

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do acidente: 22/07/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO(BILATERAL) COM LESÃO DO NERVO RADIAL DIREITO.
FRATURA DO ARCO COSTAL ESQUERDO.
FRATURA DO RAMO PÚBLICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- ÚMERO
TRATAMENTO CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do acidente: 22/07/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de arco costal esquerdo.
Fratura diafisária de úmero bilateral.
Lesão do nervo radial direito.
Fratura de ramo púbico esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM BRAÇO DIREITO E ESQUERDO COM PERDA DE 100% DE EXTENSÃO DE MÃO + PUNHO DIREITO + PREJUÍZO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO + DEFICIT DA ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO EM 50% DE OMBRO DIREITO.
OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 50% ROTAÇÃO INTERNA, ROTAÇÃO EXTERNA E ABDUÇÃO.
COM QUEIXAS LOMBARES NA DEAMBULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO OSTEOSÍNTESE DOS DOIS ÚMEROS COM EXPLORAÇÃO DE NERVO RADIAL DIREITO.
ALTA EM 13-08-2018.
FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			65 %	R\$ 8.775,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439917/18

Número do Sinistro: 3180572513

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

CPF: 714.740.884-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IARA CANDIDO PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

IARA CANDIDO PEREIRA : 714.740.884-57

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2018
Nome: IARA CANDIDO PEREIRA
CPF: 714.740.884-57

IARA CANDIDO PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180572513

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IARA CANDIDO PEREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: IARA CANDIDO PEREIRA

Nº Sinistro: 3180572513

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180572513**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13680213





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180572513 Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do Acidente: 22/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 01309917 138 CPF da vítima: 714.740.884-57 Nome completo da vítima: Jara Comelido Pereira

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

Nome completo: Jara Comelido Pereira CPF: 714.740.884-57
Profissão: Não Informar Endereço: Rua Zefmiria de Novais Número: 228 Complemento: Casa
Bairro: Itirizemo Cidade: Jacu Perna Estado: PB CEP: 58088-610
E-mail: abnaca ete @ gmail . com Tel.(DDD): 83 991928028

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 108728 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Jacu Perna 05/12/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Jara Comelido Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

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

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



CAIXA

NOME: IARA CANDIDO PEREIRA

AG: 1033

OP: 013

C/P: 108728-7





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0514 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: EDSON CRISPIM DA SILVA	Posto/Graduação: SGT/PM			
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: PB 004	Hora 10:45	Bairro Zona Rural	Município: Santa Rita	U F PB	
Data da Ocorrência 22/07/2018	Dia da Semana Domingo	C/S Vítima (QT) Com/02	Tipo de Acidente Queda/Colisão	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca
Condições do Tempo Boa	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Controle do tráfego Pista Simples de sentido duplo			

CONDUTOR 01

Nome Jonata Jeronimo Fontes	Sexo Masculino	Nascimento 07/06/1984	RG 2644179				
Endereço Rua Eng. Franklin Pereira da Silva, 105, Cuiá, PB – Tel.(083)98636-1032							
1ª Habilitação 16/08/2002	Categoria B	Registro CNH N.º 02473192150	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 11/03/2021	Usava cinto Sim	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00 mg/l)			Destino do Condutor Permaneceu no local				

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Mitsubishi L200	Espécie Caminhonete	Placa PAO 4743	Categoria Oficial	Município Brasília	U.F. DF
Nome do Proprietário Ministério da Justiça					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012221034319	Renavan Nº 01082658941	Data da Emissão 08/04/2016		
Condições do Veículo Antes do Acidente					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: o condutor 02 desobedeceu ordem de parada na base 02 da CPRV, PB 004, nesse momento foi feito um acompanhamento tático já que o condutor 02 saiu em alta velocidade e na tentativa de fuga da viatura, o condutor 02 tentou uma manobra vindo a cair da motocicleta, não podendo evitar o acidente.

CONDUTOR 02

Nome Sônio Monteiro Juriti	Sexo Masculino	Nascimento 15/06/1983	RG 2889349				
Endereço Rua Sítio Tavares S/N, Zona Rural, Rio Tinto PB.							
1ª Habilitação Não Habilitado	Categoria -	Registro CNH N.º -	U.F. -	Ex.méd./Dia -	Data Vencimento -	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não			Destino do Condutor Socorrido ao Hospital				

VEÍCULO 02

Marca/Modelo Honda Fan	Espécie Motocicleta	Placa QFJ 7804	Categoria Particular	Município Lucena	U.F. PB
Nome do Proprietário Sônio Monteiro Juriti					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012221034319	Renavan Nº 1084623428	Data da Emissão 05 DEZ. 2018		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Versão prejudicada, pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 28/08/2018
ASSINATURA

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0514 - 2018

VÍTIMA 01

Nome Sônio Monteiro Juriti	Sexo Masculino	Nascimento 15/06/1983	Viajava no Veículo Nº 02
Endereço Rua Sítio Tavares S/N, Zona Rural, Rio Tinto PB.			
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto	Usava Capacete

VÍTIMA 02

Nome Yara Cândido Pereira	Sexo Feminino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº 02
Endereço Rua Escritor Carlos Porto, 37, Popular, Santa Rita			
Condição da Vítima Passageiro	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto	Usava Capacete

TESTEMUNHA 01

Nome Marcelo Mendes de Oliveira	Sexo Masculino	Nascimento 30/01/1982	RG 2733239
Endereço Sítio Jaques, Zona Rural, Cruz do Espírito Santo, PB – Tel.(083)998156-7628			

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Disse que trafegava na via “A”, no sentido da VTR, momento em que o V2 fez uma manobra cruzando a frente da VTR.

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: envolveu VTR 1591 e uma motocicleta, condutor 02 e passageiro atendido non local pelo Samu USB 10, Enf. Raquel e levado ao Hospital de Trauma, com lesões nos membros superiores e inferiores. V1(Caminhonete) deixou marca de frenagem de 06 metros. Condutor 01 submetido ao teste do etilômetro, resultado 0,00mg/l, V1 liberado no local, V2(Motocicleta) removido ao pátio do BPTran.

João Pessoa – PB, 16 de Junho de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 28/08/2018


ASSINATURA



Edson Crispim Da Silva – SGT PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0514 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:
MMC L200

Placa:
PAO 4743

Responsável pelo Preenchimento:
SGT Crispim

Data:
22/07/2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
Honda Fan

Placa:
QFJ 7804

Responsável pelo Preenchimento:
SGT Crispim

Data:
22/07/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)				
							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 16 de Junho de 2018.

