



Número: **0802294-03.2023.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **03/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Compensação, Honorários Advocatícios, DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO (AUTOR)		ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74785387	15/06/2023 10:36	2884235_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



VÁLIDA EM TUDO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1083192588

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome
JOCERLANIO IZAQUIEL DO NASCIMENTO



DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO
3527984 SSP PB

CPF **096.677.344-63** DATA NASCIMENTO **23/03/1989**

Patronímico
**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

Jocelino Izaquiel do Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
07/04/2010

[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR

**10554120982
PB030465001**

JOÃO PESSOA, PB (PARAIBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOCERLANIO IZAQUIEL FLORENCIO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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, 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.

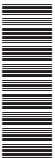
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00825/00826 - carta_01 - INVALIDEZ

00020413



Carta nº 16023129





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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

096.677.344-63

Joacirberto Izrael do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 406/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

João Pessoa

PB

58051-812

16 - Tel.(DDD):

85-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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
☐ 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 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (comente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ 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: Fallecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (filho(a))?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estive 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 da vítima/beneficiário

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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 Janaina 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:

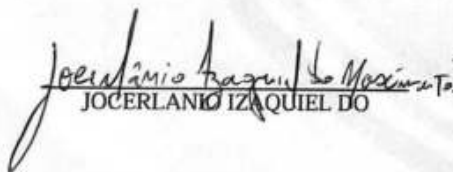
Dados do(s) Fato(s):

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. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 054890.01.2020.0.00.704 1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

096.677.344-63

Joacirberto Izaniel dos Anjos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 406/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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

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
☐ 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 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (comente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ 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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (filho(a))? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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 de quem assina a roga/a pedido

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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



Costa,1553-Sala 01
Almas - João Pessoa - PB
A21.421/0016-06 - 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

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 do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,18
ICMS	30%	R\$ 26,87	R\$ 8,06	PUNTEL: R\$ 0,09
PSICOFINS - Serviços Telecom	3,65%			
PSICOFINS - Serviços Não Telecom	9,25%			

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições ao FUST (1%) e PUNTEL (0,9%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
 Incluídos no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R\$ 11,59
SVA	R\$ 11,40
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -6,72
Desconto(s) SVA	R\$ -3,28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/06/2023 10:36:51

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061510365132500000070467945>

Número do documento: 23061510365132500000070467945

Num. 74785387 - Pág. 11

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: JOGERLANIO IZAQUIEL DO NASCIMENTO Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 096.677.344-63 Num. Prontuario: 2020.03.000479
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 352 34 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
Mãe: 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.: JOGERLANIO 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:

PC: 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 Rca Principal

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEETSHL CONFORME
PACTUACAO

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Teste realizado do HEETSHL com fty report de
oq de que apresenta os dados seguintes.

Diagnostico

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Leopoldo Viana B. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM 55607-7/2017 1118



RELATÓRIO DE CIRURGIA

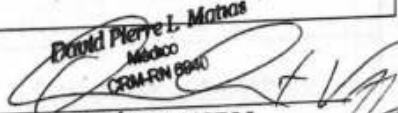
Nome: <i>Joacelma Lyquid de</i>		Registro:	
Idade: <i>31</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>Br</i>	Clínica: <i>Orto</i>
Data: <i>04/03/2023</i>	Cirurgião: <i>Dr. Leopoldo</i>	1º Assistente: <i>Valdinei</i>	LR:
2º Assistente: <i>Dr. Ricardo</i>	3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesiista: <i>Roberto</i>	Tipo Anestesia: <i>Raque</i>	Horário: I: T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
<i>Exatidão da cirurgia</i>		<i>582</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
<i>O mesmo</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<i>LHC + Fenda</i>			
<i>Externa</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		Descreva:	
Biópsia de Congelamento: 1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Ref em DDH sob anestesia Amplexão + Antiméso Apóscos de amplexos externos
Incisão:	Delimitação de ferida e amplexação
Achados:	Fx exposta de osso da perna @ cominuida
Conduta:	limpeza exaustiva de ferida de Fx exposta e SFQ? Apóscos de fixador externo
Fechamento:	Sutura + curativo
OBS:	

Data: 14.03.2020


 David Pierre L. Matos
 Médico
 CRM-PB 6940
 MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



