



Número: **0806352-20.2021.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **10/12/2021**

Valor da causa: **R\$ 5.568,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
THALYS BARBOSA FREIRE (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
53523 199	24/01/2022 11:37	2851486_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

1 - Nº do registro ou ASL: 0032674121 3 - CPF da vítima: 11537741438 4 - Nome completo da vítima: THALYS BARBORA FERREIRA

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

5 - Nome completo: THALYS BARBORA FERREIRA 6 - CPF: 11537741438

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: A FRANCISCO BELIZIANO NEVES 221 9 - Número: 221 10 - Complemento:

11 - Bairro: marabáquina 12 - Cidade: São José do Bonfim 13 - Estado: PA 14 - CEP: 58019330

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 83813834

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECURSO INFORMAR R\$1.00 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. Analise uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: BRASIL
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 3501 7 CONTA: 73105 6
(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 com 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 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 (nô Civil) Divorçada 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 (nô nascido)? 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 - Impressão digital da vítima ou representante legal (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, São José do Bonfim PA 27.01.21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Thalys Barbora Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01401.01.2021.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01401.01.2021.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:34 horas do dia 27 de janeiro de 2021, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Thalys Barbosa Freire**, CPF nº 115.377.414-38, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Celia Maria Barbosa Freire e Arnaldo Freire dos Santos Filho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/03/1995 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Bezerra de Azevedo, Nº 271, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Posto de Combustível, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99981-3834.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Luis Primola da Silva, Xxx, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/09/20 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITOS, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2007, PLACA MNM-2632/PB, CHASSI 9C2KD03107R014519, REGISTRADA EM NOME DESTA NOTIFICANTE, NA RUA LUIS PRIMOLA DA SILVA, BANCARIOS, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU COM UM VEICULO A TE O PRESENTE MOMENTO NAO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S32.4 + S42.0, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA.

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

João Pessoa/PB, 27 de janeiro de 2021.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


THALYS BARBOSA FREIRE
Notificante

Procedimento Policial: 01401.01.2021.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

1 - Nº do registro ou ASL: 0032674121 3 - CPF da vítima: 11537741438 4 - Nome completo da vítima: THALYS BARBORA FERREIRA

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

5 - Nome completo: THALYS BARBORA FERREIRA 6 - CPF: 11537741438

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: A FRANCISCO BELIZARINA RUA 221 9 - Número: 221 10 - Complemento:

11 - Bairro: marabáximo 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 58019330

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 83813834

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECURSO INFORMAR R\$1.00 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. Analise uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: Brasil
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 3501 7 CONTA: 73105 6
(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 com 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 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 (nô Civil) Divorçada 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 (nô nascido)? 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 - Impressão digital da vítima ou representante legal (se for o caso)
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, São Paulo, SP 27.01.21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CELIA MARIA BARBOSA FREIRE
 RUA FRANCISCO DE ZERRA AZEVEDO, 221 - MANGABEIRA
 JOÃO PESSOA/PB CEP: 5807330-00



CPF: 078.008.507-49 (034.00)

Endereço: RUA DA REPÚBLICA, 200 - Subgrupo 03
 Caixa Postal: 511 - Subsetor: ESTADUAL
 Logradouro: 511-000
 Cidade: 511 - UF: PB - CEP: 5807330-00

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
 5/403954-1

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO USANDO O CÓDIGO: 0004039541

VALOR DA FATURA R\$ 86,36	VENCIMENTO 06/01/2021
REFERÊNCIA Dez / 2020	CONSUMO 98kWh 3,08 kWh MÉDIA ANUAL
SITUAÇÃO DE DÉBITOS Sujeito a corte! Faturas em atraso R\$ 127,06 Faturado em 05/2020	

CD	Descrição	Quant	Tarifas	Valor Base Calc. Total (R\$)	Imp. R.M. (R\$)	Imp. K.M. (R\$)	Imp. Base Calc. (R\$)	Imp. PGR (R\$)	Imp. PGR (R\$)	Imp. PGR (R\$)	Imp. PGR (R\$)
0001	Consumo de Energia	98	0,00	79,17	29,17	26	10,54	58,79	0,00	0,00	2,91
0002	Imp. de Venda			4,97	4,97	25	1,22	3,72	0,04	0,04	0,18
0003	Imp. de Venda			2,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor de Cobrança: R\$ 86,36
 Valor de Débito: R\$ 86,36