Edson Crispim Da Silva - SGT PM
Responsável pelo Levantamento



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 28/08/2018

ASSINATURA

EM BRANCO



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0514/ 2018

FOTOS DO V1

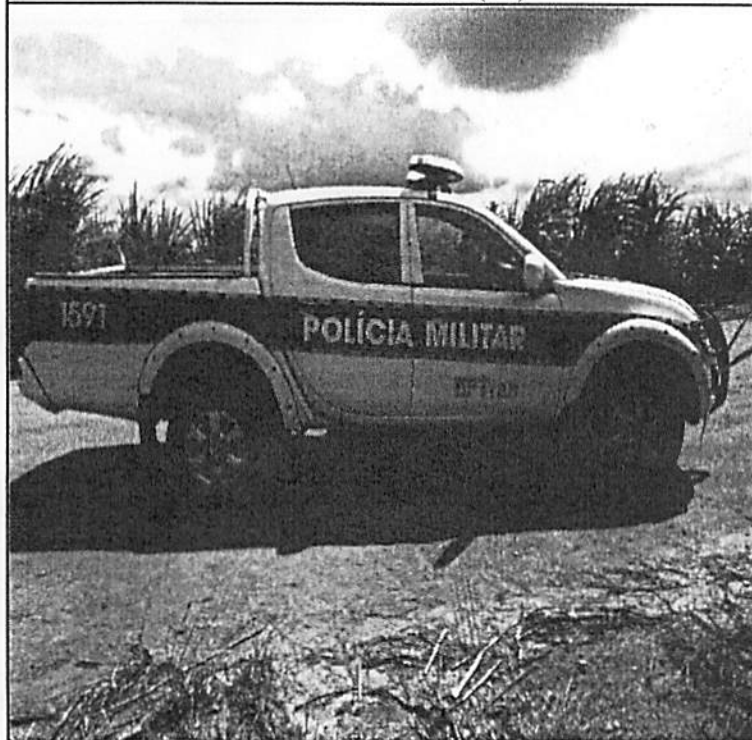
FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 28/08/2018

ASSINATURA

Edson Crispim da Silva 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



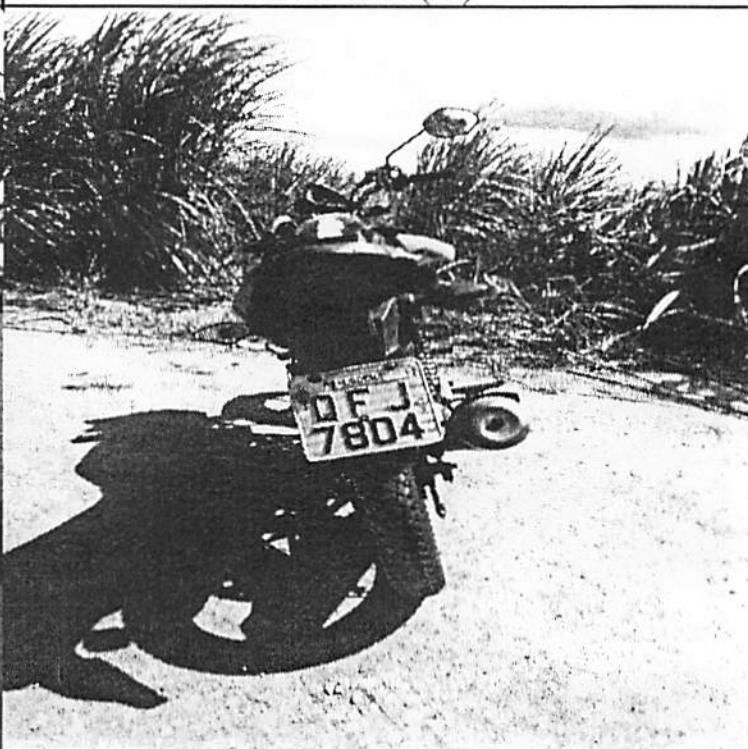
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0514/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 28/08/2018

ASSINATURA

Edson Crispim da Silva 3º SGT PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0514/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - PB 004

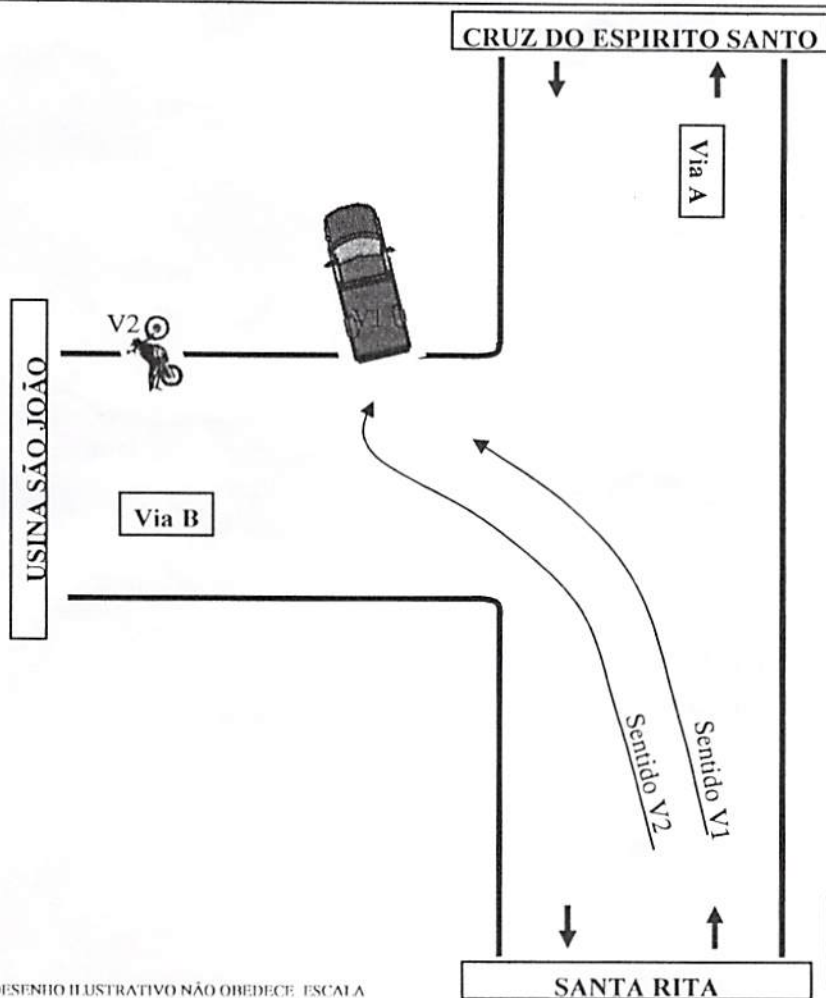
VIA "B" - Estrada da Usina São João

PR (Ponto de Referência) Matadouro José de Arnaldo

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa/ Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 03.50 e Traseiro Esquerdo 00.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 02.00 e Traseiro Direito 00.40 metros para (PA)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com a Original

EM 28/12/2018

[Assinatura]