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 EXP. OSSEO DA PUNHA E					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O MESMO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
LMC + CURETICO					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (✓) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (✓) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

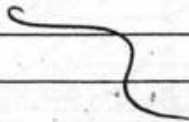


DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente G DDM SOB SEDUÇÃO
ASSEPTA + ANTISÉPTICA
APLICAÇÃO DE CAMPO ESTÉRIL

Incisão:



Achados:

FERIDA ABERTA COM SECÇÃO L

Conduta:

REALIZAÇÃO LIMPEZA MECÂNICA CLASSE
DEBRIDAMENTO TECIDO DE FIBRINA
LIMPEZA COM SF0,9%
CURATIVO
TALA IMÓVEL POPLICA

Fechamento:

OBS:

PACIENTE SE MANEJA INTERNO P/
2º TERMO - CURATIVO

Dr. Yuri Góes
CRM 11.507/PB
Ortopedia e Traumatologia

Data: 19/03/20

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Joelânio Izrael Moura</i>		Registro: <i>AB 12345</i>	
Idade: <i>31</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>Br</i>	Clinica: <i>Orto</i>
Data: <i>07/07/20</i>	Cirurgião: <i>Dr. Teófilo</i>	1º Assistente: <i>AB 12345</i>	LR: <i>AB 12345</i>
2º Assistente: <i>AB 12345</i>	3º Assistente: <i>AB 12345</i>	Instrumentador: <i>AB 12345</i>	
Anestesista: <i>Rafaela</i>	Tipos Anestesia: <i>Raqui</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 2 () Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1.º m. P.º de coque
Anestesia + Antiespasmódica
Aplicação de compressas estéril
Bandagem de gaseite

Incisão:

2.º Duas incisões em região
anterior da perna (E)
Vulgarização por planos

Achados:

Fr. comminuida de tibia (E)

Conduta:

Realizado paragem de plasma
P.º estéril 45 min em posição
Paragem de 3 parafusos Pro
max e 3 parafusos distais
Procedimento guiado por enxada

Fechamento:

Sutura na perna + sutura
de pele e tálamo de gaseite

OBS:

Obreva na pele. alta após
48 horas de antibioticoterapia

Data: 07/04/2020

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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>João Paulo Izacquel</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>13/3/20</u>	Cirurgião: <u>Dr. Jacques</u>		1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fret. agudo de enca de penca (E)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O nem</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>fretado de fratura externa e</u>					
<u>penca (E)</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDA sob anestesia

Assepsia, antisepsia e graseo de
cavos laterais

Incisão:

Achados:

Conduta:

Retirada de fixador externo de perna (S)

Curetas

até coxopodólio

Fechamento:

OBS:

Data:

13/07/20

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N. CEP 58056-384, Mangabeira, II. João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Jocelino Izabelino Henriques			Data de Admissão:	___/___/___
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:		
Nome da Mãe: _____					
Endereço: _____					
Bairro: _____					
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____					
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____					
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___					
QPD: _____					
HDA: <i>pt em fase de quadro neurológico e</i> <i>tx de cura de pneumonia. Internado p/ H</i> <i>curativo.</i>					
Medicações em uso: _____					
Interrogatório Sintomatológico:					
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese					
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____					
Pele: _____					
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe					
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____					
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise					
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____					
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas					
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume					
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria					
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____					
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades					
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos					
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____					
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



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:

Ex de Exame Laboratorial Ex.
Exame para o diagnóstico.

Conduta:

Internar p/ H cirurgia

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Secretaria de Saúde
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 5801099
Tel: 32165799 - CNES: 2593262

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

ANAMNESE

Cirurgia Geral >>>>> Paciente vítima de acidente de motocicleta, trazido por SAMU em protocolo de Trauma. Fazia uso de capacete, retirado pelo APH. 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: pênias com colar cervical. B- MV presente em AHT, sem RRA. SatO2: 97%. C- RCR em 2T. Ausência de hemorragia externa. Abdomen plano, flácido, indolor à 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.

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 tuberculo maior umero esq sem outras queixas ortopedicas 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 (MGTS) (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(5) (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 (MGTS)

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 12957

