO AMBULATORIAL HEMI-J			
Diagnóstico: S42.2 - Fratura da extremidade superior do umero			
Recomendações: TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS SEQUIR ORIENTAÇÕES RETORNO AMBULATORIAL			

Data: 29/06/2020

Dr. Heizenberg R. M. Almeida
MÉDICO CRM PB 6229
CNS 499001627-204240

CLEMENTINO ALEXANDRE DE
CALDAS NETO
CRM: 7596 - PB



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



Senador Humberto
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031000
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

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**

DO(A) **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

NO DIA **17/06/2020 10:05:41**

NECESSITANDO DE **60**

- sessenta

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S42.2**

S42.2

OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

J. Pessoa **29/06/2020**
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ODONTÓLOGO

(carimbo contendo 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
CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO
(7596/PB)

HUTSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

3218-5822



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



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Luiz Carlos da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 14/06/2020

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: Fratura Unco Proximal

PROCEDIMENTO: Fixação Cirúrgica

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
<u>Em 10 dias</u>	<u>Ortopedia</u>		
	<u>Dr. Alexandre Mishine</u>		
	<u>em especialidade</u>		
	<u>e Ortopedia</u>		

F(NG).APC.035-1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PARAÍBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1631715571

PROIBIDO PLASTIFICAR
1631715571

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE: 3065717 SEP PB

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

FILIAÇÃO: JOSE DA PENHA SILVA
MARIA DA PENHA DA SILVA

PERMANÊNCIA: ☐ **ACC:** ☐ **CADASTRO:** ☐

Nº REGISTRO: 04688657390 **VALIDADE:** 30/11/2022 **1ª EMISSÃO:** 06/07/2009

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO TITULAR: Luiz Carlos da Silva

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO:** 15/12/2017

ASSINATURA DO EMISSOR: [Assinatura]

PARAÍBA

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

P.920

Assinatura do Titular: Luiz Carlos da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3065717 **DATA DE EMISSÃO:** 27/12/2002

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA
Filiação: José da Penha Silva
Maria da Penha da Silva
Localidade: João Pessoa-PB. **Data Nascimento:** 20.12.1986

Cert. Nascimento: Nº 42855.fls.106.liv.A-40
CPF: 064.357.384-40
Assinatura do Diretor: [Assinatura]

CERTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cartão de Pessoa Física

Número de Identificação: 064.357.384-40

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA

Nascimento: 20/12/1986

Sistema Único de Saúde

Número de Identificação: 705 803

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque Saúde.
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS

MINISTÉRIO DE TRANSPORTES

Nº 014666609934

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 00487435869 00/00000000 2019

LUIS CARLOS DA SILVA

06435738440

GFH5226/PB

NOVO EB 902KC1650CR309007

EMB/MOTORCICLIZ/NAO APPLIC ALCO/CASOL

HONDA/CG 150 TITAN ESD 2012 2012

2 CB/199 /CI EXATICA VERMELHA

IPVA PAGO EM 08/08/0000 1º VENC. COFAS

P	V	PARTELAUENTOCOTAS	1º	2º	3º
0	0				

SEGURO E A G O 19/08/2019

SEM RESERVA DE DEBITO

0

JORO PESSOAL 22/08/2019

PB Nº 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.seguradoraalder.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 22/08/2019

1 06435738440 GFH5226/PB

00487435869 HONDA/CG 150 TITAN ESD

2012 902KC1650CR309007

PRÊMIO TARIFARIO

PNS (R\$)	DOATAM R	CUSTO DO SEGURO (R\$)
00000000	00000000	00000000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00000000

SEGURO E A G O 19/08/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/01-04
020006-1531051-20190822

1-2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR
VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE,
TRANSPORTADAS OU NA

CAUSADOS POR VEICULOS
POR SUA CARGA, A PESSOA
SEGURO DPVAT

PB Nº 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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

22/08/2019

1

CPE / CNPJ

06435738440

PLACA

OFH9226 / PB

RENAVAM

00487435869

MARCA / MODELO

HONDA / CG 150 TITAN ESD

ANO FAB

2012

CATASE

9

Nº CHASSI

9C2KC1650CR309007

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

P A G O

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

19/08/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

52066-1531051-20190822

191-2019

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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Aguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

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 CARTEIRA 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)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA 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, TAIS COMO CÓPIA 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 CARTEIRA 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

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 CARTEIRA 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 RECEITUÁRIO 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

Da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274187/20

Vítima: LUIZ CARLOS DA SILVA

CPF: 064.357.384-40

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 17/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DA SILVA

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 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