

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513
Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Cidade: Santa Rita
Data do acidente: 22/07/2018

Natureza: Invalidez Permanente
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 PÚBICO 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
Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Cidade: Santa Rita
Data do acidente: 22/07/2018

Natureza: Invalidez Permanente
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 público 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "SILVIO SZTRAJTMAN".

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439917/18

Número do Sinistro: 3180572513

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Data do acidente: 22/07/2018

CPF: 714.740.884-57

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IARA CANDIDO PEREIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IARA CANDIDO PEREIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

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, 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



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:

0439957118

CPF da vítima:

414.740.884-54

Nome completo da vítima:

Jacar Comodito Pereira

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: <i>Jacar Comodito Pereira</i>	CPF: <i>414.740.884-54</i>		
Profissão: <i>Não informar</i>	Endereço: <i>Rua Sul mirim da Novais</i>	Número: <i>228</i>	Complemento: <i>Casa</i>
Bairro: <i>Vitória</i>	Cidade: <i>Jacar Pessoa</i>	Estado: <i>PB</i>	CEP: <i>58088-630</i>
E-mail: <i>abracar.ete@gmail.com</i>	Tel.(DDD): <i>83 991928028</i>		

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: **1033** CONTA: **308728** **7**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

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: Vivos: Falecidos: 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.

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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.



CAD

NOME: IARA CANDIDO PEREIRA

AG: 1033

OP: 013

C/P: 108728-7





POLICIA 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	UF 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 Mitisubish 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	Renavan Nº 1084623428	Data da Emissão
----------------------------	------------	---------------------------------	-----------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

Nada constatado

05 DEZ. 2018

VERSÃO DO CONDUTOR 02

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

CORRETO
BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 28/10/2018

ASSINATURA

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 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

VERSAO 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




Edson Crispim Da Silva – SGT PM
Responsável pelo Levantamento



POLICIA 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



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

EMBRANCO



POLICIA 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

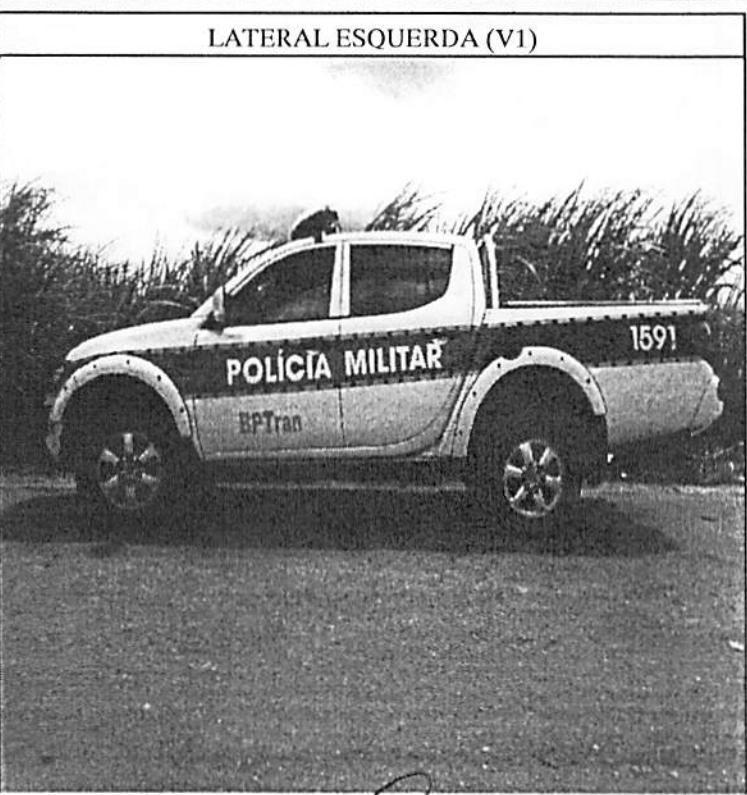
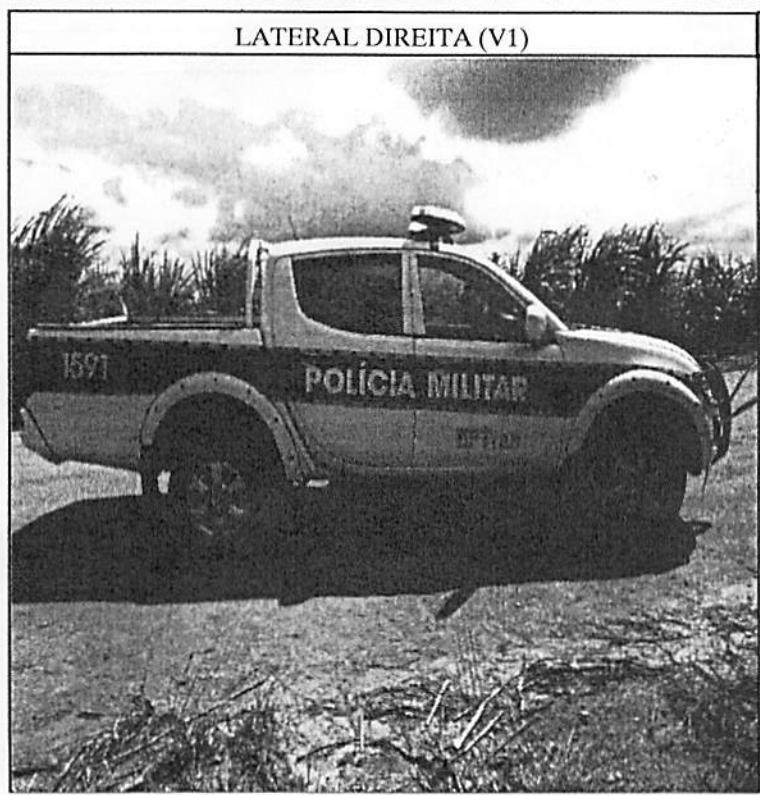
FRENTE (V1)