RESERVADO AO FISCO c08f,0960,0d51,2ba4,840a,09c5,26dc,4aff

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Dez/20	98	Consumo	98,500
Nov/20	112	Período	32 dias
Out/20	105	Constante do medidor	1
Set/20	104		
Jul/20	106		
Jun/20	117		
Maio/20	116		
Abri/20	117		
Mar/20	116		
Fev/20	116		
Jan/20	116		
Dez/19	116		
Nov/19	116		
Out/19	116		
Set/19	116		
Agos/19	116		
Jul/19	116		
Jun/19	116		
Maio/19	116		
Abri/19	116		
Mar/19	116		
Fev/19	116		
Jan/19	116		
Dez/18	116		
Nov/18	116		
Out/18	116		
Set/18	116		
Agos/18	116		
Jul/18	116		
Jun/18	116		
Maio/18	116		
Abri/18	116		
Mar/18	116		
Fev/18	116		
Jan/18	116		
Dez/17	116		
Nov/17	116		
Out/17	116		
Set/17	116		
Agos/17	116		
Jul/17	116		
Jun/17	116		
Maio/17	116		
Abri/17	116		
Mar/17	116		
Fev/17	116		
Jan/17	116		
Dez/16	116		
Nov/16	116		
Out/16	116		
Set/16	116		
Agos/16	116		
Jul/16	116		
Jun/16	116		
Maio/16	116		
Abri/16	116		
Mar/16	116		
Fev/16	116		
Jan/16	116		
Dez/15	116		
Nov/15	116		
Out/15	116		
Set/15	116		
Agos/15	116		
Jul/15	116		
Jun/15	116		
Maio/15	116		
Abri/15	116		
Mar/15	116		
Fev/15	116		
Jan/15	116		
Dez/14	116		
Nov/14	116		
Out/14	116		
Set/14	116		
Agos/14	116		
Jul/14	116		
Jun/14	116		
Maio/14	116		
Abri/14	116		
Mar/14	116		
Fev/14	116		
Jan/14	116		
Dez/13	116		
Nov/13	116		
Out/13	116		
Set/13	116		
Agos/13	116		
Jul/13	116		
Jun/13	116		
Maio/13	116		
Abri/13	116		
Mar/13	116		
Fev/13	116		
Jan/13	116		
Dez/12	116		
Nov/12	116		
Out/12	116		
Set/12	116		
Agos/12	116		
Jul/12	116		
Jun/12	116		
Maio/12	116		
Abri/12	116		
Mar/12	116		
Fev/12	116		
Jan/12	116		
Dez/11	116		
Nov/11	116		
Out/11	116		
Set/11	116		
Agos/11	116		
Jul/11	116		
Jun/11	116		
Maio/11	116		
Abri/11	116		
Mar/11	116		
Fev/11	116		
Jan/11	116		
Dez/10	116		
Nov/10	116		
Out/10	116		
Set/10	116		
Agos/10	116		
Jul/10	116		
Jun/10	116		
Maio/10	116		
Abri/10	116		
Mar/10	116		
Fev/10	116		
Jan/10	116		
Dez/09	116		
Nov/09	116		
Out/09	116		
Set/09	116		
Agos/09	116		
Jul/09	116		
Jun/09	116		
Maio/09	116		
Abri/09	116		
Mar/09	116		
Fev/09	116		
Jan/09	116		
Dez/08	116		
Nov/08	116		
Out/08	116		
Set/08	116		
Agos/08	116		
Jul/08	116		
Jun/08	116		
Maio/08	116		
Abri/08	116		
Mar/08	116		
Fev/08	116		
Jan/08	116		
Dez/07	116		
Nov/07	116		
Out/07	116		
Set/07	116		
Agos/07	116		
Jul/07	116		
Jun/07	116		
Maio/07	116		
Abri/07	116		
Mar/07	116		
Fev/07	116		
Jan/07	116		
Dez/06	116		
Nov/06	116		
Out/06	116		
Set/06	116		
Agos/06	116		
Jul/06	116		
Jun/06	116		
Maio/06	116		
Abri/06	116		
Mar/06	116		
Fev/06	116		
Jan/06	116		
Dez/05	116		
Nov/05	116		
Out/05	116		
Set/05	116		
Agos/05	116		
Jul/05	116		
Jun/05	116		
Maio/05	116		
Abri/05	116		
Mar/05	116		
Fev/05	116		
Jan/05	116		
Dez/04	116		
Nov/04	116		
Out/04	116		
Set/04	116		
Agos/04	116		
Jul/04	116		
Jun/04	116		
Maio/04	116		
Abri/04	116		
Mar/04	116		
Fev/04	116		
Jan/04	116		
Dez/03	116		
Nov/03	116		
Out/03	116		
Set/03	116		
Agos/03	116		
Jul/03	116		
Jun/03	116		
Maio/03	116		
Abri/03	116		
Mar/03	116		
Fev/03	116		
Jan/03	116		
Dez/02	116		
Nov/02	116		
Out/02	116		
Set/02	116		
Agos/02	116		
Jul/02	116		
Jun/02	116		
Maio/02	116		
Abri/02	116		
Mar/02	116		
Fev/02	116		
Jan/02	116		
Dez/01	116		
Nov/01	116		
Out/01	116		
Set/01	116		
Agos/01	116		
Jul/01	116		
Jun/01	116		
Maio/01	116		
Abri/01	116		
Mar/01	116		
Fev/01	116		
Jan/01	116		
Dez/00	116		
Nov/00	116		
Out/00	116		
Set/00	116		
Agos/00	116		
Jul/00	116		
Jun/00	116		
Maio/00	116		
Abri/00	116		
Mar/00	116		
Fev/00	116		
Jan/00	116		
Dez/99	116		
Nov/99	116		
Out/99	116		
Set/99	116		
Agos/99	116		
Jul/99	116		
Jun/99	116		
Maio/99	116		
Abri/99	116		
Mar/99	116		
Fev/99	116		
Jan/99	116		
Dez/98	116		
Nov/98	116		
Out/98	116		
Set/98	116		
Agos/98	116		
Jul/98	116		
Jun/98	116		
Maio/98	116		
Abri/98	116		
Mar/98	116		
Fev/98	116		
Jan/98	116		
Dez/97	116		
Nov/97	116		
Out/97	116		
Set/97	116		
Agos/97	116		
Jul/97	116		
Jun/97	116		
Maio/97	116		
Abri/97	116		
Mar/97	116		
Fev/97	116		
Jan/97	116		
Dez/96	116		
Nov/96	116		
Out/96	116		
Set/96	116		
Agos/96	116		
Jul/96	116		
Jun/96	116		
Maio/96	116		
Abri/96	116		
Mar/96	116		
Fev/96	116		
Jan/96	116		
Dez/95</			



