



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
JOCERLANTO IZAQUIEL DO NASCIMENTO



DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO  
3527984 SSP PB

CPF 096.677.344-63 DATA NASCIMENTO 23/03/1989

IRACÃO  
JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO  
MARIA DAS GRACAS  
IZAQUIEL DO NASCIMENTO

PERMISSÃO ACC CATEGORIA A

1º REGISTRO  
05107856534

VALIDADE  
06/04/2020

1ª HABILITAÇÃO  
22/12/2010

OBSERVAÇÕES

*Jocelanto Izaciel do Nascimento*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
07/04/2018

*[Assinatura]*

ASSINATURA DO EMISSOR

10554120982  
PB030465001

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1083192588

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO  
1083192588

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200283729 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO **Data do acidente:** 04/03/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2,3,6

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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          |
|                                                       |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>17,5 %</b> | <b>R\$ 2.362,50</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200283729 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO **Data do acidente:** 04/03/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2,3,6

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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          |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222573/20

**Vítima:** JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO

**CPF:** 096.677.344-63

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 04/03/2020

**Titular do CPF:** JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO : 096.677.344-63**

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](http://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: 10/08/2020  
Nome: JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO  
CPF: 096.677.344-63

JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

---

**Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200283729**

**Vítima: JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO**

**Data do Acidente: 04/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200283729

Vítima: JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO

Data do Acidente: 04/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO**

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: JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001456

Conta: 0000016138-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

096.677.344-63

4 - Nome completo da vítima:

Jocelinto Izaguirre dos Anjos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo:

Jocelinto Izaguirre dos Anjos

6 - CPF:

096.677.344-63

7 - Profissão:

Vigilante

8 - Endereço:

R. Margarida Maria Alves

9 - Número:

32

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Manoel

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58051-812

15 - E-mail:

99921-9283

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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:

1456

CONTA:

16138

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

☐ 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?

☐ 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

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa

07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência**  
**Nº 054890.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 054890.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 11:17 min do dia 03/08/2020, na Delegacia Online, **JOCERLANIO IZAQUIEL DO NASCIMENTO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Vigilante, nascido(a) em 23/03/1989, idade 31, estado civil Divorciado (a), filho(a) de MARIA DAS GRAÇAS IZAQUIEL DO NASCIMENTO, CPF 096.677.344-63, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Margarida Maria Alves, nº 32, bairro Bancários, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58051812, telefone(s) 83999219283, registrou o seguinte:

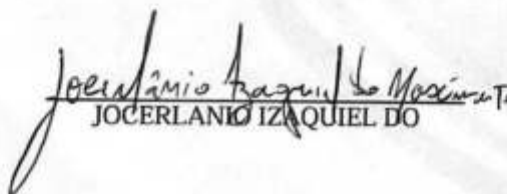
**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 04/03/2020 16:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: Três ruas, Bancários, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia 04/03/2020 por volta das 16:30hs conduzia uma motocicleta YAMAHA FZ25 FAZER 2018/2018, VERMELHA, PLACA OFX3752/PB, CHASSI 9C6RG501000004855, registrada em nome do notificante, nas imediações das Três ruas, Bancários, João Pessoa/PB, quando um carro de placa até o presente momento desconhecida, colidiu na lateral da motocicleta do declarante, caindo ao solo. Que devido as lesões foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA e transferido para o COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA. Diagnosticado com FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. Submetido a tratamento cirúrgico com alta hospitalar em 08/04/2020.

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

  
JOCERLANIO IZAQUIEL DO

7F4D6BBAC1C4D1840DDB57C0AE218CD4

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096.677.344-63 4 - Nome completo da vítima: Jocerlanto Izaguirre dos Anjos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Jocerlanto Izaguirre dos Anjos Nascimento 6 - CPF: 096.677.344-63  
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: R. Margarida Maria Alves 9 - Número: 52 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Bonfaria 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 05051-812  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 051-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104) CP 13

AGÊNCIA: 1456

CONTA: 16138

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

☐ 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ 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

Assinatura do representante legal da vítima

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001                    AGÊNCIA: 1234                    CONTA: 12345

---

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 18/08/2020   |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   | 320028372901 |
| VALOR TOTAL:           | 2.362,50     |

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000016138

---

Número da Autenticação

E2C1546EFB509F8D

o Costa,1553-Sala 01  
Almas - João Pessoa - PB  
.421.421/0016-06 - I.E.: 16.126.110-8  
Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