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



POLICIA 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 N° 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



POLICIA 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 N° 0514/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - PB 004

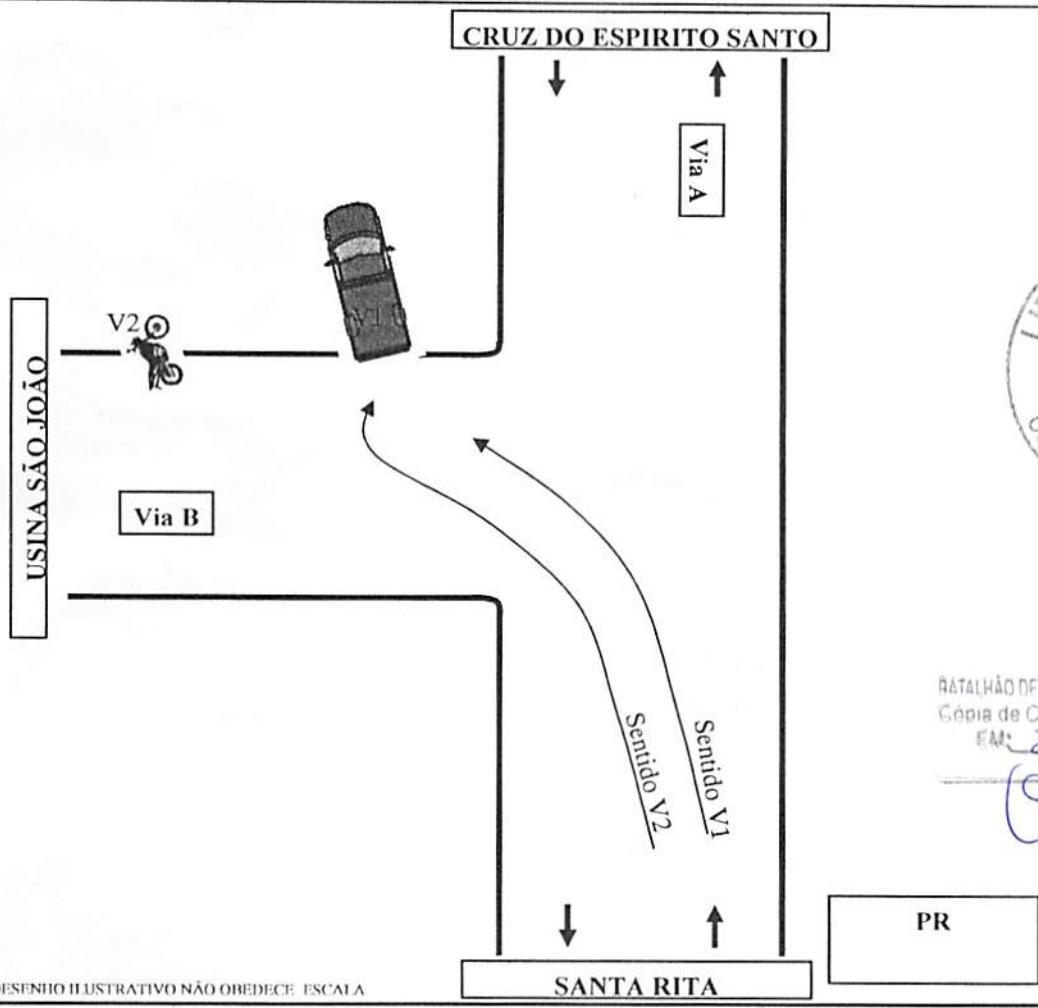
VIA "B" - Estrada da Usina São João

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)



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.



ЛІНІЯМ ДО ОДАЧИ
ДЛЯ АРІЕВ ДІ З АВІАЦІОННОЇ ДО ОДАЧИ ЗА АІНАТОРОВА
НАТУРНІ МОДІОВ
СІРІАНОВОВІ І ОДАЧІ СТЕРЖНІВ НІ АВІАЦІІ ЗА ВІЛІКАН
АІНОДІОВ

ANNUAL AGENDA AND BUDGET OF THE ORGANIZATION

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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0439957158	714.740.884-57	Jana Comidio Pereira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Jana Comidio Pereira		CPF: 714.740.884-57	
Profissão: Não informar	Endereço: Rua Sul mira da Novais	Número: 228	Complemento: Casa
Bairro: vitzeino	Cidade: Jacu Pernamb	Estado: PB	CEP: 58088-630
E-mail: abnacar.ete@gmail.com		Tel.(DDD): 83 9 9192 8028	