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE THALYS BARBOSA FREIRE
DADOS DE NASCIMENTO 25/03/95
NOME DA MÃE CELIA MARIA BARBOSA FREIRE

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 156.063
Nº PRONTUARIO 124.735
DATA DO ATENDIMENTO 08/09/2020
HORA DO ATENDIMENTO 21:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO ACETÁBULO D + FRATURA DA CLAVÍCULA E
CID 10 S 32.4 + S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 40 minutos, trazido pelo SAMU, apresentando queixas de dor no ombro E e na região do quadril D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do quadril D
RX da ombro / escápula E - AP e Oblíquo
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP

TRATAMENTO:

Fratura da clavícula E + fratura do acetábulo D à TC e RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Umberto Jansen e Dr. Kartney Sarmento da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 25/09/20
DATA DE EMISSÃO: 15/01/21

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



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

Boletim de Atendimento: 1256063



Identificação do paciente						
ID 1633142	Nome THALYS BARBOSA FREIRE	Sexo Masculino				
Data de nascimento 26/03/1996	Idade 25 anos 6 meses 4 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião Prontuário 124735			
Mãe CELIA MARIA BARBOSA FREIRE	Pai NÃO INFORMADO		Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)					
DDD Celular 83	Celular 91813834	DDD	Telefone			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 700806445286363				
Local de procedência BANCARIOS	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58057330	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO			
Número 271	Complemento	Bairro MANGABEIRA				
Admissão						
Data e Hora 06/09/2020 21:04:17	Número da pulseira 1000008765962	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte SAMU	Quem transportou CONDUTOR LUIZ ALBERTO					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Fulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO						Tempo 01seg



Documento de Alta

Nome: THALYS BARBOSA FREIRE		Sexo: Masculino	Número Prontuário: 124735	
Data de Nascimento: 25/03/1995	Idade: 26A 5M 30D	Data de internação: 09/09/2020 09:43:49	Data de Alta: 25/09/2020 06:30:12	BAE: 1256063

Mãe:
CELIA MARIA BARBOSA FREIRE

Endereço: RUA FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO, 271	Bairro: MANGABEIRA	Município: JOAO PESSOA	UF PB
---	------------------------------	----------------------------------	-----------------

Motivo da alta:
ALTA MEDICA

Conduta:
ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO E FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA ESQUERDA NO 2º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS. USG DOPPLER DO MID21/09: SEM ALTERAÇÕES.

Resumo da Internação:
PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA E ACETABULO DIREITO, SUBMETIDO A TRATAMENTOS CIRURGICOS. PACIENTE COM PARESTESIA NO MID (DEDOS) QUE REFERE SER PRÉVIA A FRATURA. AO EXAME: PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, HEMATOMA EM REGRESSÃO NA REGIAO ANTERIOR DA MÃO DIREITA, PANTURRILHA FLÁCIDA. FO LIMPA E SECA.

Resultado de Exames:
HB 23/09/2020: 13,9 RAIOS-X DE CONTROLE POS OPERATORIO REALIZADO.