**R\$ 39,99**

**VENCIMENTO**  
**20/03/2020**

EMIÇÃO: 02/03/2020  
POSTAGEM: 09/03/2020  
FATURA: 4202154793

CLIENTE: 1.61491667

CPF/CNPJ: 09667734463

ACESSO: 83 99860-6281

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000161491667017

JOCERLANIO IZAQUIEL DO NASCIMENTO  
MARGARIDA MARIA ALVES, 32, CS  
BANCARIOS  
58051-812 - JOAO PESSOA - PB

### IMPORTANTE PARA JOCERLANIO

### RESUMO DA SUA CONTA DE 01/FEV A 29/FEV

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle A Plus

R\$ 39,99

### VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

**TIM Controle A Plus: 83998606281 (088/PÓS/SMP)**

TIM Backup 5GB

TIM Banca Jornais

**Desconto Serviços VAS TIM Controle**

**Desconto Franquia TIM Controle**

| FRANQUIA              | CONSUMO | QUANTIDADE | Nº DIAS | PERÍODO | VALOR    |
|-----------------------|---------|------------|---------|---------|----------|
| -                     | -       | 1          | -       | -       | 49,99    |
| -                     | -       | 1          | -       | -       | Incluído |
| -                     | -       | 1          | -       | -       | Incluído |
| -                     | -       | 2/12       | -       | -       | -3,28    |
| -                     | -       | 2/12       | -       | -       | -6,72    |
| Total de Mensalidades |         |            |         |         | 39,99    |

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

| IMPOSTO TIM S.A.                  | ALÍQUOTA | BASE DE CÁLCULO | VALOR    | FLUST: R\$ 0,18   |
|-----------------------------------|----------|-----------------|----------|-------------------|
| ICMS                              | 30%      | R\$ 26,87       | R\$ 8,06 | FLUNTEL: R\$ 0,09 |
| PIS/COFINS - Serviços Telecom     | 3,65%    |                 |          |                   |
| PIS/COFINS - Serviços Não Telecom | 9,25%    |                 |          |                   |

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FLUST (1%) e FLUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

### Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| Incluído no(s) Plano(s) |           |
| Franquia(s)             | R\$ 33,59 |
| SVA                     | R\$ 16,40 |
| Desconto(s) Franquia(s) | R\$ -6,72 |
| Desconto(s) SVA         | R\$ -3,28 |

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 307046 Atd: Nao Regula  
Data: 04/03/2020  
Hora: 23:33:49  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES D  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOCERLANIO IZAQUIEL DO NASCIMENTO Num. de vezes atendido: 1  
Nome Social: NAO INFORMADO Num. Prontuario: 2020.03.000479  
CPF: 096.677.344-63  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3527984 Fone: 987685724  
Natural: SAO JOSE DO BELMONTE/PE Data Nasc.: 23/03/1989 Id: 31 ano(s)  
End.: RUA MARGARIDA MARIA ALVES (COM TIMBO), 32  
Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mae: MARIA DAS GRACAS IZAQUIEL DO NASCIMENTO Pai: JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO  
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: SEGURANCA Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO  
Resp.: JOCERLANIO IZAQUIEL DO NASCIMENTO  
Doc. Responsavel: 987685724 / IDENTIDADE: 3527984  
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA  
Vitima de acidente por: NAO  
Vitima de violencia por: NAO  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:  
TC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Observacao

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS, SIC DO MESMO

Q: Ma Principal

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEETSHL CONFORME  
PACTUACAO

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Relato encaminhado do HEETSHL com relato de  
queda de peso e queda de estado de consciência.  
Diagnostico: Lesão de cabeça e membros superiores e inferiores.  
Condução: Internar no CTB para  
tratamento e observação.

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Leopoldo Viana B Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 10000 - RBO 1116



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|                                                                                                                                                 |                                          |                                 |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Nome: <i>Leopoldo Izquierdo</i>                                                                                                                 |                                          | Registro:                       |                                |
| Idade: <i>34</i>                                                                                                                                | Sexo: <i>masculino</i>                   | Cor: <i>branco</i>              | Clínica: <i>Orla</i>           |
| Data: <i>09/03/2012</i>                                                                                                                         | Cirurgião: <i>Dr. Leopoldo Izquierdo</i> | 1º Assistente: <i>Valdimir</i>  | 2º Assistente: <i>Valdimir</i> |
| 2º Assistente: <i>Valdimir</i>                                                                                                                  | 3º Assistente: <i>Valdimir</i>           | Instrumentador: <i>Valdimir</i> |                                |
| Anestesista: <i>Roberto</i>                                                                                                                     | Tipo Anestesia: <i>Raqui</i>             | Horário: I: <i></i>             | T: <i></i>                     |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO                                                                                                                  |                                          | CID                             |                                |
| <i>Exatidão da perna</i>                                                                                                                        |                                          | <i>S22</i>                      |                                |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO                                                                                                                  |                                          | CID                             |                                |
| <i>O mesmo</i>                                                                                                                                  |                                          |                                 |                                |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)                                                                                                                  |                                          | CÓDIGO                          |                                |
| <i>LMC + Fivador</i>                                                                                                                            |                                          |                                 |                                |
| <i>E. Terno</i>                                                                                                                                 |                                          |                                 |                                |
| Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não                                                                                              |                                          | Descreva:                       |                                |
| Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não                                                                                                      |                                          |                                 |                                |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:<br>1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico |                                          |                                 |                                |

# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Ref. em DDH sob anestesia  
Assupção + Antissepsia  
Apresentação de amplexo externo

Incisão:

Delimitação de ferida e  
ampliação

Achados:

Fx exposta de osso da perna  
① cominada.