PR

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Edson Crispim da Silva 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento

EM BRANCO



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
SINDICÂNCIA

TERMO DE DECLARAÇÃO DA VÍTIMA

Aos vinte e oito dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Santa Rita- PB, por volta das 10h30min, presente **A VÍTIMA** consciente e orientada, em sua própria residência por motivos de saúde, abaixo qualificada da forma seguinte: a Sr^a **YARA CÂNDIDO PEREIRA**, brasileira, natural de Santa Rita- PB, com vinte e três anos de idade, filha de Silvana Cândido Pereira, solteira, residente na Rua Escritor Carlos Porto, 37, Alto das Polulares - PB, sabendo ler e escrever. Presente na audiência o Advogado **LUCIANO GONÇALVES DE ANDRADE JÚNIOR**, OAB- 17348-B. Perguntada a respeito do fato, cuja Portaria nº 116.2018.012.0025 P/1-BPTran, datada de 07 de agosto de 2018, instaurada pelo Ilmo. Sr. TC QOC **JUCIER PEREIRA DE LIMA**, Comandante do BPTran para apurar fato constante nos documentos anexados à Portaria da Sindicância referenciada, e documentos anexos que lhe foram lidos, respondeu que: no dia 22 de julho deste ano, por volta das 11 horas do dia, estava na residência de sua avó na Cidade de Santa Rita e telefonou para um moto táxi para fazer uma viagem para Cidade de Cruz de Espírito Santo para visitar o pai. Que: conhecia o moto táxi só de vista e tinha o contato desse moto táxi onde ligava para ele quando precisava. Que: quando passou na Manzuá de Santa Rita tinha 2 (dois) policiais e 1(uma) viatura que deu ordem para o moto táxi parar, porém o moto táxi apenas diminuiu a velocidade e disse que não ia parar porque era moto táxi e aumentou a velocidade para fugir dos policiais chegando a uma velocidade de aproximadamente 120 km/h. Que: aconteceu o acidente próximo à entrada da Usina São João onde a estrada é só de barro e plantação de cana dos dois lados não sendo muito distante do posto. Que: a viatura já estava bem próxima da moto foi quando a moto derrapou no barro, o mototaxista perdeu o controle, reduziu fortemente a velocidade, a viatura bateu na traseira da moto e passou por cima da moto e dos 2 (dois) que estavam na moto. Que: antes de acontecer o acidente olhou para trás e percebeu que os policiais estavam perseguindo a moto com a viatura e pediu para o moto taxista deixar descer da moto, mas ele disse que não ia parar porque os policiais iam alcançar ele. Que: o local onde aconteceu o acidente não tem movimento de pedestres, mas passam alguns carros e motos, porém na hora do acidente não tinha pessoas por perto e por isso não tinha testemunhas. Que: não visualizou se a viatura e a moto sofreram danos. Que: após o acidente ficou caída em baixo do carro e o mototaxista do lado, ficando os 2 (dois) gritando muito e em seguida encheu de pessoas curiosas no local. Que: a ambulância do SAMU chegou em aproximadamente 5 (cinco) minutos após o acidente e foram levados para o Hospital de Traumas em João Pessoa. Que: passou uns 24 (vinte e quatro) dias no Hospital de Traumas e mais uns 8 (oito) dias no Hospital HTOP. Que: nunca foi presa e nem conduzida para a delegacia de Polícia, sendo apenas estudante do ensino fundamental. Que: após o acidente um dos policiais apenas teria perguntado estressado se alguém estava com drogas, mas depois de um tempo ficou chorando dizendo "a moça quase morreu" e dizendo também "porque não parou a moto". Que: reconhece os 2 (dois) policiais, mas antes do acidente nunca tinha visto os 2 (dois) policiais. Que: acha que a culpa do acidente foi do moto taxista que desobedeceu a ordem e não é culpa dos policiais que estavam apenas fazendo o serviço deles. Que: quebrou os 2 (dois) braços, mas não foi fratura exposta e também quebrou a bacia em 1 (um) só local do lado esquerdo. Que: perguntado pelo advogado se os policiais tinham a intenção de machucar eles? Respondeu negativamente.



[Handwritten signature]

Nada mais disse, nem lhe foi perguntado, pelo que se deu por encerrado este Termo, o qual depois de lido e achado conforme, vai legalmente assinado.



WALDIRLANE **PORTELLA** DOS SANTOS – CAP QOC
Sindicante



YARA CÂNDIDO PEREIRA
Vítima

LUCIANO GONÇALVES DE ANDRADE JÚNIOR
OAB- 17348-B



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0130917138	CPF da vítima: 714.740.884-57	Nome completo da vítima: Sara Cândido Pereira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Sara Cândido Pereira		CPF: 714.740.884-57
Profissão: Não informar	Endereço: Rua Zefirina de Novais	Número: 228
Bairro: Itaipava	Cidade: João Pessoa	Complemento: Casa
E-mail: gabriel.ete@gmail.com	Estado: PB	CEP: 58088-610
		Tel. (DDD): 83 991928028

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1033** ☐ CONTA: **108728** ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(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.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário do acidente

Local e Data, **João Pessoa 05/12/2018**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sara Cândido Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



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: 21/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.775,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IARA CANDIDO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000108728-7

Nr. da Autenticação 7E69AE68AF2EC66E



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1096217



Identificação do paciente

ID 1308863	Nome IARA CANDIDO PEREIRA	Sexo Feminino
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22 anos 11 meses 6 dias	Estado civil Prontuário
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA	Pai NAO INFORMADO	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987695950	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R

Endereço

CEP 58301300	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro ESCRITOR CARLOS PORTO
Número 37	Complemento	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 22/07/2018 12:32:02	Número da pulseira 1000059891948	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tratado Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	mmHg	Pulso	Temperatura
----	------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

paciente, ECG, eventada, apresenta pressão
futura em MSDIE. Segue aos cuidados

Diagnóstico

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

imprimiu

Rútila Cavalcanti
Enfermeira
COREN-PB 124503

22/07/2018 12:32

JOSEFA MARCOLINO DE OLIVEIRA
RUA ZULMIRA DE NOVAIS 228 CASA - OITIZEIRO
CEP 58088-610 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA / Monofásica

Roteiro: 018-0002-539-0380

Nº do Medidor: 00008291669

0

Referência: FEV/18

Emissão: 01/03/2018



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-61
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta



0800 083 0196

ligação gratuita

32

Nº 002.952.115

Accesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00005250113

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/525011-3

CANAL DE CONTATO

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um electricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

Indicadores de Qualidade

12/2017 - Conjunto - Mustruê

LIMITES DA ANEEL APURADO LIMITE DE TENSÃO (V)