Tratamento:
2º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO POR DE. UMBERTO JANSEN E TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA POR DR. KARTNEY EM 23/09/2020.

Diagnóstico:
S32.4 - Fratura do acetábulo

Recomendações:
ALTA HOSPITALAR. ORIENTAÇÕES GERAIS. ANALGESIA. ANTIBIOTICOPROFILAXIA. XARELTO. RETORNO NO CEREST.

Thaysa Costa
-ou- 81.16.792

THAYSA DE SOUSA COSTA
CRM: 12799 - PB

Data: 25/09/2020

Dr. Heisenberg Almeida
ORTUPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM: 1229 CRM: 980705/1284148





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Rua Humberto Lucena



Sumos todos
PARAIBA
Governador do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1256063



Identificação do paciente						
ID 1933142	Nome THALYS BARBOSA FREIRE	Sexo Masculino				
Data de nascimento 25/03/1995	Idade 25 anos 5 meses 14 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião Prontuário			
Mãe CELIA MARIA BARBOSA FREIRE	Pai NAO INFORMADO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Celular 83	Celular 91813834	DDD	Telefone			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência BANCARIOS	Tipo BAIRRO		UF PB			
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR				
Endereço						
CEP 58057330	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO			
Número 271	Complemento		Bairro MANGABEIRA			
Admissão						
Data e Hora 08/09/2020 21:04:17	Número da pulseira 1000008765962	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte AMU	Quem transportou CONDUTOR LUIZ ALBERTO					
Sinais Vitais						
X _____ mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de queda de moto com capacete, chega vômito, segue para o CSZ com queixa de dor em MZ D — Francinne Soares (140388)						
Diagnóstico						CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO						Tempo 01seg

Imprimir





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Semas Terceira
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593202

Paciente THALYS BARBOSA FREIRE	BAE 1258063	Data/Hora Entrada 08/09/2020 21:04:17	Data Baixa
Data de nascimento 28/03/1995	Idade 25a 5m 19d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 91813834
Mãe CELIA MARIA BARBOSA FREIRE			Prontuário
Endereço FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO, 271	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA	Nº Cons. Regional 7296/PB
Data/Hora Classificação 08/09/2020 21:04:17		Data/Hora Prescrição 09/09/2020 00:52:59	

ANAMNESE

paciente vítima de acidente de moto, com queixas de dores na região do quadril direito e clavícula esquerda radiografia com evidencia de fratura da clavícula esquerda e possível fratura de quadril direito solicito ic para melhor avaliação

EXAME DE IMAGEM

Tomografia computadorizada do quadril ou coxo femural, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA)

Conduta

Em observação

Enfermeiro

TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA
(CRM: 7296/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 08/09/2020 21:04:18





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Convidar: Roubate: Lur: oiz



Paraíba
PARAIBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031080
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente THALYS BARBOSA FREIRE	BAE 1258063	Data/Hora Entrada 08/09/2020 21:04:17	Data Baixa
Data de nascimento 25/03/1995	Idade 25a 5m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 91813834
Mãe CELIA MARIA BARBOSA FREIRE			Prontuário
Endereço FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO, 271	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OLGA LANUSA LEITE VELOSO	Nº Cons. Regional 11728/PB
Data/Hora Classificação 08/09/2020 21:04:17		Data/Hora Prescrição 08/09/2020 21:13:50	

ANAMNESE

- CIRURGIA GERAL- PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, SEM PROTOCOLO, COM RELATO DE COLISÃO MOTO-CARRO HÁ 40 MINUTOS. RELATA USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE E NEGA TCE. RELATA DOR EM OMBRO ESQUERDO E EM BACIA A DIREITA. NEGA TRAUMA TORÁCICO, ABDOMINAL. NEGA USO DE MEDICAÇÃO NEGA ALERGIAS AO EXAME. CONSCIENTE, ORIENTADO. EUPNEICO, HIDRATADO, CORADO. AAA. A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM CERVICALGIA B: EUPNEICO EM AR AMBIENTE. TORAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, SEM CREPITAÇÕES OU ENFISEMA SUBCUTÂNEO A PALPAÇÃO. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO, ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA. PELVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. E: MMII E MSE SEM ALTERAÇÕES, DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO ESQUERDO. CONDUTA - RX DE TÓRAX. CLAVÍCULA ESQUERDA, OMBRO ESQUERDO E BACIA - PARECER DA ORTOPEDIA - ANALGESIA

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SF 0,9%)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dra Olga Lanusa Leite Veloso
MÉDICA
CRM-PB 11728

Enfermeiro

OLGA LANUSA LEITE VELOSO
(CRM: 11728/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVÉNTINO DE SANTANA FILHO em 08/09/2020 21:04:18





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO BONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2503262