Conduta:

limpeza exaustiva de ferida  
da Fx exposta cf SFQ 91.  
Apresentação de ferimento externo

Fechamento:

Sutura + curativo

OBS:

Data:

04.05.2020

Édvaldo Piere L. Matos  
Médico  
CRM-RN 9840

MÉDICO/CRM



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

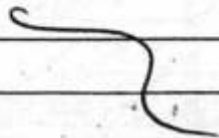
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|----------|------------------------|-----|
| Nome: JOCELANIO RAFAEL NASCIMENTO                                                                                                               |                               |                 |          | Registro:              |     |
| Idade:                                                                                                                                          | Sexo:                         | Cor:            | Clínica: | EMP:                   | LR: |
| Data: 19/03/20                                                                                                                                  | Cirurgião: DR RODRIGO AUGUSTO |                 |          | 1º Assistente: DR YURY |     |
| 2º Assistente:                                                                                                                                  |                               | 3º Assistente:  |          | Instrumentador: ANA    |     |
| Anestesista:                                                                                                                                    |                               | Tipo Anestesia: |          | Horário: I:            | T:  |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO                                                                                                                  |                               |                 |          | CID                    |     |
| PT ESP. OSSEO A PENA NO E                                                                                                                       |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO                                                                                                                  |                               |                 |          | CID                    |     |
| O MESMO                                                                                                                                         |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)                                                                                                                  |                               |                 |          | CÓDIGO                 |     |
| LMC + CURETICO                                                                                                                                  |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
|                                                                                                                                                 |                               |                 |          |                        |     |
| Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim<br>2 (✓) Não                                                                                           |                               |                 |          | Descreva:              |     |
| Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim<br>2 (✓) Não                                                                                                   |                               |                 |          |                        |     |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:<br>1 (✓) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico |                               |                 |          |                        |     |

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente G - DDH SOB SEPARAÇÃO  
ASSEPTO + ANESTESIA  
ADICIONAR DE CAMPOS ESTERILIZADOS

### Incisão:



### Achados:

PERÍTEO ABERTO CO - SECÇÃO C

### Conduta:

REALIZAÇÃO LIMPADA MECÂNICA CLASSE  
DESTRUIÇÃO TECIDO DE FIBRINA  
LIMPADA CO - 50,99%  
CURATIVO  
TALA INCRUSTADA POPULICA

### Fechamento:

### OBS:

Paciente SE MONITORADO INTENSIVO P/ 2º TERMO - CURATIVO

Dr. Yuri Góes  
CRM 11.507 / PB  
Ortopedia e Traumatologia

Data: 19/03/20

MÉDICO/CRM



### RELATÓRIO DE CIRURGIA

|                                                                                                                                                 |                                        |                                       |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nome: <i>João Carlos Izaguirre</i>                                                                                                              |                                        | Registro: <i>9601</i>                 |                                       |
| Idade: <i>31</i>                                                                                                                                | Sexo: <i>M</i>                         | Cor: <i>Br</i>                        | Clinica: <i>Grb</i>                   |
| Data: <i>07/07/20</i>                                                                                                                           | Cirurgião: <i>Dr. Teófilo</i>          | 1º Assistente: <i>Dr. R. A. A. A.</i> | 2º Assistente: <i>Dr. R. A. A. A.</i> |
| 3º Assistente: <i>Dr. R. A. A. A.</i>                                                                                                           | Instrumentador: <i>Dr. R. A. A. A.</i> | Anestesista: <i>Roberto A. A. A.</i>  |                                       |
| Tipo Anestesia: <i>Lap</i>                                                                                                                      |                                        | Horário: <i>I: 08:00</i>              | T: <i>12:00</i>                       |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO                                                                                                                  |                                        |                                       | CID                                   |
| <i>Fx de osso da perna (B)</i>                                                                                                                  |                                        |                                       |                                       |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO                                                                                                                  |                                        |                                       | CID                                   |
| <i>O mesmo</i>                                                                                                                                  |                                        |                                       |                                       |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)                                                                                                                  |                                        |                                       | CÓDIGO                                |
| <i>R. A. F. I. (Ponte)</i>                                                                                                                      |                                        |                                       |                                       |
| Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim<br>2 ( ) Não                                                                                           |                                        | Descreva:                             |                                       |
| Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim<br>2 ( ) Não                                                                                                   |                                        |                                       |                                       |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:<br>1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico |                                        |                                       |                                       |