DIC MENSAL	5,43	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	10,86		CONTRATADA	
DIC ANUAL	21,73		LIMITE INFERIOR	202
FIC MENSAL	3,36	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
FIC TRIMESTRAL	6,72			
FIC ANUAL	13,5			
DMIC	3,11	0,00		
DICRI	12,22			

DIC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DICRI: Duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito a compensação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA MARCOLINO DE OLIVEIRA

RUA ZULMIRA DE NOVAIS 228 CASA

JOAO PESSOA

CNPJ/CPF/RANI 20370109472

INSC. EST. 00000000000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA/PB	0,00	0,00
COMPRA DE ENERGIA	0,00	0,00
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	0,00	0,00
ENCARGOS SETORIAIS	0,00	0,00
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	0,00	0,00
OUTROS SERVIÇOS	30,68	100,00
TOTAL	30,68	100,00

- Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 12/2017): R\$ 0,00

CONTA REFERENTE A

ANTERIOR		ATUAL				
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSTANTE	CONSUMO (KWh)	
29/01/18	11861	28/02/18	11861	1	0	30

FEV/18

APRESENTAÇÃO

06/03/2018

DATA PREVISTA DA PROXIMA LEITURA

29/03/2018

FATURAS EM ATRASO

09/02/2018	30,68
12/01/2018	30,68
13/12/2017	30,68
14/11/2017	37,09
06/10/2017	46,52
06/09/2017	142,42
04/08/2017	142,42
06/07/2017	152,94
05/06/2017	138,34
08/05/2017	218,67
05/04/2017	170,22
07/03/2017	127,20

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq. ICMS	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (1,288%)	COFINS (R\$) (5,1994%)
0806	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0806	PARCELAMENTO DE DÉBITO 40/72			30,68	0,00	0	0,00	0,00	0,00



CCI: Código de Classificação do Item	Total:	30,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
--------------------------------------	--------	-------	------	------	------	------	------

ATENÇÃO

- Além das faturas em atraso acima, existe(m) 22 fatura(s) no montante de R\$ 4.200,86 relativa(s) a período(s) anterior(es).
- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 21/03/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere esta mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão de fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Leitura não processada

Media últimos meses (kWh)

111

VENCIMENTO

13/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 30,68

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

0	0	0	0	30	165	162	181	150	285	193	141
JAN/18	DEZ/17	NOV/17	OUT/17	SET/17	AGO/17	JUL/17	JUN/17	MAI/17	ABR/17	MAR/17	FEV/17

Reservado ao FISCO

91e9.62ef.39da.4d6f.9006.91c5.1428.9ac5



DESTAQUE AQUI

JOSEFA MARCOLINO DE OLIVEIRA

Roteiro: 018-0002-539-0380

83680000000-9 30680149000-5 05250112018-3 02900002019-7

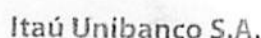
Paraíba

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA





JARA CANDIDO PEREIRA
RUA ZULMIRA NOVAIS 213
OITIZEIRO
58088-610 JOAO PESSOA PB



721199423013383000002574330071110

Data de Postagem: 07/11/2018 Data de Vencimento: 22/11/2018



QJ031 7981 MD30100 REM - C

[Return to top](#)

၁၀၃၆၈၇၈
 ၀၃.၈.၈
 ၉၂၀၅၅၅၅

☐ por parte ou selador

	Sim	Não
1. Mudou-se		
2. Endereço insuficiente		
3. Não existe o endereço		
4. Desconhecido		
5. Recusado		
6. Não procurado		



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	IARA CANDIDO PEREIRA
DATA DE NASCIMENTO	16/08/95
NOME DA MÃE	SILVANIA CANDIDO PEREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.024
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.096.217
DATA DO ATENDIMENTO	22/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE DIAFISE DO ÚMERO ESQUERDO + FRATURA DE DIAFISE DE ÚMERO DIREITO + LESÃO DO NERVO RADIAL DIREITO FRATURA DE ARCO COSTAL ESQUERDO + FRATURA DE RAMO PÚBLICO ESQUERO
CID 10	S42.3 + S32.5 +

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em membro superior esquerdo e membro superior direito. Dor torácica à esquerda. Abdomen sem queixas. Presença de fratura em arco costal esquerdo. Glasgow 15. Fratura de ramo púbico esquerdo. Fratura de diáfise de úmero direito. Fratura de diáfise de úmero esquerdo. Lesão de nervo radial direito

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de braço direito
RX de braço esquerdo
RX de bacia
RX de coxa esquerda
RX de torax

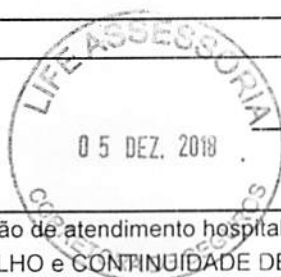
RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de diáfise de úmero esquerdo
Fratura de diáfise de úmero direito
Fratura de arco costal esquerdo
Fratura de ramo púbico esquerdo.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de diáfise de úmero direito. Exploração de lesão de nervo radial direito. Tratamento cirurgico de fratura de diáfise de úmero esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 13/08/18
DATA DA EMISSÃO: 19/11/18



Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1096217



Identificação do paciente

ID 1308863	Nome IARA CANDIDO PEREIRA	Sexo Feminino
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22 anos 11 meses 6 dias	Estado civil Prontuário
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA	Pai NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
Escolaridade	DDD Móvel 83	DDD Fixo Fone Fixo
Fone Móvel 987595950	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade SANTA RITA	CBOR

Endereço

CEP 58301300	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro ESCRITOR CARLOS PORTO
Número 37	Complemento	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 22/07/2018 12:32:02	Número da pulseira 1000059891948	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	

Classificação de risco

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meto de transporte SAMU	Quem transportou:		

Sinais Vitais

PA	mmHg	Puls	Temperatura
----	------	------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

paciente, ESO, oriendo, apresenta fratura
fratura em M.D.E. Segue com curativos

Diagnóstico

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Imprimir

Rúta Cav...
Enfermeira
COREN-PB 10003



22/07/2018 10:07

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



Número: _____
 Paciente: Tara Cândida Pereira
 Procedimento: mot. em. dist. de umido
 SUS: ☒ Não SUS ()
 Médico: Dr. Rodrigo

Prontuário: 1096217
 Data: 1/1
 Reposição: _____

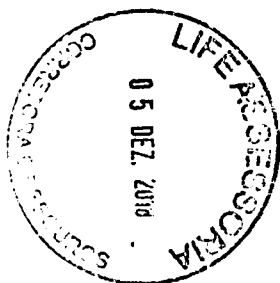
Data: 11/01/18

Caixa Pronta: _____

DISPENSÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
EX 4.5	Placa Estrutura com 08 Furos	01		
TMC	Amplificador vertical n. 20	01		
	Amplificador vertical n. 24	03		
	Amplificador vertical n. 26	03		

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
R. Braun	Agulha A-50	01		

ASSINATURA DO MÉDICO CRM 10075



ASSINATURA ENFERMEIRO - COREN

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
 Tereza da Silva Faria
 Tec. Enfermagem
 COREN-PB 101052



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HTOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HTOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Lara Cândido Pereira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1090217

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

14 - Cód. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - Q'DE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - Q'DE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - Q'DE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CX 2,5 TMC

01 placa Estéril antiofusa

01 punção cutânea n° 20

03 punções cutâneas n° 24

03 punções cutâneas n° 26



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSRI

Nome: Isabela Conrado Pereira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino (☒) Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de tíbia
 Cirurgião: M. Rodrigo Lima 1º Assistente: M. Frederico
 2º Assistente: Blumen Roma R1 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____:____ Término ____:____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	
<u>Fratura de tíbia de tíbia</u>	CID

Procedimentos Cirúrgicos	
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de tíbia de tíbia</u>	Código

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico



✓CRM: _____

[Handwritten signature]
MÉDICO
FIM 10075

João Pessoa, 20/08/2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sobre o feno
Cirurgia + anestesia
Anestesia de corpo cirurgico

Incisão:

Longitudinal em região lateral do
braço esquerdo

Achados:

Fratura de diáfise de úmero esquerdo

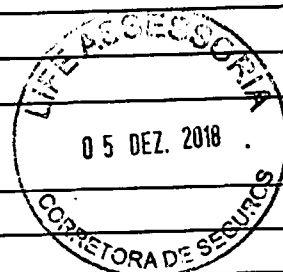
Conduta:

Divulsão por planos
Identificado o endosteio normal
uma lâmina de placa de 10 cm
Fixação com placa DCI e parafusos
por pontos ulteriores
Anestesia insuflada com SF6
Insuflação da hemostasia
Sutura por planos
Curativos assépticos

Fechamento:

Observação:

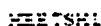
Foto antes do fechamento da ferida
e da colocação da placa e parafusos
e da colocação do curativo.
Fotografado com o controle.



Dr. Bruno da Silva
MÉDICO
CRM 8810075

João Pessoa, 10/09/2018

Médico/CRM:



DATA: 10 1031 18

PRONTUÁRIO: 1096210

[illegible]



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente IARA CANDIDO PEREIRA	BAE 1096217	Data/Hora Entrada 22/07/2018 12:32:02	Data Baixa
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA			Telefone de Contato (83) 987595950
Endereço ESCRITOR CARLOS PORTO, 37	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	Nº Cons. Regional 6311/
Data/Hora Classificação 22/07/2018 12:32:02		Data/Hora Prescrição 22/07/2018 17:23:02	

Anamnese

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL, REFERINDO DOR EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
3DOME: FLÁCIDO, INDOLOR E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
RX DE TÓRAX SEM EVIDÊNCIA DE HEMO OU PNEUMOTÓRAX, PRESENÇA DE FRATURA EM ARCO COSTAL ESQUERDO.
FAST: Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico. Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Ultrassonografia dentro dos padrões normais
TC DE PELVE EVIDÊNCIA PEQUENO HEMATOMA LOCAL

CONDUTA: SEM INDICAÇÃO CIRÚRGICA NO MOMENTO DEVIDO HEMATOMA SER EM ZONA III
RETROPERITONEAL
SOLICITO HB + HTO
ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A ORTOPEDIA.

EXAME LABORATORIAL

HB + HT

Conduta

Em observação

IARA CANDIDO PEREIRA

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM: 6311/)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente IARA CANDIDO PEREIRA	BAE 1096217	Data/Hora Entrada 22/07/2018 12:32:02	Data Baixa
Data de nascimento 16/06/1995	Idade 22a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA			Telefone de Contato (83) 987595950
Endereço ESCRITOR CARLOS PORTO, 37	Bairro POPULAR	Município SANTÁ RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 22/07/2018 12:32:02		Data/Hora Prescrição 22/07/2018 17:33:41	

Anamnese

PACIENTE RETORNA COM EXAMES

RHX: FRATURA BILATERAL DIAFISÁRIA DE ÚMERO

FRATURA DOS RAMOS PÚBLICOS ESQUERDO

FRATURA DE ARCO COSTAL ESQUERDO

NEUROVASCULAR DOS MEMBROS SUPERIORES CONTINUAM NORMAIS APÓS PINÇA

CIRURGIÃO SOLICITOU ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO DEVIDO À HEMATOMA LOCALIZADO NA PELVE À

TC

INTERNO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ÚMERO BILATERAL

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

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

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)

Diluir

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

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/8HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

UREIA - SORO

CREATININA

SODIO - SORO

TASSIO

COAGULOGRAMA COMPLETO

Conduta

Internar Paciente

IARA CANDIDO PEREIRA

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)

[Handwritten signature]





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente IARA CANDIDO PEREIRA		BAE 1096217	Data/Hora Entrada 22/07/2018 12:32:02	Data Baixa
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 987595950
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA				Prontuário
Endereço ESCRITOR CARLOS PORTO, 37		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 6700/PB	
Data/Hora Classificação 22/07/2018 12:32:02			Data/Hora Prescrição 22/07/2018 12:39:48	

Anamnese

Paciente vítima de acidente Moto vs carro
 apresenta suspeita de fratura de umero bilateral fechada
 edema flácido e indolor
 traç sem alterações
 dor na coxa esquerda
 Nega TCE
 glasgow 15

cd: RX

FAST

BACIA

Avaliação da ortopedia

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)
 (OBSERVAÇÕES: 5000 UI IM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
 Urologia e Andrologia
 CRM - PB 6700



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente IARA CANDIDO PEREIRA	BAE 1096217	Data/Hora Entrada 22/07/2018 12:32:02	Data Baixa
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA			Telefone de Contato (83) 987595950
Endereço ESCRITOR CARLOS PORTO, 37	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 22/07/2018 12:32:02		Data/Hora Prescrição 22/07/2018 13:50:55	

Anamnese

#ORTOPEDIA

IENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (MOTO X CARRO)
EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM BRAÇOS BILATERAL
IMOBILIZAÇÃO DO SAMU
COM QUEIXAS DE DOR EM BACIA
SEM DEAMBULAR

RX COM FRATURA DE UMEROS BILATERAL
FRATURA DE RAMO PUBICO ESQUERDO

CD:
SOLICITO TC DE BACIA ANALGESIA
IMOBILIZAÇÃO
ANALGESIA

MEDICAÇÃO

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

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: PINÇA DE CONFEITEIRO BILATERAL)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

Conduta

Em observação

IARA CANDIDO PEREIRA

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 25/07/2018 08:00:12

Paciente IARA CANDIDO PEREIRA		Boletim de Atendimento 1096217	Data/Hora Entrada 22/07/2018 12:32:02	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/08/1995	Idade 22	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 110024
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 25/07/2018 08:00:01)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA BILATERAL DE UMEROS + FRATURA DE BACIA + FRATURA DE COSTELA
EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL
EXAMES OK
CD: AGUARDA CIRURGIA
MAT: CX 4.5.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296



1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Agente em Bateria A-50 (C.O.A.) # Bateria N.º 3,2 (C.O.)