Nome THALYS BARBOSA FREIRE	BAE 1256063	Data/Hora Entrada 08/09/2020 21:04:17	Data Saída
Data de nascimento 25/03/1995	Idade 25a 5m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 91813834
Nome da Mãe CELIA MARIA BARBOSA FREIRE	Endereço FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO, 271	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA
Nome do Paciente VENÍLIO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Data/Hora Prescrição 08/09/2020 08:23:35
Data/Hora Classificação 08/09/2020 21:04:17			

ANAMNESE

HISTÓRICO: HAS TCC; EVIDENCIA FRATURA DO ACETABULO DIREITO CONDUZA INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

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

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

DIANGETRONA 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

CLORAPARINA 300CA 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, SN)

TRAMADOL 50MG 3ML DIJETAVEL (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

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

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

DIPOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<80 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 1,0)

CONDIÇÕES

DIETA (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

8/8/8/8

RESPIRATORIA (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

RESPIRATORIA NEUROPATORIO E MOTORA

RESPIRATORIA REGULAR CONFORME HGT

ELETROCARDIOGRAMA

SEM + CCGG

ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: TROCA DE TALA DIÁRIA EM CASO DE FENIMENTO, OBRIGATORIO!!!)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

URETININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

(ASPARTATO AMINIL) - RANPERASE/AST)

(ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

URUA

ECG/GRAMA

PROCEDIMENTO

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20

02/02/20





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Serviços Hospitalares Locais



Seus Têxos
PARAÍBA
Governador do Estado

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

Paciente THALYS BARBOSA FREIRE	BAE 1256063	Data/Hora Entrada 08/09/2020 21:04:17	Data Baixa
Data de nascimento 26/03/1995	Idade 25a 5m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 91813834
Mãe CELIA MARIA BARBOSA FREIRE			Prontuário
Endereço FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO, 271	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ERIK STEIN VIEIRA MANICOBA	Nº Cons. Regional 8878/RN
Data/Hora Classificação 08/09/2020 21:04:17		Data/Hora Prescrição 09/09/2020 02:45:55	

ANAMNESE

EM TEMPO: RAIOS-X DE TORAX SEM ALTERAÇÕES DECORRENTES DO TRAUMA CD ~~SALTA DA CIRURGIA GERAL~~

Conduta

Em observação

Erik Stein Vieira Manicoba
Residente Cirurgia Geral
CRM/PB 12.525

Enfermeiro

ERIK STEIN VIEIRA MANICOBA
(CRM: 8878/RN)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 03/09/2020 21:04:18





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32168700 - CNES: 2993282

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
Em: 25/09/2020 06:32:41

Nome THALYS BARBOSA FREIRE		Bofetim de Atendimento 1256063	Data/Hora Entrada 08/09/2020 21:04:17	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/03/1995	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 70080445296303	Prontuário 124735
Tempo de Informação 15d 20h 49min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 08/09/2020 21:04:17	Data internação 09/09/2020 09:43:49	Permanência na Unidade: 18d 9h 28min	Permanência no Leito: 1d 12h 51min	

EVOLUÇÃO MÉDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 25/09/2020 06:27:27)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO E FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA ESQUERDA

#2º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO POR DR. UMBERTO JANSEN E TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA POR DR. KARTNEY EM 23/09/2020.

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA E ACETABULO DIREITO, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO. PACIENTE COM PARESTESIA NO MID (DEDOS) QUE REFERE SER PRÉVIA A FRATURA QUE ASSOCIA A "PROBLEMA NO NERVO".

AO EXAME: PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, HEMATOMA EM REGRESSÃO NA REGIAO ANTERIOR DA PERNA DIREITA. PANTURRILHA FLÁCIDA. FO LIMPA E SECA.
USG DOPPLER DO MID21/09: SEM ALTERAÇÕES.

HB23/09/2020: 13,9

RAIOS-X DE CONTROLE POS OPERATORIO REALIZADO.

CD: RETIRAR DRENO.

ALTA HOSPITALAR.

ORIENTAÇÕES GERAIS.

ANALGESIA.

ANTIBIOTICOPROFILAXIA.

XARELTO.

RETORNO NO CEREST.

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 004
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Dra. Thaysa Costa
Médica
CRM: 12.793

Número Conselho: 12799

ALTA MÉDICA

ALTA MÉDICA

USUÁRIO: THAYSA DE SOUSA COSTA
DATA E HORA: 25/09/2020 06:30:12
MOTIVO DA ALTA: ALTA MEDICA
CONDUTA: ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO E FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA ESQUERDA NO 2º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO EM BOAS CONDIÇÕES CLINICAS. USG DOPPLER DO MID21/09: SEM ALTERAÇÕES.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

REGISTAR

Nome: Thalys Barbosa Freire BE/Identificador: 1256063

Idade: 25 Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 23/09/20

Clinica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tto cirurgico de Fx de clavícula e acetábulo

Cirurgião: Dr Humberto Jansen Assistente: Dr Fco Rortney

2º Assistente: Valdeimar 3º Assistente: Yury

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fx de acetábulo (D)</u>	
<u>+ frax de quadril</u>	
<u>Fx de clavícula (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteossintese de clavícula (E)</u>	
<u>com placa e parafusos</u>	
<u>Redução da frax +</u>	
<u>Osteossintese de acetábulo (D)</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

Médico/CRM: Dr. Valdeban Carvalho Jr.
Medico - CRAMPB 7692
 NS 2001469098

João Pessoa 23/09/20

F(NG).ASCIR.000-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DL em DVD e de costas lateral (B) ^{100% anestesia geral}

Apreensão + Anterapreensão
Aplicação de compressas esteras

Incisão:

Incisão em clavícula (E)
Incisão portão lateral em quadril (D)
Incisão por plumbos.

Achados:

Fx com consolidação tumora clavícula
Fx com consolidação + lux de acetábulo

Conduta:

Realizado Redução da clavícula e
aproximação de placas e furos de recatamento
com 6 parafusos corticais

Realizado Redução de acetábulo (D)

+ Aproximação de placas e furos + 6 parafusos
+ Placa 1/2 de corno e furo em acetábulo

Fechamento:

Sutura por plumbos Sutura de
pele + curativo.

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
Médico - CRM/PB 7692
CNS 20634699096

João Pessoa, 23/09/2020

F(NG).ASCIR.009-1





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

HEC/SHL

Número: _____ Prontuário: 1256063 Data: _____
 Paciente: _____ Data: 23/09/2020
 Procedimento: Trat. de clavicula @ P.Hat. w. ace Ebul Caixa Pronta: _____
 SUS: () Não SUS ()
 Médico: Adumberto Jensen; Francisco Korfrey; Udo Kambon (MR2)

DISPENSÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	C7 3,5			
	placa de construção 12 furos	02		
	" " " 1/3 04 furos	02		
	paraf nº 24	02		
	" " 28 } contêineres	04		
	" " 40	02		

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
<u>Ante Síntese</u>	<u>01 fio Kirshimmer nº 2.5</u> <u>unido a guia</u>	<u>01</u>		

Assinatura do Médico - CRM: _____
 Assinatura Enfermagem - COREN: Mary S. Bezerra Enfermeira COREN-PB 608756
 Assinatura Circulante Responsável: Domilca S. Monteiro COREN 883575
 P.S. (NO) APC.013-2





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - () ME



Número: _____ Prontuário: 1958063 Data: _____
 Paciente: Thalys Bernabe Leite Data: 23/01/2020
 Procedimento: matr. obturacão (2) + Anat. acetabulo (2) + emb. tomica do quadril
 SUS: () Não SUS ()
 Médico: Marcos Roberto; Umberto Jansen; Volker Bon (MR)

DISPENSÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
<u>Diplyte</u>	<u>2 x 3,5</u>			
	<u>1 bca. vte. de reconstrução</u>	<u>(01)</u>		
	<u>10E contacte FHC D8F</u>	<u>(01)</u>		
	<u>10E guiso comucao n.º 16/2</u>	<u>(01)</u>		

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<u>gutta cat. lagrimas cat. phco</u>	<u>250</u>	<u>(01)</u>	

Dr. LINDLEY ANTONIO PEREIRA
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5914

Marcos Roberto
ASSINATURA RESPONSÁVEL CUREN

Chemilab
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Coron 883575
0100102.013-2
PR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

THALYS BARBOSA FREIRE

DOC. IDENTIFICAC / CDS EMISSOR 4027713 BRB PB

CPF 115.377.414-30 DATA NASCIMENTO 25/03/1995

PATRIÇÃO
 ARNALDO FREIRE DOS SANTOS FILHO
 CELIA MARIA BARBOSA FREIRE

PERMISSÃO ACC CATEG
 AB

Nº REGISTRO 06775040339 VALSAE 17/08/2021 1ª HABILITAÇÃO 10/01/2017

OBSERVAÇÕES

Thalys Barbosa Freire
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 22/01/2010

ASSINATURA DO EMISSOR 68174423355 PB036153311

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1631872799

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1631872799



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



Total	58,75 %	R\$ 7.931,25
--------------	----------------	---------------------



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



Total	58,75 %	R\$ 7.931,25
--------------	----------------	---------------------



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210035776 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE **Data do acidente:** 08/09/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE(PLACA + PARAFUSOS)- QUADRIL DIREITO E OMBRO ESQUERDO.
(P.9,10,11,17).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: BAM P.1
%SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210035776 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE **Data do acidente:** 08/09/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE(PLACA + PARAFUSOS)- QUADRIL DIREITO E OMBRO ESQUERDO.
(P.9,10,11,17).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO E QUADRIL 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 MODERADO DO OMBRO ESQUERDO E
QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: BAM P.1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032679/21

Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE

CPF: 115.377.414-38

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 08/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THALYS BARBOSA FREIRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THALYS BARBOSA FREIRE : 115.377.414-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2021
Nome: THALYS BARBOSA FREIRE
CPF: 115.377.414-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

THALYS BARBOSA FREIRE

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



40 - Local e Data: Santos, 24 de Maio de 2022

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CNJ) Divorçado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não

26 - Vítima deixou companheira(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheira(a) informar o nome completo: Sim Não

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar: Sim Não

30 - Vítima deixou herdeiros? Sim Não

31 - Vítima teve herdeiros? Sim Não

32 - Se tinha limit. Informar: Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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 de Instituto Médico Legal (IML) para as 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 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 reconhecimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada para apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica permanente decorrentes de acidente de 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 discorde do seu conteúdo.

20 - RENDAS MENSAIS DO TITULAR DA CONTA

RECUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 A R\$2.500,00 R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA BANCÁRIA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

AGÊNCIA: _____ **CONTA:** _____

AGÊNCIA: 0340 **CONTA:** 05848

Nome do BANCO: BANCO DE SAO PAULO

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Informe o dígito de extra: _____

DADOS CADASTRAIS

15 - CPF do Representante Legal: _____

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

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

15 - E-mail: _____

16 - Tel (DDD): _____

11 - Bairro: Manoel Ribeira

12 - Cidade: Santos

13 - Estado: SP

14 - CEP: 13033-0

7 - Profissão: _____

8 - Endereço: Av. Francisco Bello Manoel Ribeira, 201

9 - Número: _____

10 - Complemento: _____

5 - Nome completo: THIANY BONDAS FERREIRA

6 - CPF: 1153724438

REGISTRO DE INFORMÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CONSULTAR SUSP Nº 445/2013

1 - Nº do registro no IML: _____

2 - CPF da vítima: _____

3 - Nome completo da vítima: THIANY BONDAS FERREIRA

4 - Nome completo da vítima: _____

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do registro ou ASL: 0032674121 3 - CPF da vítima: 11537741438 4 - Nome completo da vítima: THIALLY BARBORA FACINI

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 449/2012

5 - Nome completo: THIALLY BARBORA FACINI 6 - CPF: 11537741438

7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. FRANCISCO BEZERRA RUIVA 221 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: MARLABEIRO 12 - Cidade: SÃO PÉLON 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 28019330

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 21 3343813834

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. Ative uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 3501 7 CONTA: 73105 6

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 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 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) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a)(s)? 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.

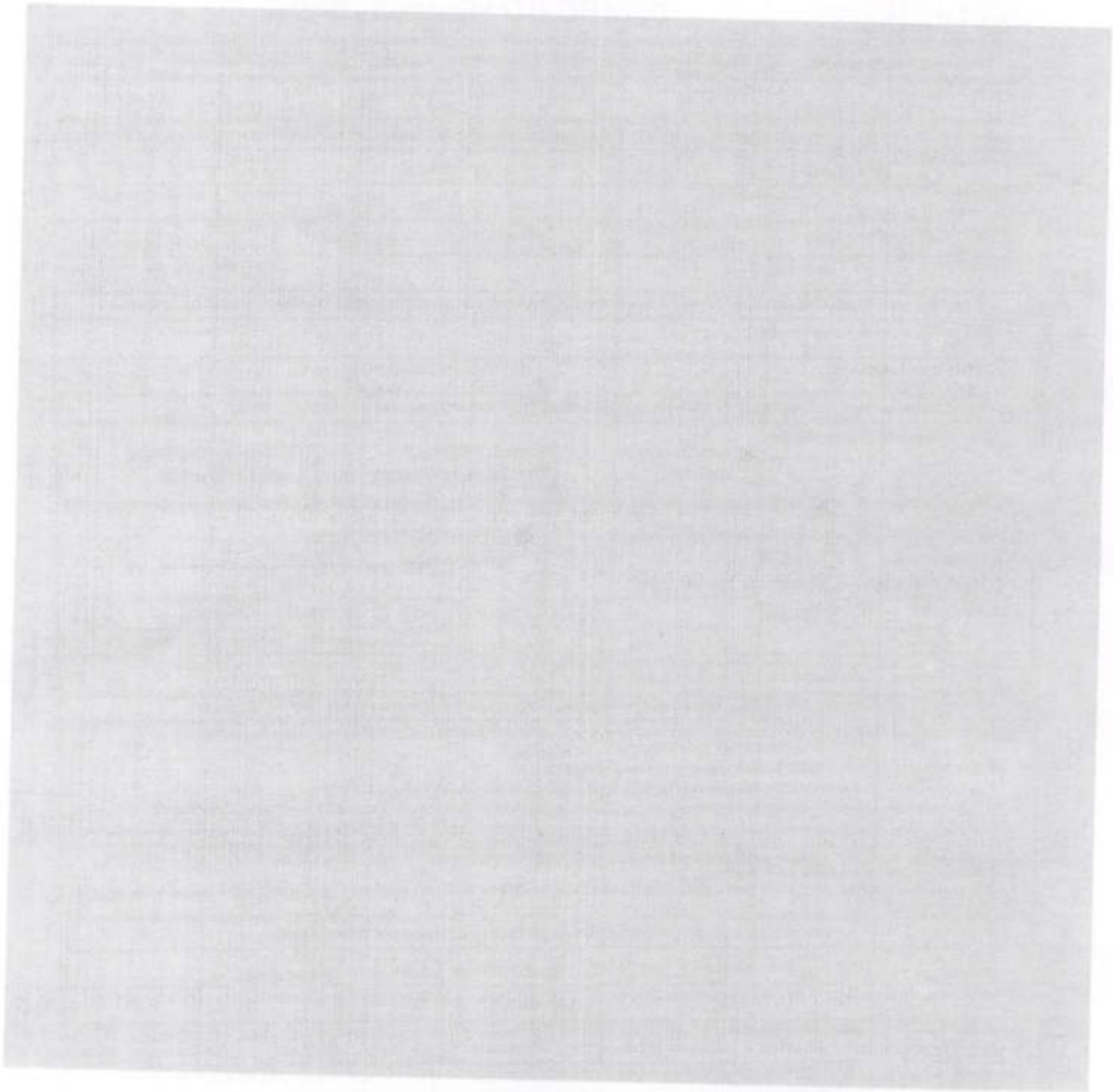
34 - Imprescindível para a análise do pedido.
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, São Paulo, 22.03.21
 THIALLY BARBORA FACINI