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Do em PPK para coque  
Inspecção + Antropometria  
Aplicação de compressões  
Preenchimento de gesso

Incisão:

2 (duas) incisões em região  
anterior da perna (E)  
Vasectomia por planos

Achados:

Fs comenida de tuba (E)

Conduta:

Realizado preenchimento de placa  
PCP estufa 45min em porta  
Preenchimento de 3 perfuradores Pro  
max e 3 perfuradores distais  
Procedimento guiado por enxada

Fechamento:

Sutura por plano + sutura  
de pele. Colagem de gesso.

OBS:

Observação: alta após  
48 horas de observação

Data: 07.04.2020

Dr. Valdean Carvalho Jr.  
CRM 7692 PB  
Ortopedia e Traumatologia  
MÉDICO/CRM



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia

Assepsia, antissepsia e gonéia de  
campos laterais

Incisão:

Achados:

Conduta:

Retirada de fixador externo de perna (S)

Cueto

plc cosmo do lco

Fechamento:

OBS:

Data:

13/07/20

MÉDICO/CRM



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF  
[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_

Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_

DM \_\_\_\_\_

TB \_\_\_\_\_

NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Altura: \_\_\_\_\_ m

IMC = \_\_\_\_\_

PA = \_\_\_\_\_

mmHg

FC = \_\_\_\_\_

FR = \_\_\_\_\_

TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas:

*Vx de Tumor de Adipocarcinoma Ex.  
Tratado por cirurgia de perna E.*

Conduta:

*Interno p/ TH cirurgia*



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



*Seamus todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58021099  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

|                                                          |                                          |                                                          |                                      |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOCERLANIO IZAQUIEL DO NASCIMENTO</b>     | BAE<br><b>1227027</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>04/03/2020 17:59:34</b>          | Data Baixa                           |
| Data de nascimento<br><b>23/03/1989</b>                  | Idade<br><b>30a 11m 11d</b>              | Sexo<br><b>Masculino</b>                                 | CNS                                  |
| Mãe<br><b>MARIA DAS GRACAS IZAQUIEL DO NASCIMENTO</b>    | Bairro<br><b>BANCÁRIOS</b>               | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                          | Telefone de Contato<br>(00) 00000000 |
| Endereço<br><b>MARGARIDA MARIA ALVES (COM TIMBÓ), 32</b> | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO</b> | Prontuário                           |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                        |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>04/03/2020 21:44:21</b>       | UF<br><b>PB</b>                      |
| Data/Hora Classificação<br><b>04/03/2020 17:59:34</b>    |                                          |                                                          | Nº Cons. Regional<br><b>6688/PB</b>  |

## ANAMNESE

Cirurgia Geral >>>>> Paciente vítima de acidente de motocicleta, trazido por SAMU em protocolo de Trauma. Fazia uso de capacete, retirado pelo APM. Não há relato de perda da consciência ou vômitos. Queixa-se de dor cervical, além de dor em ombro e perna E. A- Vias aéreas pervias com palpação superficial e profunda. Pelve estável. D- GCS 15, PIFR, sem déficit motor. E- Algumas escoriações em extremidades. Fratura exposta de perna E. >>>>> NEGA alergias. >>>>> CD: Mantenho colar cervical. Analgesia + Reposição volêmica. TC de coluna cervical. Radiografias de ombro E, joelho E, perna E, tornozelo E e pé E. Parecer da Ortopedia e Neurocirurgia. Profilaxia antibiótica e antitética. ALTA da Cirurgia Geral.  
(04/03/2020 18:21:11-BRUNO DO NASCIMENTO ANDRADE)

Cirurgia Geral >>>>> Em tempo: Prescrevo antibiótico profilático.  
(04/03/2020 18:25:39-BRUNO DO NASCIMENTO ANDRADE)

politrauma com fratura exposta grau 1 ossos perna esq fratura fechada tubérculo maior umero esq sem outras queixas ortopédicas cd: transferência de urgência para traumática de mangabeira conforme pactuação para tratamento cirurgico analgesia  
(04/03/2020 21:44:21-ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO)

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 10 ML DE AD)  
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9)  
CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S) (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM AD.)  
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)  
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
\*ADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)  
\*ADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)  
\*ADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA  
RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ARTICULACAO TIBIO TARSICA ESQUERDO  
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO  
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTITETANICA 250UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL

## CID10

M79.6 - Dor em membro

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

## Conduta

Alta médica

*transfêrencia para traumática com urgência*

Dr. Odilon R. Filho  
Ortopedia / Cir. Joelho  
CRM 6688 - TEOT 12987