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

DADOS CADASTRAIS

- RENDIMENTO 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: 308728 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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

- Não há IML que atenda 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data,

Jacu Pernamb 05/12/2018

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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: 00000108728-7

Nr. da Autenticação 7E69AE68AF2EC66E

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 0
Nº do Medidor: 00008291669 Referência: FEV/18
Emissão: 01/03/2018

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-6
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.829

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Acesse: www.energisa.com.br

0800 083 0196

ligação gratuita

32

Nº 002.952.115

Acesse: 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 eletricista 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 - Mussuré

LIMITES DA APURADO LIMITE DE TENSÃO (V)

	LIMITES DA ANEL	APURADO	NOMINAL	220
DIC MENSAL	5,43	0,00	CONTRATADA	
DIC TRIMESTRAL	10,86		LIMITE INFERIOR	202
DIC ANUAL	21,73		LIMITE SUPERIOR	231
FIC MENSAL	3,36	0,00		
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 implicando direito à 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 20370199472

INSC. EST.: 00000000000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVICO DE DISTRIBUICAO DA ENERGISA/PB	0,00	0,00
COMPRA DE ENERGIA	0,00	0,00
SERVICO DE TRANSMISSAO	0,00	0,00
ENCARGOS SETORIAIS	0,00	0,00
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	0,00	0,00
OUTROS SERVICOS	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	LEITURA	DATA LEITURA	CONSTANTE	CONSUMO DIAS
		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

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, desconsiderar essa mensagem.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JA REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 80/novem 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 inadimplemento
- Leitura não processada

Media últimos meses (kWh)

111

VENCIMENTO

13/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 30,68

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

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

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



Itaú Unibanco S.A.

0344-902 SAO PAULO SP
TORRE OLAVO SETUBAL · BAIRRO JABAQUARA
PRACA ALFREDO EGIVIDO DE SOUZA ARANHA, 100
BANCO ITAU S.A.
DEVOLUGACAO ELETRONICA - CED
EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAMS - ECT



CTC RECIFE PE PL6

IARA CANDIDO PEREIRA
RUA ZULMIRA NOVAIS 213
OTIZEIRO
58088-610 JOAO PESSOA PB



72110942201383000002574330071118

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



Para uso dos Correios
1. Sedex - 16 2. Autenticação
3. Número de identificação 4. Detalhado
5. Detalhado 6. Fazenda
7. Autenticação 8. Fazenda
9. CEP 10. Informações adicionais
11. Detalhado do serviço prestado
03031 7991 MD30100 REM-C



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 DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO + FRATURA DE DIÁFISE DE ÚMERO DIREITO + LESÃO DO NERVO RADIAL DIREITO FRATURA DE ARCO COSTAL ESQUERDO + FRATURA DE RAMO PÚBICO ESQUERDO
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 dec ramo púbicop 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 púbicop esquerdo.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de diáfise de úmero direito. Exploração de lesão de nervo radial direito. Tratamento cirúrgico de fratura diafisária 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 PARAIBA

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 Pronto	
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA		Religião NAO INFORMADO	
Escolaridade		Pai NAO INFORMADO	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987595950	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
Tipo documento	Número documento	DDD Fixo	
Local de procedência SANTA RITA		Fone Fixo	
Email	Naturalidade SANTA RITA	Nº Cns	
Endereço		Tipo MUNICIPIO	
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 guia 1000059891948	Convênio SUS
---	--	------------------------

Especialidade
CIRURGIA GERAL

Classificação de risco

Origem do paciente
RUA

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETADetalhe do acidente
VEICULO X MOTO**Indicadores e Transporte**

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

Sinais Vitais

PA	mmHg	P脉	Temperatura
----	------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
 Dados clínicos

Paciente, C.E.P., orientado, apresenta ferimento traseiro em M.S.D.E. Segue as lacidezes

Diagnósticos

Atendido por
MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA

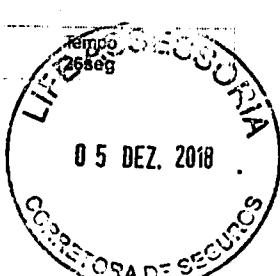
imprimir

CORONAVIRUS

Ruth Cavalcante
Enfermeira
CORONAVIRUS

CID

Tempo
26seg



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



Número:

Paciente: Tara Fáñida Pereira
Procedimento: Teste em fluxo de urina
SUS: Não SUS:
Médico: Dr. Rodrigues

Pontuário: 100/6x1
Data: 1/1/
Reposição:

Data: b, c, e, f

SUS: ✓ N

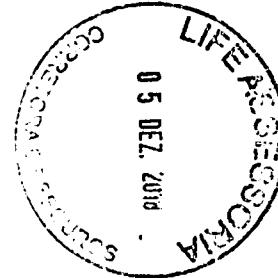
Medium

WISCONSIN

Caixa Pronta:

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
R. Braun	Aguihj A-5L	CL		
	/			
	/			

ASSINATURA DOMINGO - CRM
CRM/RS 10075



ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

**Assinatura de Silvia Ferreira
Tec. Enfermagem
COREN-PB 101092 ANTE RESPONSÁVEL**

F(NG)APC.013-2

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde			LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>HTCP</i>			2 - CNES 4 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>HTP</i>					
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Iara Cândido Pereira</i>			6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>1670817</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 15 - CEP		
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			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31-QTDE		
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III					
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33-QTDE		
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 35-QTDE		
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE		
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
<p> <i>CX 215 TMC</i> <i>01 placa Estrita am 08 faceta</i> <i>01 parafuso certifico re 20</i> <i>03 parafusos certificam re 24</i> <i>03 Parafusos certificados re 26</i> </p>					
					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
41 - DOCUMENTO			42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO SONSELHO) <i>MBRICO CRM-PB 10075</i>		
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		
46 - DOCUMENTO			47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Tiago Condolo Pereira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1
 Clínica/Setor: Ginecologia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura deslocada de útero
 Cirurgião: M. Rodrigo Linhares 1º Assistente: M. Freitas
 2º Assistente: Bluno Roma R1 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>Fratura de diáfise de útero</u>		
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	

Procedimentos Cirúrgicos		Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de diáfise de útero</u>		
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	

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: _____

28/10/2018
MEDICO DE FAMÍLIA
100%

João Pessoa, 10108122



Descrição da Cirurgia

Posição e Preparo:

Paciente em DDT sobre o escorredor
Cirurgião + assistente
Uso de campo cirúrgico

Incisão:

Longitudinal na região lateral do
braço esquerdo

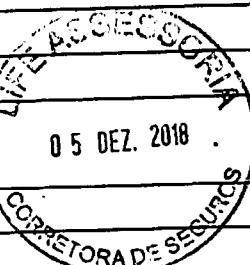
Achados:

Fratura de diáfise de úmero esquerdo

Conduta:

Divulcado por planos
Identificado o rebordo na face medial
entre os ossos de maneira
Fixação com placa DCP 7 furos
por furos articolares
osteosíntese com SF 2.97.
lavado de hemossedimentos
Sutura por planos
curativos gástricos

Fechamento:



Observação:

Foi visto o membro inferior direito com
uma lesão de tecido de sangramento profundo
que se tornou visível no processo.
Foi feito novo x-ray.

Dra. Braga da Rosa
MÉDICO
CRMESP 70075

João Pessoa, 10/09/2018

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176

QTD.	PRODUTO	UNIDADES	QTD.	PRODUTO	UNIDADES
0103	ELICAT GFT CROMADON	UN	0102	ELICAT GFT CROMADON	UN
0104	ELICO 7018	UN	0105	ELICO 7020	UN
0105	ELICO 7020	UN	0106	ELICO 7020	UN
0106	ELICO 7020	UN	0107	ELICO 7020	UN

SOLUCIONES	OTROS	LACTOSA/BEST BAKERY	FIO DE SUSTITUTO
SELECCIONES	NET SIST DREN TORNADICAS	FIO DE AGUO	FIO DE SUSTITUTO

PVPI DEGENERATIVE	LARINA BISTER NED	FIO POLIGALICATINA
PVPI TINTURA	LARINA BISTER NED	FIO POLIGALICATINA

VASO	SABAO ANTISEPTECO	LAVINA DE ENERETO	QTD.	LIVIA DE PROCEDIMENTO PAR	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO POLIFORMELO X
ASO	MATERIALS				<input type="checkbox"/>	FIO POLIFORMELO X

1	AOLUHA PERDIDERAL N°17	MELITAS	CENTER DE PIC	QTD.
	AOLUHA PERDIDERAL N°18	PERFRADOR DE SORO	CINTILHO CRISTALICO	

AGUILHA BAOUÍ N°66	SCALP N°1	SEMINA N°1	FIO DE NIRSCHNER N-
AGUILHA BAOUÍ N°75			FIO DE NIRSCHNER N-
AGUILHA BAOUÍ N°76			FIO DE NIRSCHNER N-

ATD, BOLSA P COLSTOMIA	SERINGA 30ML	SODA ASP TRAVEAL N8	HENNAIS HESIOLIVEI
ATD, BOLSA P GESSADA	SERINGA 30ML	GELAPREDOR RIGICO	
ATD, BOLSA P GESSADA	FIO STERILINAS		

1	CENTER DE OXIGENIO	SOND A SP TRAQUEAL N°12	PROTEGE VASOCL. AIR	
1	CENTER ENBOLIC ARTERIAL	SOND A SP TRAQUEAL N°14	NIT PAM	

1	CATERER EPICUREAL LTD	SOUND POLYESTER SWAHS 112	EMPIRESA
1	CATERER EPICUREAL LTD	SOUND POLYESTER SWAHS 112	EMPIRESA
1	CATERER EPICUREAL LTD	SOUND POLYESTER SWAHS 112	EMPIRESA
1	CATERER EPICUREAL LTD	SOUND POLYESTER SWAHS 112	EMPIRESA

COMPRESSESAS CIRÚRGICAS	SOND LAERTRAL N.	TORBERTHA	PARESIS EXPONHO	PARESIS ESTONHO	PARALEPSIS CIRÚRGICAS
-------------------------	------------------	-----------	-----------------	-----------------	-----------------------

ELABOROS	TRBO ENDOTRAQUEAL N°	PARRAFOS MALL EOL AB
ELABOROS	TRBO ENDOTRAQUEAL N°	PARRAFOS MALL EOL AB
ELABOROS	TRBO ENDOTRAQUEAL N°	PARRAFOS MALL EOL AB
ELABOROS	TRBO ENDOTRAQUEAL N°	PARRAFOS MALL EOL AB

73	EOLIPO MICROGOGTAS			FIOS	QTD.	ASPIRADOR
				EOLIOPAMENTOS		

QUESOS	FIO ALGODONADAS S.A.N.	FIO ALGODONADAS S.A.N.	FIO ALGODONADAS S.A.N.
GZES ALGODONADAS			

JELOD N°16	JELOD AL-AXTILAR	TFEOCD AL-AXTILAR	TFEOCD CENTRAL	JELCO N°16	DELOC REACTOR 1
DELOC N°15	DELOC N°15	DELOC N°15	DELOC N°15	DELOC N°15	DELOC REACTOR 1
DELOC N°14	DELOC N°14	DELOC N°14	DELOC N°14	DELOC N°14	DELOC REACTOR 1
DELOC N°13	DELOC N°13	DELOC N°13	DELOC N°13	DELOC N°13	DELOC REACTOR 1
DELOC N°12	DELOC N°12	DELOC N°12	DELOC N°12	DELOC N°12	DELOC REACTOR 1
DELOC N°11	DELOC N°11	DELOC N°11	DELOC N°11	DELOC N°11	DELOC REACTOR 1
DELOC N°10	DELOC N°10	DELOC N°10	DELOC N°10	DELOC N°10	DELOC REACTOR 1
DELOC N°9	DELOC N°9	DELOC N°9	DELOC N°9	DELOC N°9	DELOC REACTOR 1
DELOC N°8	DELOC N°8	DELOC N°8	DELOC N°8	DELOC N°8	DELOC REACTOR 1
DELOC N°7	DELOC N°7	DELOC N°7	DELOC N°7	DELOC N°7	DELOC REACTOR 1
DELOC N°6	DELOC N°6	DELOC N°6	DELOC N°6	DELOC N°6	DELOC REACTOR 1
DELOC N°5	DELOC N°5	DELOC N°5	DELOC N°5	DELOC N°5	DELOC REACTOR 1
DELOC N°4	DELOC N°4	DELOC N°4	DELOC N°4	DELOC N°4	DELOC REACTOR 1
DELOC N°3	DELOC N°3	DELOC N°3	DELOC N°3	DELOC N°3	DELOC REACTOR 1
DELOC N°2	DELOC N°2	DELOC N°2	DELOC N°2	DELOC N°2	DELOC REACTOR 1
DELOC N°1	DELOC N°1	DELOC N°1	DELOC N°1	DELOC N°1	DELOC REACTOR 1

118
LTD. INVASIVANIA IN ASIA
LIFELINE RADIOR ELECTRIC
LIFELINE RADIOR ELECTRIC
LIFELINE RADIOR ELECTRIC

www.SilviaFerreira.com

Lecithin da Silva Ferreira *Teic. Extramegnum* *FNO/ASCR/12-12*

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/09/18

PRONTUÁRIO: 1046213

PACIENTE: José Luiz de Oliveira Ferreira (Pereira)

SEXO: F COR: IDADE: 22

PRESSÃO ARTERIAL PULSO: 106/65/40 RESPIRAÇÃO RUMÉTICA TEMPERATURA PESO: 69KG GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL (x) BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO RISCO CIRÚRGICO (x) BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO NORMA

AP. CIRCULATÓRIO NORMA

AP. DIGESTIVO NORMA

ESTADO MENTAL: CONSCIENTE/INCERTEZA DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

ESTADO FÍSICO (ASA)

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: F. varicosidade umbilical

CIRURGIA REALIZADA: HE CIURESE

CIRURGÃO: Dr. Fachado AUXILIARES: Dr. Freudenthal

INÍCIO DA ANESTESIA: 09:30

TÉRMINO DA ANESTESIA: 12:15

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

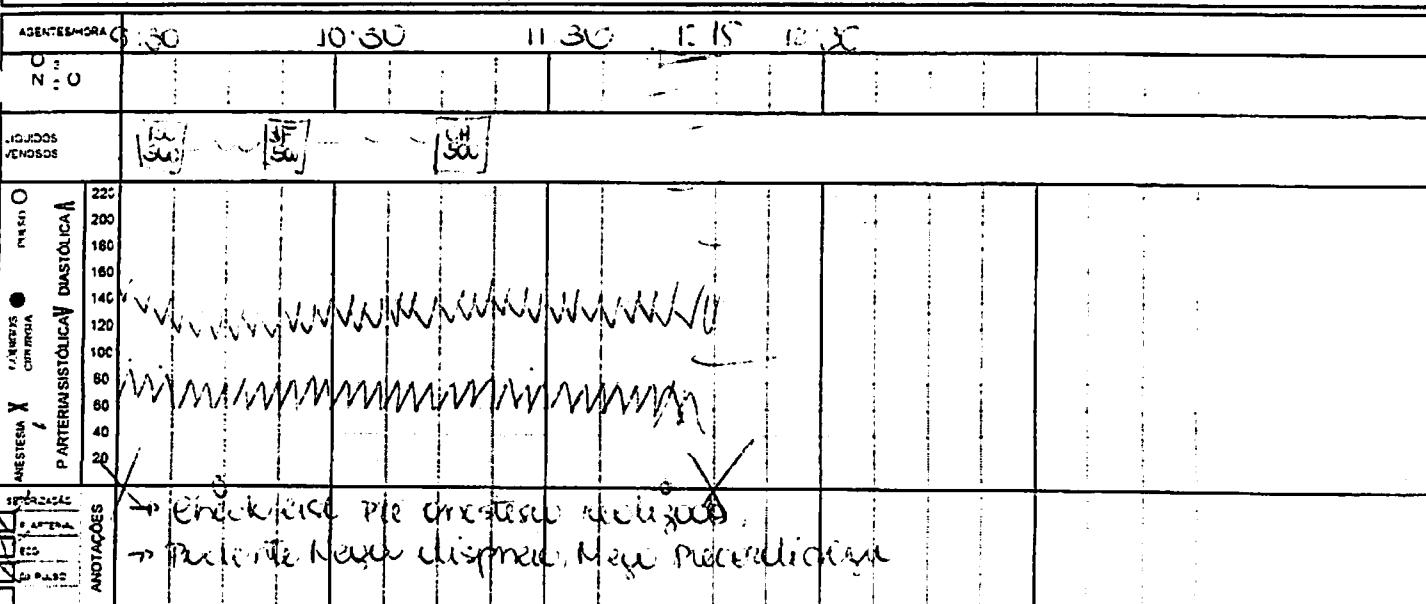
QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA: Dr. Ana Paula (CRM-PB)

/CPF: 11.111.111-11

CRM-PB



ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS _____

JUDOS		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
ICOSÉ	Volume em ml		
HACL		1. Klobetomid 5ml	11. Mezolan 2mg
SANGUE		2. Fentanil 0,01mg	12. Atropina 0,1mg
RINGER		3. Propofol 150ml	13. Metoclopramida 1,5mg
TOTAL		4. Oxitocina 0,01mg	14.
DESTINO DO PACIENTE		5. Lactulona 0,1ml 2% creme	15.
<input type="checkbox"/> APT*	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	6. Butorfanol 0,01ml 0,5% creme	16.
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	7. Lopeta 0,1g	17.
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	NPA	8. Estreptopne 10ml	18.
		9. Glutamina 0,1g	19.
		10. Tramadol 3mg	20.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:
 Anestesiado com DDA, anestesiado com N2O, fiose pré criseus relaxos.
 Injeção de 70% propofol interescrínico e oxitocina a 50cm, respect. metade min da artéria.
 Injeção de 5+5% PVA endovenosa c/ ECG 100% smr, subas c/ 3 + Fentanil 150ug, amigdala c/ 400ug c/ tubo 7,0mm ext. bala náusea dura, confirmado por capnografia?

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Ana Luisa Soárez
Anestesiologista
CRM-PB 9190



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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			Prontuário
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 parenquimatosa 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

Dr. Cicero Ludgero
CIRURGÃO GERAL
CRM: 6311

IARA CANDIDO PEREIRA

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM: 6311)





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
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA			Telefone de Contato (83) 987595950
Enderço ESCRITOR CARLOS PORTO, 37	Bairro POPULAR	Município SANTA 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

NOX: 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)

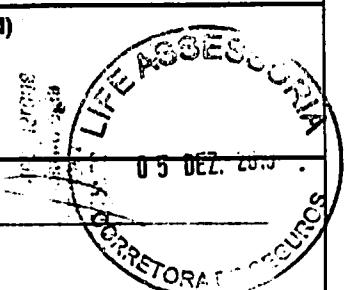
ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

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 6/6HS

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)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente IRÁ 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	Telefone de Contato (83) 987595950
Mãe SILVANA CANDIDO PEREIRA			
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
presenta suspeita de fratura de úmero bilateral fechada
úndome flácido e indolor
torax 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

ADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

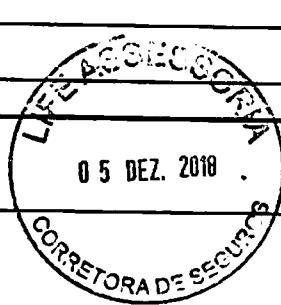
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Ortopedia e Artrologia
CRM- PB 6700



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	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 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

CLIENTE 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 UMERO 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

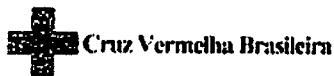
Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM: 11134

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

IARA CANDIDO PEREIRA



Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 22/07/2018 12:32:28



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso 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
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

Evolução médica (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 25/07/2018 08:00:01)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

FRATURA BILATERAL DE UMERO + FRATURA DE BACIA + FRATURA DE COSTELA
EUPNEICO,HIDRATADO,AFEBRIL

EXAMES OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

MAT: CX 4.5.

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296



SUS Sistema Unico de Saúde		LNUO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNS)	
Folha 1/2	Identificação do Paciente		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N.º DO PROUNIÁRIO	
7 - CARTELO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MULHER OU RESPONSÁVEL	
11 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)		12 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA	
13 - CID 10 MUNICIPIO		14 - CID 10 SECONDRARIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	
19 - CID 10 PROCEDIMENTO - ANTERIOR		20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	
21 - CID 10 PROCEDIMENTO - MUDANÇA		22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDARIO	
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
27 - SOLICITACAO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		28 - SOLICITACAO DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - 31:01:DE		32 - 34:01:DE	
33 - ESTERILIZADO POR OXÍDO DE ETILENO		34 - ESTERILIZADO POR ACETIL CENTRÍFUGO COM E NO DIA	
35 - 20/10/2022 Data de Esterilização:		36 - 20/10/2022 Data de Esterilização:	
37 - 34:01:DE		38 - JUSTIFICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
45 - COD ORGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		50 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Fábio Cardoso Oliveira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 26/07/18
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Síntese de Fractura diáfisea de úmero D + Exploração de N. Radial
 Cirurgião: Dra. Jacqueline 1º Assistente: Dra. Fábio Henrique (K)
 2º Assistente: () 3º Assistente: _____
 Instrumentador: Dr. Gracilis Anestesista: Dr. Daniel
 Tipo de Anestesia: Bloqueio + Geral Horário: Início 13:00 Término 15:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de diáfise de úmero D</u>	
<u>+ lesão de N. Radial constatada</u>	
<u>no exame físico prévio à cirurgia</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Síntese com placa 4.5 +</u>	
<u>Exploração de lesão do N. Radial</u>	

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

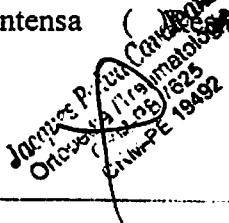


Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

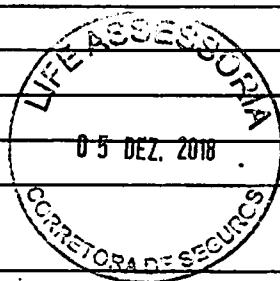
()Enfermaria ()Terapia Intensa ()Cuidados Paliativos ()Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____



João Pessoa. 26/07/18

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente EM RIT Sob anestesi Assessoria fantaseada de agente de campo extens
Incisão:	Em zona lateral do braço o por plâns. Exponção da fratura - que verificação de fechamento do fr. radial
Achados:	Agasalho fragmentos ósseos subcutâneos foram explorados o fr. radial no qual foi verificado ferimento completo.
Conduta:	Em segundo realizando fixação de fratura à mão direita com placa fijos extensos para lance urogâna. Em ST off.
Fechamento:	Por plâns. Cicatriz
Observação:	Solicite parceria do MCP para nail pass menionização de fr. radial em braço direito



Médico/CRM:



João Pessoa, 26/07/2018

Nota de Sala Cirúrgica

SAC 02

12-1-2011

NOVEMBRO DO PACIENTE	JAIRO CUNHA PESADA		
IDADE	72	SEXO	MASCULINO
CIRURGIA	HIPERTENSÃO ARTERIAL - MIGRADE DE OCRETO	PROTOTÍRIO	INFERNAL
CIRURGÃO	JACINTO	DATA	
ANESTESIA	GENERAL (C) RÉGULA	ANESTESISTA	DR. JOSÉ V. M. MELO CR3)
INSTRUMENTADOR	DR. JACINTO + PAULO	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO	12:30 AS 16:40
		FINA	
		CIRURGIA INICIO	
		FINA	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA 1 (ASA 1) ASA 2 (ASA 2) ASA 3 (ASA 3) ASA 4 (ASA 4) ASA 5 (ASA 5)		
GRUPO DE CONTAMINAÇÃO - CLÍNICA / CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
ALERGANIA	AGULHA DE RESSORTE	JELCO N°18	DUOCT 37 (ct)
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA PESADA	A - 30 (ct)	JELCO N°22	FIO DE ACO N°
CETAMINA	01	JELCO N°24	FIO DE ACO N°
DROPERIDOL		KITSIST DREN TORANICA N°	FIO DE NYLON N° 3.0 05
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	lâmina bisturi N°11	FIO DE NYLON N°
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	lâmina bisturi N°15	01 FIO DE NYLON N°
FENTANILA	01 PVP DEGERMANTE	lâmina bisturi N°23	01 FIO POLIGLACTINA 2.0 04
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	lâmina bisturi N°24	01 FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLUARANO	PVP TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMIO	FIO POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C. VASO	01 SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA S. VASO	01 MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	40 FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA C. VASO	AGULHA 15X4.5	LUVA ESTERIL N°7.0	02 FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA S. VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTERIL N°7.5	03 FIO POLIGLICAPRON N°
MIDAZOLAN	01 AGULHA 25X08	LUVA ESTERIL N°8.0	03 FIO SEDA N°
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTERIL N°8.5	11 FITA CARDIACA
NIMBURN	AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA CIRÚRGICA	10 MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS	01 CATETER DE PIC
PITIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO	01 CIMENTO CIRÚRGICO
PROPÓFOL	01 AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21	FIO DL KIRSCHNER N°
ROCRÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLUARANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 5ML	03 FIO STEINMAN N°
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	03 FIO STEINMAN N°
TAPESTE C. 05	01 ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL N°8
ADRENALINA		SONDA ASP TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA	10 ml	SONDA ASP TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR
ATROPINA	CATETER EMBOLECA ARTERIAL	SONDA ASP TRAQUEAL N°14	KIT PANI
BENTRA	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA
DENANETASONA	01 CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
DIPIRONA SODICA	02 CERA PARA OSSO	SONDA NASOG CÚRTA	PARAFUSOS CORTICais
EFEDRINA	COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG LONGA	PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA RETRAL N° 12.	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°7	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAINA GELEIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA
ONDASENTRONA	01 EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL	EQUIPO TRANSF SANGUE		
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS	01	EQUIPAMENTOS
PROTAMINA	ESPONJA DE PVP	10	01 ASPIRADOR
TENONICAN	ESPARADRAPO		01 BISTURI ELETTRICO
	GAZES		01 CAPNOGRAFO
	GAZES ALGODoadas		01 CARDIOMONITOR
	GEL ELETROLITICO		01 DESFIBRILADOR
	JELCO N°14		01 FOCO AUXILIAR
	JELCO N°16		01 FOCO CENTRAL
01 Pura q F CIPROTA			01 MICROSCOPIO
Paral. Conf.			01 TOXIMETRO DE PULSE
			01 TPA INVASIVA NAO INVASIVA
			01 PERFORADOR ELECTRICO
			01 SERRA
			CIRUJANTE
			429052
			FING ASCIR 021-2

Nome: <i>Iara Cândido Pereira</i>			N de BE: <i>1096217</i>
Idade:	Sexo: <i>F</i>	Clínica:	Enf.: <i>Leito:</i>
Data de admissão: <i>22/07/18</i>		Alta: <i>13/08/18</i>	Tempo de Permanência: <i>21 dias</i>
Diagnóstico de Internação: <i>Fratura Diáfisária Bilateral do Úmero</i>			
Diagnóstico Definitivo: <i>O mesmo.</i>			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe: RAFI de fratura diáfisária do úmero (D) e em 2º tempo fratura diáfisária do úmero (E).			
Biópsias: <i>Cirurgião: Dr. Jacques</i>			
Anatomia patológica: <i>1º cirurgião Úmero (D) Dr. Pedro Lemos</i>			
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não () <i>Úmero (E) Rodrigo Amorim</i>			
Resultado bacteriologista: <i>Dr. Freudenthal</i>			
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>Paciente com quadro de fratura diáfisária do úmero (D) e úmero (E) bilateral a tratar-se tratado em 2 tempos.</i>			
Orientações Pós Alta			
Dieta:	<i>Líquida</i>		
Reposo:			
Relativo em casa por,	<i>90</i>	dias.	05 DEZ. 2018
Retorno às atividades sem esforço físico em,	<i>90</i>	dias.	30 dias ORAN EXECUTIVE
Retorno às atividades com esforço físico leve,	<i>90</i>	dias e com maior em,	
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: <i>Cefalexina + Planox</i>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa; <i>13 de 08 de 18</i>			
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 PARAÍBA

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

L-236



Iara Cândido Pereira

SIGNATURA DIGITAL

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

DATA DE NASCIMENTO

SANTA RITA-PB

16/08/1995

DOC ORIGEM

CERT. NASC. N°60665 06 - LIV.A-54 - FLS.163 - CARTORIO 1º SANTA
RITA PB
CPF

João Pessoa - PB

Detetive A. B. Lacerda Jr.
Data de Nascimento: 29/08/83
Maior Chico Corretores de Seguros

A+

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

714.740.884-57

Nome

IARA CÂNDIDO 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 público 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 +ELEVAÇÃO 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 sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (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 Morais Lima - CRM: 5769 - PB



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA José Luiz Correia da Costa DATA DO ACIDENTE 22/04/2018 CPF DA VITIMA 114.440.884-54
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO José Luiz Correia da Costa QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA
 AVITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Juiz de Fora, 228 BAIRRO Oiticicras
 N° 228 COMPLEMENTO Casa CEP 55000-050
 CIDADE Jaguaribe UF CE TELEFONE (83) 99592-8028
 E-MAIL avlaasge@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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (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, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHÉQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

OBS: IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA, E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHÉQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (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, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHÉQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
- REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Morte = R\$ 15.500,00
- 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
<u>05/12/2018</u>	<u>Assessoria</u>
DATA	DATA
IDENTIDADE <u>4488 449</u>	NOME
ASSINATURA <u>José Luiz Correia da Costa</u>	ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180572513
Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Cidade: Santa Rita
Data do acidente: 22/07/2018

Natureza: Invalidez Permanente
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 PÚBICO 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
Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

Cidade: Santa Rita
Data do acidente: 22/07/2018

Natureza: Invalidez Permanente
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 público 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "SILVIO SZTRAJTMAN".

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439917/18

Vítima: IARA CANDIDO PEREIRA

CPF: 714.740.884-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/07/2018

Titular do CPF: IARA CANDIDO PEREIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IARA CANDIDO PEREIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA