



Número: **0806508-08.2021.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **21/12/2021**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE MARIO DE SOUSA COSTA (AUTOR)	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53884 232	02/02/2022 10:16	2851256_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200424882 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA **Data do acidente:** 23/07/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO. P.6/16/17/18/19/20

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200424882 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA **Data do acidente:** 23/07/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 45°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 27/07/2020 COM COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA, POSTERIORMENTE EM 29/07/2020 REALIZADO NOVO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DO FÊMUR COM USO DE PARAFUSO DESLIZANTE, PLACA DCS E 06 PARAFUSOS CORTICAIS. EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 31/07/2020.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU MODERADO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/03/2021

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 30/11/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE. DE ACORDO COM A ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 50% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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, 08 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200424882

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 23/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

Pag. 01653/01654 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 21 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200424882

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 23/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE MARIO DE SOUSA COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000007730**

Conta: **0000049985-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01351/01352 - carta_15R - INVALIDEZ





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, 08 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200424882 **Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA**

Data do Acidente: 23/07/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01123/01124 - carta_02 - INVALIDEZ

00040562



Carta nº 16559789





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, 18 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200424882 Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 23/07/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Pag: 01463/01464 - carta_03 - INVALIDEZ

00020732



Carta nº 16585492





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, 25 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200424882

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 23/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01321/01322 - carta_02 - INVALIDEZ

00030661



Carta nº 16697946





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, 09 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200424882

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 23/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000007730

Conta: 0000049985-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01673/01674 - carta_30 - INVALIDEZ

00010837



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0337827/20 3 - CPF da vítima: 042.397.984-04 4 - Nome completo da vítima: Jose Renato de Souza Costa

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

5 - Nome completo: Jose Renato de Souza Costa 6 - CPF: 042.397.984-04
7 - Profissão: Advogado 8 - Endereço: Rua Bonfim 9 - Número: 200 10 - Complemento:
11 - Bairro: Tibirubá 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300000
15 - E-mail: 83988443061 16 - Tel.(DDD): 83988443061

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairnacor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Imprescindível digital da vítima ou beneficiário (se houver)
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 25/03/20

Jose Renato de Souza Costa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20035170B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA7BAF8AFDBF8C.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 23/07/2020 Hora: 06:30 Município: SAO GONCALO DO GURGUEIA/PI
BR: 135 KM: 553,7 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: JOSÉ ROBERTO MIGUEL ANDRADE, 1497913

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Curva	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO
DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 23 de Julho de 2020, por volta das 06:30, no KM 553,7 da BR 135 no município de São Gonçalo do Gurgueia-Pi, ocorreu um acidente do tipo colisão frontal, com 7 vítimas (2 feridas graves e 5 leves). Os veículos envolvidos foram: automóvel Nissan March (V1) e uma caminhonete Renault Oroch (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito no sentido São Gonçalo do Gurgueia-Pi/ Correnie-Pi quando, instantes antes da interação entre os veículos, perdeu o controle, invadiu a faixa de sentido contrário e colidiu frontalmente com V2 (conforme orientação de danos nos veículos e fluidos derramados no pavimento, V1 fez um movimento de rotação e atingiu V2 com seu lado direito). A colisão ocorreu na faixa de trânsito do sentido São Gonçalo do Gurgueia - PI, conforme constatação de marca de frenagem de V1. Com o impacto, V2 tombou no acostamento fora da faixa de trânsito ao qual trafegava e V1 ficou em repouso de forma perpendicular a faixa ao qual trafegava. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações registradas nessa narrativa e interpretação dos vestígios materiais identificados no local, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a invasão da faixa de sentido contrário, ação essa realizada por V1. Observações: 1- O local do acidente estava desfeito; 2- Não foi possível realização do teste de etilômetro em ambos os condutores, pois haviam sido socorridos antes da chegada da equipe da PRF; 3- As vítimas foram



Documento assinado eletronicamente por: matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAF8AFD8F8C.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Polícia Rodoviária Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hovobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAF8AFDBF8C.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

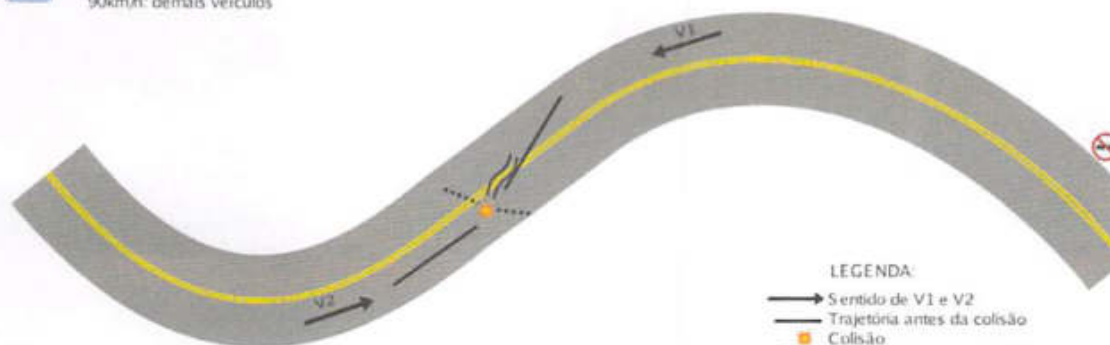
socorridas pelo SAMU ao Hospital Regional Dr. João Pacheco Cavalcanti na cidade de Corrente-Pi; 4- O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos; 5- Velocidade regulamentar da via: 100 Km/h para automóveis, camionetas e motocicletas; 90 Km/h para os demais veículos; 6- V1 ficou fora do leito carroçável aguardando providências por parte do proprietário para remoção; 7- V2 foi levado para cidade de Corrente-Pi pela seguradora antes da chegada da equipe PRF.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Velocidade regulamentar:
100km/h: automóveis, camionetas e motocicletas;
90km/h: demais veículos

Local desfero



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	
2	Tombamento	V2
3	Saída de leito carroçável	V2

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
2	V2			
3	V2			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAFBAFDBFBC.



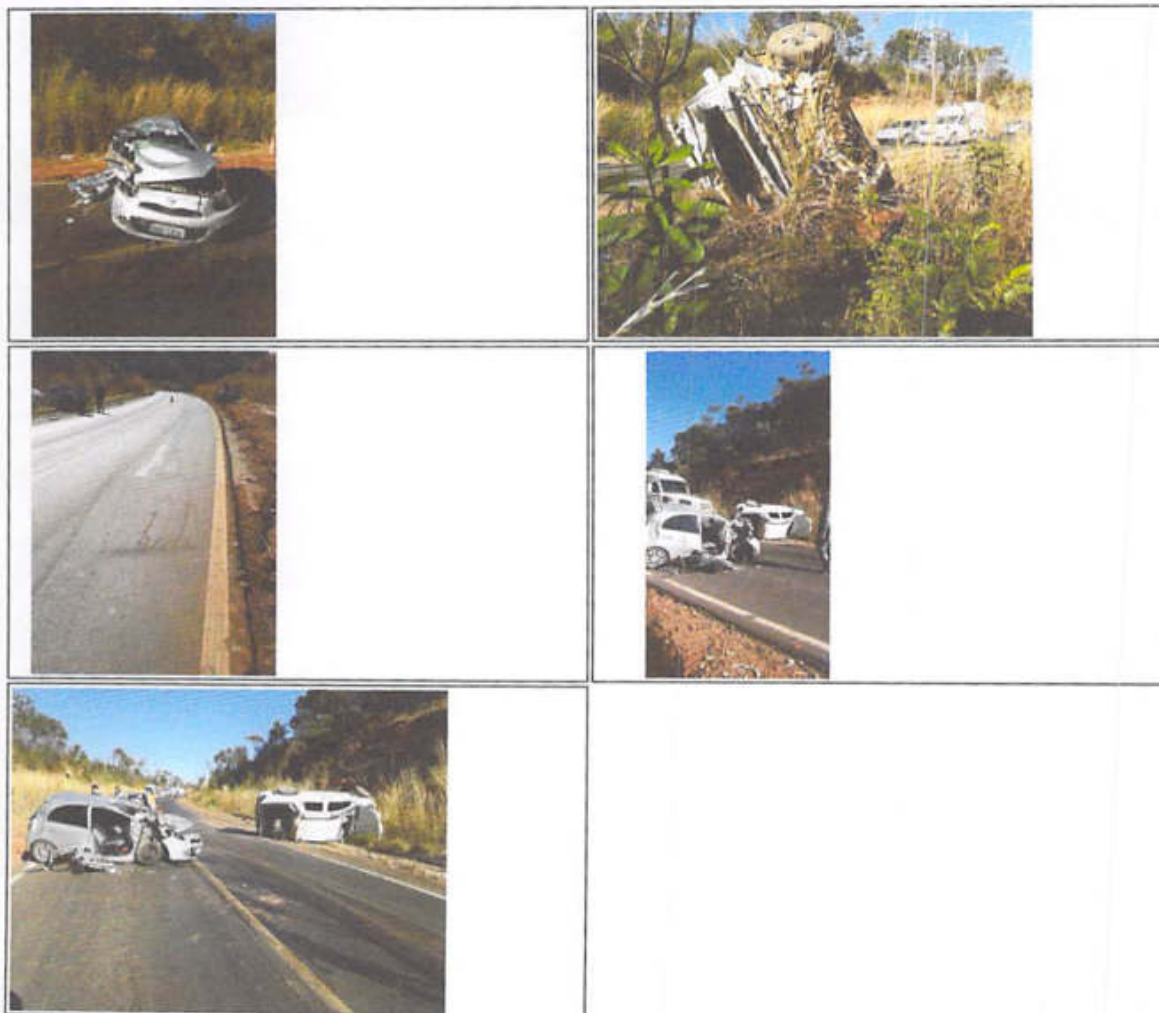


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - OGG1236 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: OGG1236 Marca/modelo: /NISSAN MARCH 10S FLEX
Ano fabricação: 2013 Chassi: 3N1DK3CD4EL219861
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 00598292160
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Prata



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no 5º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV de art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAF8AFDBF8c.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / I/NISSAN MARCH 10S FLEX

Placa: OGG1236

Nº BOAT: 20035170B01

Nome do Agente:

Matrícula do Agente: 1497913

Data: 23/07/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalás ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Montagem: Grande

V1 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472954EE73A32CA9BAF8AFDBF8C.

191





V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por [nome], matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novtba/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 26E47295EE71A32CA91AF8AFD8F8C.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V1 - Proprietário

Nome: VANIA LUCIA DE SALES CARNEIRO
Email:
Endereço: JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ: 030.686.904-71
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - JOELMIR DOS SANTOS SILVA

V1C - Informações

Nome: JOELMIR DOS SANTOS SILVA
CPF: 079.888.024-45
Sexo: Masculino
Morreu após remoção: Não

Data de Nascimento: 15/11/1989
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Lesões Leves
Usava cinto de segurança: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PB
Observações CNH: 15A

Primeira habilitação: 19/09/2014
Vencimento da habilitação: 20/03/2024

Nº Registro: 06182001825
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA MANOEL FRANCISCO DE MELO, 459, CS, CUIA, JOAO PESSOA-PB
Telefone: 83991230714

Email:



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA98AFBAF0BF8C.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

V1P1 - Informações

Nome: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA	Data de Nascimento: 12/05/1989
CPF: 092.397.984-04	Sexo: Masculino
Estado físico: Lesões Leves	Morreu após remoção: Não
Usava cinto de segurança: Sim	

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: CAP JOSE INACIO, 32, POPULAR, SANTA RITA-PB
Telefone: Email:

V1P2 - PASSAGEIRO 2 DO V1 - KAMILLA SANTOS TEIXEIRA

V1P2 - Informações

Nome: KAMILLA SANTOS TEIXEIRA	Data de Nascimento: 24/01/1999
CPF: 148.892.614-00	Sexo: Feminino
Estado físico: Lesões Graves	Morreu após remoção: Não
Usava cinto de segurança: Sim	

V1P2 - Dados do Contato

Endereço: COMENDADOR FELIPE THIAGO GOMES, 84, CAMPO DE LEAO, MARCOS MOURA, SANTA RITA-PB
Telefone: Email:

V2 - VEÍCULO 2 - QWZ5089 - CAMINHONETE

V2 - Informações

Placa: QWZ5089	Marca/modelo: RENAULT/OROCH 20 DYN42AT	Renavam: 01213665407
Ano fabricação: 2019	Chassi: 93Y9SR3JALJ285840	Tipo de veículo: Caminhonete
Espécie: Misto	Categoria: Particular	Cor: Branca
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento		



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hocobat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E47295VEET3A32CA9IAF8AFD8F8C.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V1C - Termo de Declaração de Envolvido

EMERGÊNCIA 191 TDE

Nome: Yolanda dos Santos Silva Matrícula: 1497913

Endereço: Rua Cristóvão Colombo

Cidade: João Pessoa Data de Nascimento: 15.11.1988

CPF: 03.991.23.0434

Assinatura: Yolanda dos Santos Silva

AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO SÃO DE INTERA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.
A INSCRIÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME ART. 297 E 298 DO CP.

A meu pai a esposa dele, fiz a causa dele vir de uma audição em horário corrente para o da do esqueço (para contaria) e a situação para minha parte imediata dele quando da situação que estava sendo tratado perante ao devida, estando para a minha parte por outras audições que me fiz base de feita e imediatamente fazer o que ao voltar la por tudo o central do carro estando a para ao contaria.

Assinatura do Declarante e Data: Yolanda dos Santos Silva 24-08-2020

Policial Responsável por Solicitar a Declaração: Talita



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E472959EE73A32CA9BAF8AFDBF8C.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / RENAULT/OROCH 20 DYN42AT Placa: QWZ5089 Nº BOAT: 20035170B01
Nome do Agente: Matrícula do Agente: 1497913 Data: 23/07/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo				veículo removido do local.
2	Longarina dianteira esquerda				veículo removido do local.
3	Caixa de roda dianteira esquerda				veículo removido do local.
4	Estrutura da soleira esquerda				veículo removido do local.
5	Air Bags Frontais				veículo removido do local.
6	Air Bags Laterais				veículo removido do local.
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda				veículo removido do local.
8	Estrutura da coluna central esquerda				veículo removido do local.
9	Estrutura da coluna traseira esquerda				veículo removido do local.
10	Caixa de roda traseira esquerda				veículo removido do local.
11	Assoalho central esquerdo				veículo removido do local.
12	Longarina traseira esquerda				veículo removido do local.
13	Assoalho portamalás ou caçamba				veículo removido do local.
14	Longarina traseira direita				veículo removido do local.
15	Caixa de roda traseira direita				veículo removido do local.
16	Estrutura da coluna traseira direita				veículo removido do local.
17	Estrutura da soleira direita				veículo removido do local.
18	Estrutura da coluna central direita				veículo removido do local.
19	Estrutura da coluna dianteira direita				veículo removido do local.
20	Assoalho central direito				veículo removido do local.
21	Caixa de roda dianteira direita				veículo removido do local.
22	Longarina dianteira direita				veículo removido do local.

Dano de Monta: Grande

V2 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Polícia Rodoviária Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 11.127/2002, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-REG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/convolab/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 2BE47295FE73A32CA9BAFBAF0BFBFC.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20035170B01

V2 - Proprietário

Nome: LOCALIZA RENT A CAR S.A. CPF/CNPJ: 16.670.085/0001-55
Email: Telefone:
Endereço: BELO HORIZONTE-MG

V2C - CONDUTOR DE V2 - ANDRES JOSE ROMERO MEDINA

V2C - Informações

Nome: ANDRES JOSE ROMERO MEDINA Data de Nascimento: 08/07/1972
CPF: 234.744.978-80 Estado civil: Não Informado
Sexo: Masculino Estado físico: Lesões Graves
Morreu após remoção: Não Usava cinto de segurança: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B Primeira habilitação: 07/12/2011 Nº Registro: 05370301734
UF: BA Vencimento da habilitação: 11/07/2021 Motorista profissional: Não
Observações CNH: 99

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA PRISCO VIANA, 18, CASA, CENTRO, BREJOLANDIA-BA
Telefone: 8999846690 Email:

V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - ADELICIMAR LOBATO DA SILVA

V2P1 - Informações

Nome: ADELICIMAR LOBATO DA SILVA Data de Nascimento: 29/11/1984
CPF: 047.997.663-50 Sexo: Masculino
Estado físico: Lesões Leves Morreu após remoção: Não
Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P1 - Dados do Contato

Endereço: CANA BRAVA, ZONA RURAL, CORRENTE-PI
Telefone: Email:



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 1497913, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movotat/autenticar>, informando o protocolo 20035170B01 e o número de controle 28E47295EE73A32CA9BAF8AFD8F8C.

191



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0337827120 3 - CPF da vítima: 042.397.984-04 4 - Nome completo da vítima: Jose Renato de Souza Costa

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

5 - Nome completo: Jose Renato de Souza Costa 6 - CPF: 042.397.984-04
7 - Profissão: Advogado 8 - Endereço: Rua Bonfim 9 - Número: 200 10 - Complemento:
11 - Bairro: Tibiriri 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300000
15 - E-mail: 83988443061 16 - Tel.(DDD): 83988443061

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairnacor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Imprescritível digital da vítima ou beneficiário (se houver):
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 25/03/20

Jose Renato de Souza Costa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - NR do sinistro ou ASL: **0337827/20** 3 - CPF da vítima: **092.397.984-04** 4 - Nome completo da vítima: **José Ricardo de Souza Costa**

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

5 - Nome completo: **José Ricardo de Souza Costa** 6 - CPF: **092.397.984-04**
7 - Profissão: **Trabalhador** 8 - Endereço: **Rua Barbosa** 9 - Número: **200** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Tiberti** 12 - Cidade: **Santa Rita** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58300000**
15 - E-mail: **83986622237**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **Banco Itau**
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: **4430** CONTA: **49985** **7**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãs? Sim Não 32 - Se tinha irmãs, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **José Ricardo de Souza Costa** **02.03.2022**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019






JOSE ERIVALDO DA COSTA
 RUA RUI BARBOSA, 200 - TIBIRI
 SANTA RITA / F. C. P. 5830000 (AG 1)

CPF: 01.074.111-48 (639.804.34)

Grupo COMERCIAL ENERGENSAO / Subgrupo B1
 Classe FESM/CB1 / Subclasse BACARENIA
 Ligação MONOFÁSICO
 Roteiro 14 31974 4706 14 Medidor 00008276715

 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
 5/1807625-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00018076257

VALOR DA FATURA



"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos."

CAIXA
 ATIVO

Tabela Valor Base Calc. Mês



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota
fiscal/conta de energia elétrica: N° 059.620.464

DADOS DO CLIENTE:

JOSE E***** D* C****

RUA RUI BARB*** 200 58300000
SANTA RITA



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B1 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0



N° DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/1807625-7

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
FEV/2021



APRESENTAÇÃO
26/02/2021



CONSUMO
299 kWh



VENCIMENTO
06/03/2021



TOTAL A PAGAR
R\$ 220,92

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S A		001-9	00190.00009 03268.926007 27180.886171 6 85510000022092		
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A					VENCIMENTO 06/03/2021
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA					AGÊNCIA/CODIGO BENEFICIÁRIO
ENDEREÇO BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680					NOSSO NUMERO 32689260027180886
DATA DO DOCUMENTO 23/02/2021	Nº DOCUMENTO 001807625-2021-02-7	ESPECIE DOC DS	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 23/02/2021	(H) VALOR DO DOCUMENTO 220,92
CARTERA 17	ESPECIE R\$	QUANTIDADE	VALOR	(I) DESCONTOS / ABATIMENTOS	
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÔ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TITULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.					(J) OUTRAS DEDUÇÕES
PAGADOR JOSE E***** D* C**** RUA RUI BARB*** 200 58300000 SACADOR(AVALISTA)					(K) MORA/MULTA
CNPJ/CPF 485.6**.***.*** SANTA RITA (AG: 1)					(L) OUTROS ACRESCIMOS
					(M) VALOR COBRADO
					COO. DE BAIXA

Ganhe mais facilidade pagando com o PIX! Use seu app de pagamento favorito, escolha "Pagar com o PIX" e leia o código abaixo:



Quer facilidade?
Abra sua conta Voltz - Energisa e tenha vantagens exclusivas!
Entenda melhor em contavoltz.com/pix



Identificação
Ficha de Compensação





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
 SECRETARIA DE SAÚDE
 HOSPITAL REGIONAL DR. JOÃO P. CAVALCANTE
 Rua Antônio Nogueira de Carvalho, S/N - Fone: (89) 3573-2307 - Corrente - Piauí
 E-mail: hospitalcorrente@gmail.com - CNPJ.: 06.553.564/0022-62



GOVERNO DO PIAUÍ

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO QUADRO

VERMELHO AMARELO VERDE

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CORRENTE - PI
 ENDEREÇO: RUA ANTONIO NOGUEIRA DE CARVALHO, S/N - CENTRO
 MUNICÍPIO: CORRENTE ESTADO: PIAUÍ

PACIENTE

NOME: Jose Mario de Souza Rocha
 PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____ SEXO: M DATA NASC. 31/05/1989
 ENDEREÇO: Paraíba BAIRRO: _____
 MUNICÍPIO: Luz ESTADO: _____

DATA DO ATENDIMENTO 23/07/2020 HORA: 08:15

TIPO DE ATENDIMENTO

SINAIS E SINTOMAS prontuário de atendimento

SINAIS VITAIS: T _____ PA _____ FC 117 FR _____

- URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
- ELETIVA - CONSULTA INICIAL
- ELETIVA - CONSULTA SUBSEQUENTE
- URGÊNCIA/EMERGÊNCIA REFERENCIADA
- ELETIVA - REFERENCIADA

SP02 = 94%

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

Prontuário: vítima de acidente de carro, apresentando dor em (MII) de forte intensidade REG. Cote, 6115600-15

Mae - Maria - Curadora de Souza

Pai - Jose - Curador de Souza

Gráfica In. Ribeiro Fone/Fax: (89) 3573-1617

CONFERE COM O ORIGINAL

Em 24/07/2020

Hospital Regional de Corrente



PROCURADORIA GERAL
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Rua do Ouvidor, 111 - 11.º andar
20040-000 - Rio de Janeiro, RJ





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. JOÃO P. CAVALCANTE

Rua Antônio Nogueira de Carvalho, S/N - Fone: (89) 3573-2307 - Corrente - Piauí
E-mail: hospitalcorrente@gmail.com - CNPJ.: 06.553.564/0022-62

SUS
Sistema Único
de Saúde

Paciente:

As Traumatologista

Encaminho o paciente
José Márcio de Souza Rocha,
vítima de acidente
automobilístico, apresentando
fratura de 1/3 (terço)
proximal de fêmur direito.

EGR, afébril, eupneico, nor-
moconado, hidratado, aua-
notico, amictico, cons-
ciente e orientado.

Dr. Fernando Pinheiro Rodrigues
Médico
CRM 2370-PI

25,07,2020

FPR Rodrigues
Médico



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
POSSO - HUMBERTO LUCENA

Estado de
PARAIBA
GOVERNO DO ESTADO

Receituário

Paciente: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Idade: 31

Data: 31/07/2020 06:33:48

Sexo: Masculino CPF: Não informado BAE: 1248197

RETORNO AO CEREST EM 15 DIAS COM DR. EDSON TINOCO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO

POR DR. HEISENBERG
RUA JESUS DE NAZARÉ, 200, BAIRRO JAGUARIBE, POR TRÁS DO HOSPITAL ARLINDA
MARQUES
TELEFONE: 3218-5822

Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
POSSO - HUMBERTO LUCENA

Estado de
PARAIBA
GOVERNO DO ESTADO

Receituário

Paciente: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Idade: 31

Data: 31/07/2020 06:33:48

Sexo: Masculino CPF: Não informado BAE: 1248197

RETORNO AO CEREST EM 15 DIAS COM DR. EDSON TINOCO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO

POR DR. HEISENBERG
RUA JESUS DE NAZARÉ, 200, BAIRRO JAGUARIBE, POR TRÁS DO HOSPITAL ARLINDA
MARQUES
TELEFONE: 3218-5822

Dr. AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
12411/PB

HEETSML - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

Dr. AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
12411/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

Documento de Alta

Nome: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA		Sexo: Masculino	Número Prontuário: 123895
Data de Nascimento: 12/05/1988	Idade: 31A 2M 15D	Data de Internação: 27/07/2020 14:24:25	Data de Alta: 31/07/2020 08:34:22
		BAE: 1248197	

Mãe:
SEVERINA MARIA DE SOUZA

Endereço: RUA RUI BARBOSA, 200	Bairro: TIBIRI II	Município: SANTA RITA	UF: PB
--	-----------------------------	---------------------------------	------------------

Motivo da alta:
ALTA MEDICA

Conduta:
 #ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS - OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Resumo da Internação:
 #ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS - OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Resultado de Exames:
 #ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS - OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Tratamento:
 #ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS - OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Diagnóstico:
 S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur

Recomendações:
 #ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS - OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Data: 31/07/2020

Dr. Heisenberg Almeida
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 MEDICINA ESPORTIVA
 CRM: 12411 - PB

AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
 CRM: 12411 - PB





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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1248197 e PRONTUÁRIO nº 123895

PACIENTE: JOSÉ MARIO DE SOUSA COSTA

DATA DE NASCIMENTO: 12.05.89

Data e Hora do Atendimento: 27.07.20

Horário: 12:09h

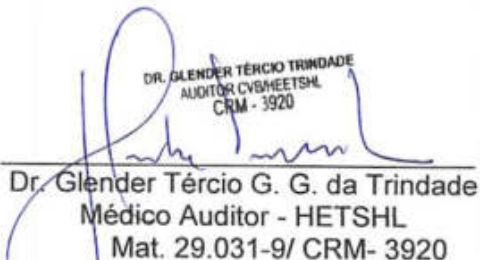
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de dor torácica e coxa direita há 5 dias. Atendido pelo Dr. Heisenberg Almeida CRM 6229, Dr. Augusto Goncalves Sarmiento CRM 12411, Dr. Carlos Magalhães Franca CRM 3792, Dr. Filipe Almeida Botter CRM 10.583, Dra. Thaysa Costa CRM 12.799.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DA DIÁFISE FEMUR DIREITA CID 10 S 72 3

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, Rx de Tórax PA e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 27.07.20 com colocação de tração transtibial direita. Em 29.07.20 submetido a tratamento cirúrgico de fratura subtrocanteriana do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: Em 31.07.20 às 6:34h.

Data da Emissão: 14.09.20


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVS/HETS/HL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETS/HL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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



RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1248197



Identificação do paciente			
ID 1521634	Nome JOSE MARIO DE SOUSA COSTA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 12/05/1989	Idade 31 anos 2 meses 23 dias	Estado civil	Religião
Mãe SEVERINA MARIA DE SOUYSA	Pai JOSE ERIVALDO DA COSTA		Prontuário 123895
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - MAE		
DDD Celular 83	Celular 988443061	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3310757	Nº Cns 898002751070584	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICÍPIO		UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58383045	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro RUI BARBOSA
Número 200	Complemento		Bairro TIBIRI II
Admissão			
Data e Hora 27/07/2020 12:09:39	Número da pulseira 1000008784079	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Melo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou AMBULANCIA		
Sinais Vitais			
PA	X	mmHg	Pulso
			Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
		Liquor []	ECG []
		Ultrasonografia []	
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por MISAEI DE JESUS MEDEIROS			Tempo

Imprimir





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO BONDIM, JOAO PESSOA - PB, 59031080
Tel: 32105700 - CNES: 2593262

Paciente JOSE MARIO DE SOUSA COSTA	BAE 1248197	Data/Hora Entrada 27/07/2020 12:09:39	Data Baixa
Data de nascimento 12/06/1989	Idade 31a 2m 15d	Sexo Masculino	CNS 898002751070584
Mãe SEVERINA MARIA DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 88443067
Endereço RUA BARBOSA, 200	Bairro TIBIRUI II	Município SANTA RITA	Prontuário
Acidente VEICULO X VEICULO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional FILIPE ALMEIDA BOTTER	UF PB
Data/Hora Classificação 27/07/2020 12:09:39		Data/Hora Prescrição 27/07/2020 14:16:15	Nº Cons. Regional 10583/PB

ANAMNESE

TRAUMA DE CARRO X CARRO HA 5 DIAS, COM DOR NA COXA DIREITA, NEGA PATOLOGIAS, OU ALERGIAS EF: EDEMA NA COXA DIREITA, MID RODADO EXTERNO, COM IMPOTENCIA FUNCIONAL SEM DEFICITS NEUROLÓGICOS RX: FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO MD FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO CD: INTERNAÇÃO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SALA DE CIRURGIA AGORA PARA FIXAÇÃO TEMPORÁRIA COM TRAÇÃO ESQUELÉTICA PRÉ OP MATERIAL OPME - DCS OU HASTE ANTEROGRADA INTRAMEDULAR

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/8H

Diluir

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

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 ML VIA E.V., 8/8H

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

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

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

Diluir

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

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

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>180MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIÁRIO)

ELETRCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

IONOGRAMA

Dr. Filipe Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia Ortopédica e Cirurgia
CRM 10583 TEOT





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

Boletim de Atendimento: 1248197



Identificação do paciente			
ID 1521834	Nome JOSE MARIO DE SOUSA COSTA		Sexo Masculino
Data de nascimento 12/05/1989	Idade 31 anos 2 meses 16 dias	Estado civil	Religião Prontuário
Mãe SEVERINA MARIA DE SOUZA	Pai JOSE ERIVALDO DA COSTA		Responsável (Parentesco) SEVERINA MARIA DE SOUZA - MAE
Escolaridade	DDD Celular 83		Telefone
Celular 86443081	DDD	Número documento 3319757	
Tip. documento RG (IDENTIDADE)	Nº Cns 898092751070584	Local de procedência SANTA RITA	
Email	Naturalidade SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Endereço			
CEP 58383045	Município da residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro RUI BARBOSA
Número 200	Complemento	Bairro TIBIRI II	
Admissão			
Data e Hora 27/07/2020 12:09:35	Número da pulseira 1000008784079	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO	
Indicadores e Transporte			
Caso polícia Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma NÃO
Método de transporte AMBULANCIA	Quem transportou AMBULANCIA		
Sinais Vitais			
PA	x	mmHg	Pulso
Temperatura			
Exames complementares			
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos Paciente vítima de carro com queixa de dor nos membros torax e costal (D). Segue para exames no EDI. <i>Maria Carolina</i>			
Diagnóstico			CID
Atendido por MISAEEL DE JESUS MEDEIROS			Tempo

Imprimir



Documento de Alta

Nome: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA		Sexo: Masculino	Número Prontuário: 123895
Data de Nascimento: 12/05/1989	Idade: 31A 2M 15D	Data de Internação: 12/07/2020:14:24:25	Data de Alta: 31/07/2020 06:34:22
		BAE: 1248197	

Mãe:
SEVERINA MARIA DE SOUYSA

Endereço:
RUA RUI BARBOSA, 200

Bairro:
TIBIRII

Município:
SANTA RITA

UF:
PB

Motivo da alta:
ALTA MÉDICA

Conduta:
#ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS - OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Resumo da internação:
#ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS - OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Resultado de Exames:
#ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS - OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Tratamento:
#ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS - OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Diagnóstico:
S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur

Recomendações:
#ORTOPEDIA #FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO #2º DIA POS OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO REALIZADO POR DR. EDSON TINOCO SEM INTERCORRÊNCIAS. HEMOGRAMA PÓS - OPERATÓRIO SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA E ANTIBIÓTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Data: 31/07/2020

Dr. Heisenberg Almeida
ORTOPEDIA PLÁSTICA
MEDICINA ESPORTE

AUGUSTO GONCALVES
SARMENTO JUNIOR
CRM: 12411 - PB



Dr. Filipe Almeida Botter
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia Geral e Cirurgia
CRM 10583 TEOT-14193

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 27/07/2020 12:09:39

Enfermeiro

FILIFE ALMEIDA BOTTER
(CRM: 10583/PB)

Internar Paciente

Conduta

S72.3 - Fratura de diáfise do fêmur

CID10



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



Sumes Saúde
PARAIBA
Governador do Estado

Endereço: RUA OREDES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2932282

Senador Humberto Lucena

Paciente

JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Data de nascimento

12/05/1988

Idade

31 a 2m 15d

SEVERINA MARIA DE SOUYSA

Endereço

RUI BARBOSA, 200

Acidente

VEICULO X VEICULO

Data/Hora Classificação

27/07/2020 12:09:39

Motivo

ACIDENTE DE AUTOMOVEL

Bairro

TIBIRI II

BAE

1248197

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

27/07/2020 12:09:39

CNS

858002751070584

Município

SANTA RITA

Profissional

CARLOS MAGALHAES FRANCA

Data/Hora Prescrição

27/07/2020 12:22:36

ANAMNESE

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE AUTOMOVEL COM QUEIXA DE DORES EM TORAX E COXA D HA 05 DIAS

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

T14.9 - Traumatismo nbo especificado

Condição

Em observação

Enfermeiro

Dr. Carlos Magalhães França
CRM-PB 4792
032.003792
CARLOS MAGALHAES FRANCA
(+ 31921PB)

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 27/07/2020 12:09:39

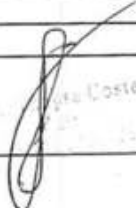


RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA						
Posição e Preparo:						
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA, EM MESA ORTOPEDICA						
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA						
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS						
ANTIBIOTICOPROFILAXIA						
Incisão:						
LATERAL DE COXA DIREITA						
DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS						
CUIDADOS COM HEMOSTASIA						
Achados:						
FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FEMUR DIREITO						
Condução:						
REDUÇÃO INCRUENTA COM AUXILIO DE ESCOPIA E TRAÇÃO NA MESA ORTOPEDICA						
PASSAGEM DE FIO EM DIREÇÃO AO COLO DO FEMUR						
FRESAGEM DO COLO FEMORAL						
PARAFUSO DESLIZANTE N° 70 + PLACA DCS 12 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS						
CONFERIDA REDUÇÃO E APOSIÇÃO DA PLACA E PARAFUSOS COM AUXILIO DE ESCOPIA						
IRRIGAÇÃO COM SF0,9%						
REVISAO DE HEMOSTASIA						
SUTURA POR PLANOS						
Fechamento:						
SUTURA POR PLANOS						
CURATIVOS ESTÉREIS						
Observação:						
RAIO-X DE CONTROLE						
HEMOGRAMA DE CONTROLE						

Médico/CRM:


Suelio Moreira Torres

João Pessoa,

29/7/2020



HEE1SH1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: **JOSE MARIO DE SOUSA COSTA** BE/PRONTUÁRIO: **1248197**
 IDADE: **31 ANOS** SEXO: **MAS** COR: _____ DATA: **29/7/2020**
 CLÍNICA/SETOR: **ORTOPEDIA**
 CIRURGIÃO: **DR. EDSON TINOCO**
 1ª ASS: **MRS2 JOÃO PAULO**
 2ª ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: **MRS1 THAYSA**
 TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____
 ANESTESISTA: _____
 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR DIREITO

DIAGNÓSTICO POS OPERATÓRIO	CID
FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CODIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FEMUR DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO
 DESCRIÇÃO:
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA
 DATA: **29/7/2020**
 MÉDICO/CRM: _____
 OBTO DURANTE ATO CIRÚRGICO: _____
 TERAPIA INTENSIVA: _____



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 29.07.2020

PRONTUÁRIO: 729 8137

PACIENTE: João Mário de Sousa SEXO: M COR: IDADE: 31a

PRESSÃO ARTERIAL: 170 x 80 71 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: 105 kg GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM | IRREGULAR | MAU | PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM | IRREGULAR | MAU | PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: Vide mensagem médica

AP. RESPIRATÓRIO: Eupnéico AP. CIRCULATORIO: estável

AP. DIGESTIVO: em jejum ESTADO MENTAL: Consciente DROGAS EM USO:

PRE-ANESTÉSICO: COTARMINA (30mg) + MDZ (25mg) ESTADO FÍSICO (ASA): II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur

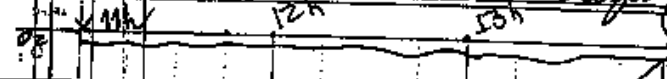
CIRURGIA REALIZADA: Ata Cirúrgico de fratura de fêmur

CIRURGIÃO: AUXILIAR

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:00h TÉRMINO DA ANESTESIA: 17:00h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 3h

CODIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES DE

ANESTESISTA: Dr. Tierras + CPTRA Andreza (MS) CRM-PB



Fim do ato anestésico.
 Período de 120 x 60
 FC = 82 bpm
 Consciente, 87 dec.

Partes	12h	15h	18h
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

TÉCNICA GERAL: GERAL | REGIONAL | ESPINHAL | BLOQUEIO | BLOQUEIO PERIFÉRICO | OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	INDICACIONES	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	1. COTARMINA 30mg										
	2. MDZ 25mg										
	3. BUPRIVACAÍNA (ISOBOMBA) 10mg										
	4. malfina 80mg										
	5. Valaluma 2g										
	6. dexame-tasol 10mg										
	7. Cetarolol 100mg										
	8. diphenid 2g										
	9.										
	10.										
	20.										

Manuseado. Venoclise feita em MSF #200. Ventilação espontânea com máscara oz a 34mm. Anestesia subaracnóidea: Sentado, antebraço + antebraço TC. Rincão única entre L5-L6 com ato anestésico sem intercorrências.

Tierras Kohlwald
 Médico Anestesiologista
 CRM-PB 7179



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA BE/PRONTUÁRIO 1248197
 IDADE: 31 ANOS SEXO: FEM COR: _____ DATA: 27/7/2020
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 CIRURGIA: TRAÇÃO TRANSEQUELETICA EM TIBIA DIREITA
 CIRURGIÃO: DR FELIPE BOTTER 1º ASS: MR1 AUGUSTO
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO	CID
FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. Augusto Sarmiento
 MÉDICO
 CRM/PA 12411

DATA: 27/7/2020



RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB SEDAÇÃO

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

PERCUTANEA PARA PASSAGEM DE FIO DE STEIMANN

Achados:

FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

Conduta:

PASSAGEM DE FIO DE STEIMANN Nº 5 TRANSTIBIAL DIREITO

CURATIVOS ESTÉREIS

Fechamento:

CURATIVOS ESTEREIS

X CONTROLE

Observação:

TRAÇÃO COM 10KG

Médico/CRM:

João Pessoa,

27/7/2020

Dr. Augusto Sarmiento
MÉDICO
CRM-PB/12411



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 27/07/2020

PRONTUÁRIO: 1248197

PACIENTE: Sr. Mano do Junco Costa
 ESTADO: COR: IDADE: 31 ANOS
 PRESSÃO ARTERIAL: 130x80 7L RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜINEO
 ESTADO GERAL: BOM (REGULAR / MAL / PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO: BOM (REGULAR / MAL / PÉSSIMO)
 EXAMES COMPLEMENTARES: VLOS PRESCRICION
 AP. RESPIRATÓRIO: EUPNEICO AP. CIRCULATÓRIO: ESTABILIZADO
 AP. DIGESTIVO: ESTÓMAGO CHEIO CONSCIENTE DROGAS EM USO
 PRÉ-ANESTÉSICO: DOSE HOJE: ESTADO FÍSICO (ASA): II
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de tíbia
 CIRURGIA REALIZADA: traço esquelética de tíbia
 CIRURGIÃO: ALXILIARES
 INÍCIO DA ANESTESIA: 14:45h TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:15h DURAÇÃO DA ANESTESIA:
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RES.
 ANESTESISTA: Dr. Patrick + Prof. Andressa (MGI) CRM-PB

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<p>Termine do pós anestésico. Fc + consciente, orientado, Fc = 100bpm, PA = 130x80, SatO2 AA = 98%</p> <p>RITMO SINUSAL</p>																			

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2022 10:16:22

TÉCNICA GERAL: RADIOMIA ENDURAL BLOC MEXO BLOC NERVOS OUTRO: Periduro

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	NOZ: 2,5mg + 2,5mg	11
2	CLORALMIDRATO: 30mg + 10mg	12
3	Dipriona 2g	13
4		14
5		15
6		16
7		17
8		18
9		19
10		20

Observações: Ventose em MS5 #70G. Ventose em espontânea sob cateter O2 a 3L/min. Sedação a 1 2 3 ato anestésico sem intubação.



Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente JOSÉ MARIO DE SOUSA COSTA é portador do CID : S 82 proveniente de fratura de fêmur direito ocasionado por acidente automobilístico , tendo como seqüela um comprometimento de 75 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho
Medico - CRM-PB 8.742
Av. Dr. João da Mata nº400
João Pessoa-PB

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

04-01-2021

Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Junior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
DETRAN - PB Nº 015765277962 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		PB Nº 015765277962 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
MA 0059829216-0 COD RENAVAM 00/00000000 EXERCICIO 2019	NOME VANIA LUCIA DE SALES CARNEIRO	ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
CPF / CNPJ 03068690471	PLACA OGG1236/PB	EXERCICIO DATA EMISSÃO 2019 10/01/2020	
PLACA ANT. UF NOVO PB	CHASSI 3N1DK3CD4EL219861	MA 03058690471 COD RENAVAM 00598292160 EXERCICIO 2013	PLACA OGG1236/PB
ESPECIE TIPO HAS/AUTOMOVEL/	COMBUSTIVEL ALCO/GASOL	MARCA / MODELO NISSAN MARCH 10S FLEX	ANO FAB. ANO MOD. 2013 2014
CAP / POT / CL 5 P/74 /CV	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRATA	ANO FAB. CAT. TUBO 2013 1
COTA UNICA 00/00/0000	VENC. COTA UNICA 1º	PRÊMIO TARIFÁRIO	
PREMIO TARIFARIO (R\$) SEGURO	VENC. COTAS 2º	FNS (R\$) *****	DENATIAN (R\$) *****
PREMIO TOTAL (R\$) P A G O	3º	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
DATA DE PAGAMENTO 30/12/2019	OBSERVAÇÕES A.F. BANCO BRADESCO SA - OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA	CUSTO DO SEGURO (R\$) SEGURO	CUSTO DO BILHETE (R\$) P A G O
JOAO PESSOA - PB LOCAL 40681	DATA 10/01/2020	PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA UNICA	DATA DE QUITAÇÃO <input type="checkbox"/> PARCELADO 30/12/2019
40681	34584	SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.348.606/0001-04 34584-1400062-20200110	

Scanned by TapScanner



**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: [3200424882](#)

Nome do(a) Examinado(a): [JOSE MARIO DE SOUSA COSTA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [RUI BARBOSA, 200, , Santa Rita/PB](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSDS-PB / 3107572](#)

Data e local do acidente: [23/07/2020 - São Gonçalo do Gurguéia/PI](#)

Data e local do exame: [31/03/2021 - João Pessoa/PB](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -7.10251 , longitude: -34.83361](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FÊMUR DIREITO.](#)

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

[TRATAMENTO CIRURGICO](#)

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

[Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 45°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.](#)

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

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

[DOR + RIGIDEZ DO QUADRIL DIREITO + ENCURTAMENTO + REDUÇÃO DA FORÇA GRAU III DO MEMBRO INFERIOR + CLAUDICAÇÃO](#)

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"

() "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.

Membro Inferior Direito - Médio - 50%

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





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200924882
Data da solicitação: 22.01.21
DD/MM/AA
Nome do beneficiário: José Márcio de Sousa Costa
CPF do beneficiário: 092.397.984-09
Nome do solicitante: José Márcio de Sousa Costa
CPF do solicitante: 092.397.984-09

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 988443061 Tel. Comercial: () Tel. Residência: ()
E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
 Novos documentos médicos
 Laudo do IML
 Boletim de Ocorrência
 Notas fiscais complementares
 Outros: (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PREZADO ANALISTA , VENHO ATRAVEZ DESTE , SOLICITAR QUE SEJA REANALIZADO
MEU SINISTRO EM VIRTUDE DE NÃO CONCORDAR COM O VALOR PAGO.
ESTOU ENVIANDO NOVO LAUDO MEDICO QUE COMPROVA
O GRAU DA MINHA LESÃO.
DESDE JÁ AGRADEÇO SE ANALISAREM DETALHADAMENTE .

José Márcio de Sousa Costa PD 22.01.21
Local e Data

José Márcio de Sousa Costa
Assinatura do solicitante ou de quem assinou o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, e seu pedido (a seu rogo).



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337827/20

Número do Sinistro: 3200424882

Vítima: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

CPF: 092.397.984-04

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 23/07/2020

Titular do CPF: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2021
Nome: JOSE MARIO DE SOUSA COSTA
CPF: 092.397.984-04

JOSE MARIO DE SOUSA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DANOS (DESPEJAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

1 - Nº do contrato ou ASL: 0323827120 3 - CPF da vítima: 092.397.989-04 4 - Nome completo da vítima: Jose Renato de Souza Costa

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

5 - Nome completo: Jose Renato de Souza Costa 6 - CPF: 092.397.989-04
7 - Profissão: aj 8 - Endereço: Rua Bonfim 9 - Número: 300 10 - Complemento:
11 - Bairro: Tibiriçá 12 - Cidade: Gené - PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300000
15 - E-mail: 83988443061

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECURSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPIANÇA (Somente para as bancas abaixo. Anote uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
 CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
Nome do BANCO: Banco do Itai
AGÊNCIA: 9730 CONTA: 49985

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO OMI - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente e trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se Um(a) filho(s), informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (incluindo)? Sim Não 31 - Vítima teve irmão(s)? Sim Não 32 - Se Um(a) irmão(s), informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO AUTORIZADO

34 - Imposto digital da vítima em caso de morte: Não Sim
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 02/02/2022
Jose Renato de Souza Costa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