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





CLIENTE: THALYS BARBOSA FR
AGENCIA: 3501-7 CONTA: 73105-6
DESCRICA0: TED
260 0001 11537741438 THALYS BARBOSA FR
NUMERO DO DOCUMENTO: 12601
DATA: 26/01/2021
VALOR: 100,43



**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: [3210035776](#)

Nome do(a) Examinado(a): [THALYS BARBOSA FREIRE](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [Rua Francisco Bezerra de Azevedo, 271, , João Pessoa/PB](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSDS/PB / 4027713](#)

Data e local do acidente: [08/09/2020 - João Pessoa/PB](#)

Data e local do exame: [03/03/2021 - 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 DO ACETABULO DIREITO. LESÃO DO NERVO CIÁTICO DO LADO DIREITO. FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.](#)

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

[TRATAMENTO CIRURGICO+ FISIOTERAPIA](#)

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 120°, extensão aos 35°, abdução aos 120°, adução aos 30°, rotação medial aos 60°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericárdio possui um déficit funcional de grau leve no ombro esquerdo. Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 45°, extensão aos 5°, abdução aos 20°, adução aos 5°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva normal, 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. Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 100°, extensão aos 120°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 0°, flexão plantar aos 50°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, 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. Ao exame físico do pé direito apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsalangeana aos 30°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, 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. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)



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

Sim

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

DOR + DEFICT MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO+QUADRIL DIREITO+JOELHO DIREITO+TORNOZELO DIREITO+PE DIREITO

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 seqüela 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.

Ombro Esquerdo - Leve - 25%

Membro Inferior Direito - Intenso - 75%

Membro Inferior Direito - Intenso - 75%

Membro Inferior Direto - Total - 100%

Membro Inferior Direito - Médio - 50%

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



BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/04/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.931,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THALYS BARBOSA FREIRE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02340-0

CONTA: 000000025848-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2204202105000000000023702340000000025848793125 PAGO





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, 24 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210035776

Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE

Data do Acidente: 08/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), THALYS BARBOSA FREIRE

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. 01529/01530 - carta_02 - INVALIDEZ

00030765



Carta nº 16603370





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, 13 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210035776

Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE

Data do Acidente: 08/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), THALYS BARBOSA FREIRE

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. 00439/00440 - 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, 26 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210035776

Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE

Data do Acidente: 08/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), THALYS BARBOSA FREIRE

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. 01567/01568 - 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, 28 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210035776

Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE

Data do Acidente: 08/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THALYS BARBOSA FREIRE

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\$ 7.931,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: THALYS BARBOSA FREIRE

Valor: R\$ 7.931,25

Banco: 237

Agência: 000002340-0

Conta: 0000025848-2

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,

Pag. 00199/00200 - carta_30 - INVALIDEZ

00020100