2x 3,5 TM - 2 Adrenas + 1 SF

2x 4,5 TM - 2 Bateria e 1 Bateria

Bateria e 2 Adrenas 02 N.º 22 / 04 N.º 22 / 04 N.º 22

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

Nome: João Cândido Pereira BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 26/07/18

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Síndrome de Foot diagnóstico de membro D + Exploração de N. Radial

Cirurgião: Dr. Jacques 1º Assistente: Dr. Pedro Henrique (R)

2º Assistente: Dr. 3º Assistente: _____

Instrumentador: Dr. GILBERTO Anestesista: Dr. DANIEL

Tipo de Anestesia: Bloqueio + geral Horário: Início 13:00 Término 15:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura de diáfise de membro D	
+ lesão de N. Radial constatada	
no exame físico prévio a cirurgia	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Síndrome de Foot 4/5 +	
Exploração de N. Radial	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

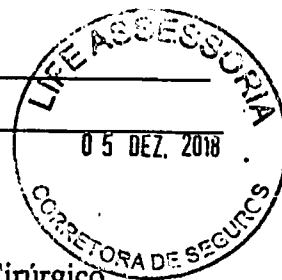
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Ambulatório () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João P. da Silva
Oncologista
CRM-PE 19492

João Pessoa. 26/07/18



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DIT sob anestesia
Asséptica antisséptico e aquecimento de campos cirúrgicos

Incisão:

Em face lateral de membro por plano.

Exposição do fratura - após verificação de
perda do N. Radial

Achados:

Após ulnarização subcutânea foi explorado o
N. Radial no qual foi verificado ferida completa.

Conduta:

Em seguida realizado fixação de fratura de
membro direito ao placa fixando o parafuso

lança ulnar. Com SFOFV.

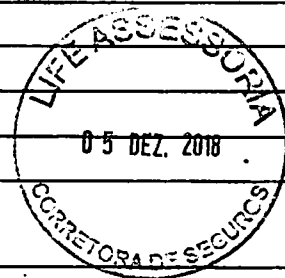
Fechamento:

Por planos

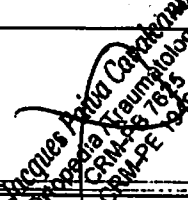
Cicatriz

Observação:

Solicito parecer do MP para realizar
neurologia de N. Radial em membro direito



Médico/CRM:


Jacques Pinna Cavalcanti
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 19492

João Pessoa,

20/07/20

Nota de Sala Cirúrgica

SAM 02

NOME DO PACIENTE: **LAIZA CARMEM RIBEIRA**
 IDADE: **22** DE **10/06/2010** PROFISSIONÁRIO: **DR. PAULO RIBEIRO** N°: **110** CATEGORIA: **1** N°: **110** NOME DO CIRURGIÃO: **DR. PAULO RIBEIRO** N°: **110** NOME DO ANESTESISTA: **DR. PAULO RIBEIRO** N°: **110** NOME DO INSTRUMENTADOR: **DR. PAULO RIBEIRO** N°: **110** TEMPO CIRÚRGICO: **12:30** ANESTESIA INÍCIO: **12:30** FIM: **16:00** CIRURGIA INÍCIO: **12:30** FIM: **16:00**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE):
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INSPECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALCANITIL		JELCO Nº18	10	FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	01	JELCO Nº24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORANICA N°		FIO DE NYLON N°	30 05
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15	01	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	01	LÂMINA BISTURI Nº23	01	FIO POLIGLACTINA N°	20 04
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24	01	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOLOGIA		FIO POLIGLACTINA N°	
LIVOBUPIVACAÍNA C VASO	01	SABÃO ANTISEPTICO		FIO POLIPROPILENO N°	
LIVOBUPIVACAÍNA S VASO	01	MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C VASO		AGULHA 13X4.5	03	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S VASO		AGULHA 25X07	03	FIO POLIGLACTINA N°	
MIDAZOLAM	01	AGULHA 25X08	03	FIO SEDA N°	
MORFINA		AGULHA 40X12	03	FIO SEDA N°	
NIMBUTIL		AGULHA PERIDURAL Nº16	01	FIO SEDA N°	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	01	FIO SEDA N°	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	01	FIO SEDA N°	
PROPOFOL	01	AGULHA RAQUÍ Nº25G	01	FIO SEDA N°	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍ Nº26G	01	FIO SEDA N°	
ROCTÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº27G	01	FIO SEDA N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	05	FIO SEDA N°	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	05	FIO SEDA N°	
TIOPENTHAL	01	ATADURA GESSADA	05	FIO SEDA N°	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	01	FIO SEDA N°	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	01	FIO SEDA N°	
AGUA DESTILADA	20	CATETER DE OXIGÊNIO	01	FIO SEDA N°	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	01	FIO SEDA N°	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	01	FIO SEDA N°	
CEFALOXINA		CATETER EPIDURAL Nº17	01	FIO SEDA N°	
DEXAMETASONA	01	CATETER EPIDURAL Nº18	01	FIO SEDA N°	
DIPIRONA SÓDICA	02	CERA PARA OSSO	01	FIO SEDA N°	
EFEDRINA		COLET URNA FECHADO	01	FIO SEDA N°	
ETROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	10	FIO SEDA N°	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	10	FIO SEDA N°	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	05	FIO SEDA N°	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	05	FIO SEDA N°	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	05	FIO SEDA N°	
ONDASENTRONA	01	EQUIPO MACROGOTAS	01	FIO SEDA N°	
PLASII		EQUIPO TRANSF SANGUE	01	FIO SEDA N°	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	01	FIO SEDA N°	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	10	FIO SEDA N°	
TENONICAN		ESPARADRAPO	10	FIO SEDA N°	
		GAZES	20	FIO SEDA N°	
		GAZES ALGODOADAS	20	FIO SEDA N°	
		GEL ELETROLITICO	20	FIO SEDA N°	
		JELCO Nº14	20	FIO SEDA N°	
		JELCO Nº16	20	FIO SEDA N°	

EMPRESA: **PARAFUSOS CORTICAIS**
 PARAFUSOS CORTICAIS
 PARAFUSOS ESPONJOSOS
 PARAFUSOS ESPONJOSOS
 PARAFUSOS MALEOLAR
 PARAFUSOS MALEOLAR
 PLACA
 PLACA
 EQUIPAMENTOS
 ASPIRADOR
 BISTURI ELÉTRICO
 CAPNOGRAFO
 CARDIOMONITOR
 DESFIBRILADOR
 FOCO AUXILIAR
 FOCO CENTRAL
 MICROSCOPIO
 TONOMETRO DE PULSO
 INVASIVA NÃO INVASIVA
 PERFURADOR ELÉTRICO
 SERRA
 CIRCULANTE

01 Para 8 F. Citreth
 Paul. Conf.
 02 N. 20
 04 N. 22
 01 N. 26

05 DEZ 2010

429053

DATA: 26 Oct 18

PRONTUARIO:

012712

SEXO: F COR: *BRN* IDADE: *42*

PACIENTE: TARA CANDIDA PEREIRA

RESPIRACAO 200 ml/min TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUINEO

ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAL () PESSIMO () ASSOCIADOS () BOM () REGULAR () MAL () PESSIMO ()

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. CIRCUITATÓRIO

ESTADO MENTAL	10/10	DRUGS-EMUSO
---------------	-------	-------------

ESTADO FÍSICO (ASA)	7
---------------------	---

PRE-ANESTESICO Chat Diálise de Chirco Dinitro

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO MAT. UR FMT. ORÇISE DE CANTO INCLITO

CIRURGIA REALIZADA TNA, CUL. FNT, DIFUSÃO DE SANGUE DIFUSA

CIRCUIT COURT	JANUARY	AUXILIARIES	of	duendo
---------------	---------	-------------	----	--------

INICIO DA ANESTESIA	12:30	TERMINO DA ANESTESIA	17:00	DU RACAO DA ANESTESIA	3430
---------------------	-------	----------------------	-------	-----------------------	------

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTHESIST 2 21/10/10

13:40h 13:40h 13:40h

2000

305085
305087

0 100% 200% 300% 400% 500% 600% 700% 800% 900% 1000% 1100% 1200% 1300% 1400% 1500% 1600% 1700% 1800% 1900% 2000% 2100% 2200% 2300% 2400% 2500% 2600% 2700% 2800% 2900% 3000% 3100% 3200% 3300% 3400% 3500% 3600% 3700% 3800% 3900% 4000% 4100% 4200% 4300% 4400% 4500% 4600% 4700% 4800% 4900% 5000% 5100% 5200% 5300% 5400% 5500% 5600% 5700% 5800% 5900% 6000% 6100% 6200% 6300% 6400% 6500% 6600% 6700% 6800% 6900% 7000% 7100% 7200% 7300% 7400% 7500% 7600% 7700% 7800% 7900% 8000% 8100% 8200% 8300% 8400% 8500% 8600% 8700% 8800% 8900% 9000% 9100% 9200% 9300% 9400% 9500% 9600% 9700% 9800% 9900% 10000% 10100% 10200% 10300% 10400% 10500% 10600% 10700% 10800% 10900% 11000% 11100% 11200% 11300% 11400% 11500% 11600% 11700% 11800% 11900% 12000% 12100% 12200% 12300% 12400% 12500% 12600% 12700% 12800% 12900% 13000% 13100% 13200% 13300% 13400% 13500% 13600% 13700% 13800% 13900% 14000% 14100% 14200% 14300% 14400% 14500% 14600% 14700% 14800% 14900% 15000% 15100% 15200% 15300% 15400% 15500% 15600% 15700% 15800% 15900% 16000% 16100% 16200% 16300% 16400% 16500% 16600% 16700% 16800% 16900% 17000% 17100% 17200% 17300% 17400% 17500% 17600% 17700% 17800% 17900% 18000% 18100% 18200% 18300% 18400% 18500% 18600% 18700% 18800% 18900% 19000% 19100% 19200% 19300% 19400% 19500% 19600% 19700% 19800% 19900% 20000% 20100% 20200% 20300% 20400% 20500% 20600% 20700% 20800% 20900% 21000% 21100% 21200% 21300% 21400% 21500% 21600% 21700% 21800% 21900% 22000% 22100% 22200% 22300% 22400% 22500% 22600% 22700% 22800% 22900% 23000% 23100% 23200% 23300% 23400% 23500% 23600% 23700% 23800% 23900% 24000% 24100% 24200% 24300% 24400% 24500% 24600% 24700% 24800% 24900% 25000% 25100% 25200% 25300% 25400% 25500% 25600% 25700% 25800% 25900% 26000% 26100% 26200% 26300% 26400% 26500% 26600% 26700% 26800% 26900% 27000% 27100% 27200% 27300% 27400% 27500% 27600% 27700% 27800% 27900% 28000% 28100% 28200% 28300% 28400% 28500% 28600% 28700% 28800% 28900% 29000% 29100% 29200% 29300% 29400% 29500% 29600% 29700% 29800% 29900% 30000% 30100% 30200% 30300% 30400% 30500% 30600% 30700% 30800% 30900% 31000% 31100% 31200% 31300% 31400% 31500% 31600% 31700% 31800% 31900% 32000% 32100% 32200% 32300% 32400% 32500% 32600% 32700% 32800% 32900% 33000% 33100% 33200% 33300% 33400% 33500% 33600% 33700% 33800% 33900% 34000% 34100% 34200% 34300% 34400% 34500% 34600% 34700% 34800% 34900% 35000% 35100% 35200% 35300% 35400% 35500% 35600% 35700% 35800% 35900% 36000% 36100% 36200% 36300% 36400% 36500% 36600% 36700% 36800% 36900% 37000% 37100% 37200% 37300% 37400% 37500% 37600% 37700% 37800% 37900% 38000% 38100% 38200% 38300% 38400% 38500% 38600% 38700% 38800% 38900% 39000% 39100% 39200% 39300% 39400% 39500% 39600% 39700% 39800% 39900% 40000% 40100% 40200% 40300% 40400% 40500% 40600% 40700% 40800% 40900% 41000% 41100% 41200% 41300% 41400% 41500% 41600% 41700% 41800% 41900% 42000% 42100% 42200% 42300% 42400% 42500% 42600% 42700% 42800% 42900% 43000% 43100% 43200% 43300% 43400% 43500% 43600% 43700% 43800% 43900% 44000% 44100% 44200% 44300% 44400% 44500% 44600% 44700% 44800% 44900% 45000% 45100% 45200% 45300% 45400% 45500% 45600% 45700% 45800% 45900% 46000% 46100% 46200% 46300% 46400% 46500% 46600% 46700% 46800% 46900% 47000% 47100% 47200% 47300% 47400% 47500% 47600% 47700% 47800% 47900% 48000% 48100% 48200% 48300% 48400% 48500% 48600% 48700% 48800% 48900% 49000% 49100% 49200% 49300% 49400% 49500% 49600% 49700% 49800% 49900% 50000% 50100% 50200% 50300% 50400% 50500% 50600% 50700% 50800% 50900% 51000% 51100% 51200% 51300% 51400% 51500% 51600% 51700% 51800% 51900% 52000% 52100% 52200% 52300% 52400% 52500% 52600% 52700% 52800% 52900% 53000% 53100% 53200% 53300% 53400% 53500% 53600% 53700% 53800% 53900% 54000% 54100% 54200% 54300% 54400% 54500% 54600% 54700% 54800% 54900% 55000% 55100% 55200% 55300% 55400% 55500% 55600% 55700% 55800% 55900% 56000% 56100% 56200% 56300% 56400% 56500% 56600% 56700% 56800% 56900% 57000% 57100% 57200% 57300% 57400% 57500% 57600% 57700% 57800% 57900% 58000% 58100% 58200% 58300% 58400% 58500% 58600% 58700% 58800% 58900% 59000% 59100% 59200% 59300% 59400% 59500% 59600% 59700% 59800% 59900% 6000

[illegible]

☒ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOQ PLEXO ☐ BLOQ NERVOS ☐ OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTESICO

07/104191A

(11) Above Pittsburg - 20.0
 (12) Above Pittsburg - 20.0
 (13) Above Pittsburg - 20.0

③ CET

⑤ 1/10/1940

⑤ OXALACETIC A

③ $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

Q1 Crumpled 1/4

① 11001817 01

1. NEURONAL NER

1003-AP-15E

1. What is the purpose of the experiment?

Sum = (29) + (11)

10/10/10

অধ্যক্ষ: এখানে

1

Nome: <u>Isara Candido Pereira</u>		N de BE: <u>1096217</u>	
Idade:	Sexo: <u>F</u>	Clínica:	Enf.: <u>Leito:</u>
Data de admissão: <u>22/07/18</u>	Alta: <u>13/08/18</u>	Tempo de Permanência: <u>21 dias</u>	
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura Diáfisea Bilateral do Úmero</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>0 mesmo.</u>			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>RAFI de fratura Diáfisea do Úmero (D) e</u> <u>em 2º tempo fratura Diáfisea do Úmero (E).</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica: <u>Cirurgião: Dr. Jaques</u> <u>1º Cirurgião Úmero (D) Dr. Pedro Henrique</u>			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não () <u>Úmero (E) Rodrigo Amador</u> <u>Dr. Frederico</u>			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente com quadro de fratura Diáfisea</u> <u>do Úmero (D) e Úmero (E) submetido a tratamento</u> <u>cirúrgico em 2 tempos.</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u> Livre</u>			
Repouso:			
Relativo em casa por, <u>90</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>90</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>90</u> dias e com maior em, <u>90</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>Cefalexina + Plavix</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>13</u> de <u>08</u> de <u>18</u>			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML/INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236



Iara Cândida Pereira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.488.749 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/11/2016

NOME
IARA CÂNDIDO PEREIRA

FILIAÇÃO
SILVANIA CÂNDIDO PEREIRA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 16/08/1995

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº 60665 06 - LIV. A-54 - FLS. 163 - CARTÓRIO 1º SANTA RITA PB

A+

Assinatura do Diretor
Maurício A. S. Lopes Jr.
Diretor de Identificação 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
714.740.884-57
Nome
IARA CANDIDO PEREIRA
Nascimento
16/08/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
D8FA.057D.EEBF.19A3

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 17:37:02 do dia 28/12/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180572513**

Nome do(a) Examinado(a): **IARA CANDIDO PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R ZULMIRA NOVAIS, 228 - OITIZEIRO - João Pessoa - PB - CEP 58088-610

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4488749**

Data e local do acidente: [**22/07/2018**] **CRUZ DO ESPIRITO SANTO -PB**

Data e local do exame: [**18/12/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de arco costal esquerdo Fratura diafisária de úmero bilateral Lesão do nervo radial direito Fratura de ramo púbico esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 22/07/2018 AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM BRAÇO DIREITO E ESQUERDO COM PERDA DE 100% DE EXTENSÃO DE MÃO+PUNHO DIREITO +ELEVÇÃO DE /ABDUÇÃO EM 50% DE OMBRO DIREITO . OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 50% RI,RE E ABDUÇÃO . COM QUEIXAS LOMBARES NA DEAMBULAÇÃO .

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZADO OSTEOSÍNTESE DOS DOIS ÚMEROS COM EXPLORAÇÃO DE NERVO RADIAL DIREITO ALTA EM 13-08-2018 FEZ FISIOTERAPIA

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA DE MMSS

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jara Candido Pereira
DATA DO ACIDENTE 22/04/2018 CPF DA VÍTIMA 714.740.884-57
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Jara Candido Pereira
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Zulmira de Neres BAIRRO Oitogilva
Nº 228 COMPLEMENTO Carra UF PB CEP 58088-610
CIDADE João Pessoa TELEFONE (53) 99192-8028
E-MAIL abraao6@gmail.com

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 OS 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 05/12/2018

IDENTIDADE 4488749

ASSINATURA Jara Candido Pereira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

05 DEZ. 2018

ASSESSORIA
CORRETORA DE SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do acidente: 22/07/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO(BILATERAL) COM LESÃO DO NERVO RADIAL DIREITO.
FRATURA DO ARCO COSTAL ESQUERDO.
FRATURA DO RAMO PÚBLICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- ÚMERO
TRATAMENTO CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do acidente: 22/07/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de arco costal esquerdo.
Fratura diafisária de úmero bilateral.
Lesão do nervo radial direito.
Fratura de ramo púbico esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM BRAÇO DIREITO E ESQUERDO COM PERDA DE 100% DE EXTENSÃO DE MÃO + PUNHO DIREITO + PREJUÍZO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO + DEFICIT DA ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO EM 50% DE OMBRO DIREITO.
OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 50% ROTAÇÃO INTERNA, ROTAÇÃO EXTERNA E ABDUÇÃO.
COM QUEIXAS LOMBARES NA DEAMBULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO OSTEOSÍNTESE DOS DOIS ÚMEROS COM EXPLORAÇÃO DE NERVO RADIAL DIREITO.
ALTA EM 13-08-2018.
FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			65 %	R\$ 8.775,00

PRESTADOR

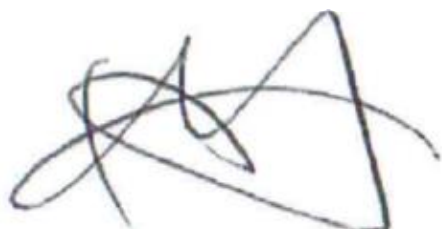
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439917/18

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

CPF: 714.740.884-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IARA CANDIDO PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

IARA CANDIDO PEREIRA : 714.740.884-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/12/2018
Nome: IARA CANDIDO PEREIRA
CPF: 714.740.884-57

IARA CANDIDO PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA