
Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ**

Nº Sinistro: **3180433812**

Vitima: **HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ**

Data do Acidente: **13/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180433812**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

Nº Sinistro: 3180433812

Vitima: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 13/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180433812.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

081.373.094-54

Nome completo da vítima

Hector Ramalho de Queiroz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Hector Ramalho de Queiroz	081.373.094-54	Bombeiro Civil
Endereço	Número	Complemento
Rua Antônio P. de Castro	82	A
Bairro	Estado	CEP
Changabeira	PB	58055-470
Email	Telefone (DDD)	
	(83) 99607-7040	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3462		13012	18
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

COMPREV PREVIDÊNCIA SA
BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

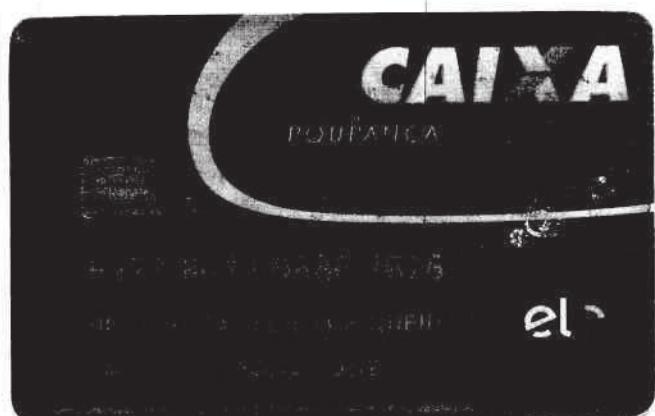
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Pessoa, 18 de Setembro de 2018

Local e Data

Hector Ramalho de Queiroz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



3462 0001 3052 - 8



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

081.373.094-54

Nome completo da vítima

Heytor Ramalho de Queiroz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Heytor Ramalho de Queiroz	CPF titular da conta	081.373.094-54	Profissão	Bombeiro Civil
Endereço	Rua Antônio P. de Bastos	Número	82	Complemento	A
Bairro	Changabeira	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email		CEP	58055-470	Telefone (DDD)	(83) 99607-7040

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 7.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3462		13012	18

(Informar dígito se existir)

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	<input type="checkbox"/> COMPREV
BANCO	PROTÓCOLO
Nome	18 SET 2018
AGÊNCIA NRO.	CONTAB NRO.
D/V	D/V

(Informar dígito se existir)

Heytor Ramalho de Queiroz

Heytor Ramalho de Queiroz

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

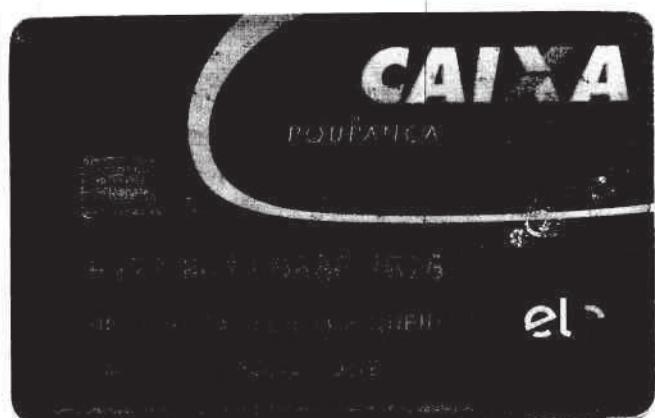
João Pessoa, 18 de Setembro de 2018

Local e Data

Heytor Ramalho de Queiroz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



3462 0001 3052 - 8





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01451.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01451.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:09 horas do dia 01 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Heytor Ramalho de Queiroz, CPF nº 081.373.094-54, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Bombeiro Civil, filho(a) de Elia Terezinha Araujo de Souza Ramalho e Sebastião Marte Ramalho de Andrade, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/11/1989 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Antonio P de Castro, Nº 82 A, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Colegio, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-6795.

Dados do(s) Fatos:

Local: Manoel Borges de Carvalho, Atacadão, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/04/18 03:56h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, transitava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG 150 TITAN ESD,ano e modelo:2014/2015 de cor vermelha,placa NQK 5671/PB, Chassi nº 9C2KC1650FR010580,registrado em nome de NORD .CON NORDESTE CONSTRUTORA LTDA, CNPJ 17724971000187;QUE segundo o notificante transitava normalmente pelo endereço á rua:Manoel Borges de Carvalho, bairro do Geisel, nesta Capital PB;QUE o notificante diz que foi trancado por um veículo, até então não identificado, onde perdeu o controle e acabou por colidir em um poste de alta tensão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TÉRCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 19.07.2018 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo resgate do corpo de bombeiros ; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S83,1

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 01 de agosto de 2018.

[Signature]
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao



[Signature]
HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ
Noticiante
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Procedimento Policial: 01451.01.2018.1.00.420



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0271 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: IGRINALDO BRANDÃO GONZAGA FILHO				Posto/Graduação: SD /PM		
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: R: Manoel L. de Carvalho/R: Escritora S. F. O. Lima			Hora 04:10	Bairro Água Fria		Município: João Pessoa	UF PB
Data/Ocorrência 13-04-2018	Dia da Semana Sexta-feira	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Choque	Tipo de pavimento Asfalto		Condições/Via Molhada	Tempo Chuva
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 Veículo			Controle do tráfego no local Via de duplo sentido				

CONDUTOR 01

Nome Heytor Ramalho de Queiroz		Sexo Masculino	Nascimento 18-11-1989		RG 21448110-75		
Endereço Rua Professor Luiz Alberto Moreira Coutinho, 18, Mangabeira, João Pessoa, PB.							
1ª Habilitação 11-02-2009	Categoria AB	Registro CNH N.º 04570443006	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 13-05-2018	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Hospital de Trauma					

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Honda CG Titan	Espécie Motocicleta	Placa NQK - 5671	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
---------------------------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Seguradora	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão		
------------	------------	------------	-----------------	--	--

Defeitos

Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

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

VÍTIMA 01

Nome Heytor Ramalho de Queiroz		Sexo Masculino	Nascimento 18-11-1989				
Endereço Rua Professor Luiz Alberto Moreira Coutinho, 18, Mangabeira, João Pessoa, PB							
		Viajava no Veículo Nº 01			Usava Cinto		
Condição da Vítima Condutor		Conduzida Para Hospital de Trauma					

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: No local do acidente ficou impossível identificar o local de impacto devido a chuva no momento. Vítima socorrida ao Hospital de Trauma e motocicleta ao Bptran para complemento de Boat. Ficha anexo.

João Pessoa – PB, 11 de Maio de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
FM: 29/05/2018

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG: JOÃO PESSOA

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho SD PM
Responsável pelo Levantamento

(Assinatura)



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0271 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda CG Titan	Placa: NQK - 5671 PB	Responsável pelo Preenchimento: SD Brandão	Data: 13-04-2018
--	--------------------------------	--	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi			x
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro			x
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		x			Total Geral (Sim + NA)		01	

Observações: DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 11 de Maio de 2018.

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho SD PM

Responsável pelo Levantamento



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO
Cópia de Conformidade com o Ofício
EM: 24/05/2018
Assinatura:



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0271/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Manoel Lopes de Carvalho 07,00metros

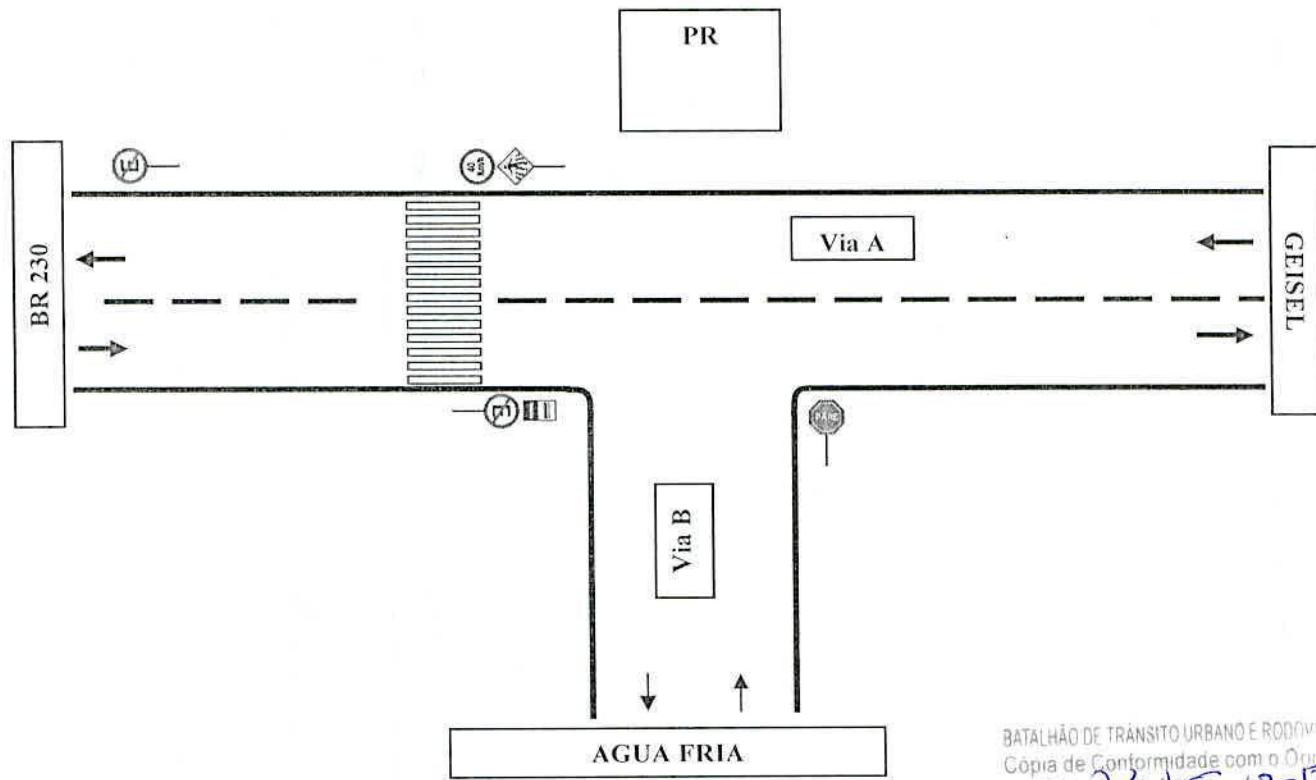
VIA "B" - Rua Escritora Silinha F. de Oliveira Lima 06,00metros

PR (Ponto de Referência) Posto Ale

PA (Ponto de Amarração)

V1 (Veículo 01) Retirado do local

V2 (Veículo 02)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 24/05/2018

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIENCE ESCALA

A VARIAS

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

V1

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento



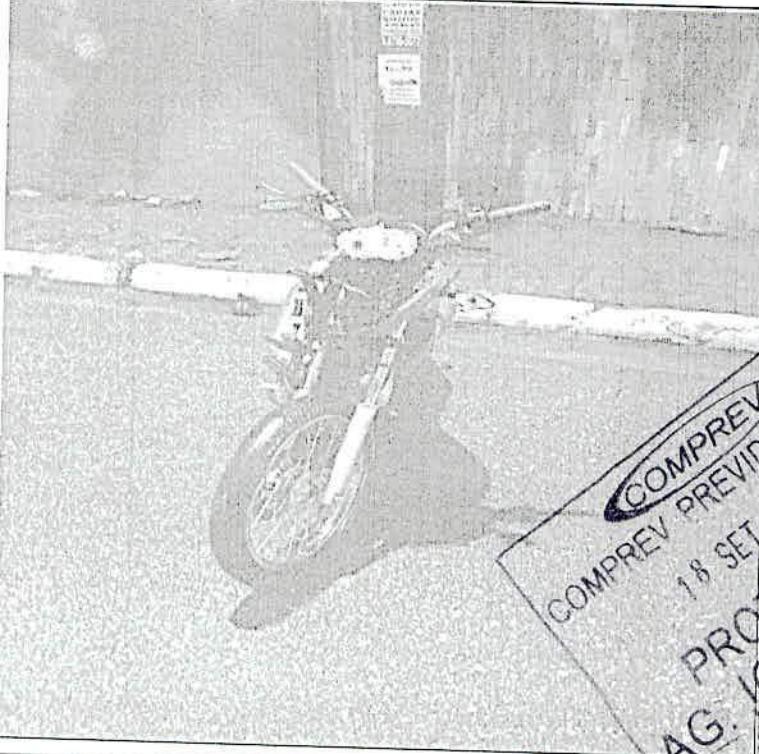
POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0271/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 24/05/2018

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Heytor Ramalho de Queiroz	081.373.094-54	13/04/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os efeitos do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a COMPREV, PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET 2018

PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

João Pessoa, 20 de agosto de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 18/05/18


Comandante da BAP
Katty Sátila do R. Silva

TEN. CEL. QOBM-521.280 4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 18 de Maio de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 0214/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 13/04/2018, conforme requerimento nº 224/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 03h56min o/a Sr.(a) HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ, CPF 081.373.094-54, vítima de acidente de trânsito (colisão (moto x poste)), ocorrido na Rua Manoel Borges de Carvalho, Geisel– João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o CB BM DENIS LIMA DE SOUZA, Matrícula: 521.611-7. Vítima desorientada, com lacerção no supercílio e fratura de membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu André Vieira de Souza- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

MARCELO DE SANTANA
COMPREF
CO 10 TEN. / Ma. 130.010-5
RG 244 - CPF: 749.775.397-53
18 SET. 2018

N/I *[Signature]* Chefe da 3ª Seção

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREF
PRE

MARIA ELIZABETH DE MENEZES
RUA ANTONIO PEREIRA CASTRO, 827 B - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP 58055-470 (AG 1)

Emissão: 17/07/2018 Referência: JUL / 2018

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - 1

Roteiro: B-5-216-7400

Nº medidor: 00000906449

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 019

Conta referente a:

Jul / 2018

Apresentação:

17/07/2018

Data pr
próximo

16/08

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contat

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
 RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 167 / SALA 08 - MANGABEIRA
 JOAO PESSOA / PB CEP: 58050-094 (AD-1)
 Emissor: 22/05/2018 Referencia: Mai / 2018
 Classe/Subclasse: COMERCIAL/COMERCIAL MONOFASICO
 Roteiro: 12-5 - 792-450 N° medidor: 00002887622
energisa
 ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Rua 20 V-25-Diretor: Juss Pessol PB-CEP:58051-000
 CNPJ:09.855.165-0001-45 - Inscrição: 16.015.421-0
 Ativação: Consulte Energia Bem Estar (0800-711-1105)
 Cód. para DIB Automatizado: 00011921307

May / 2018	22/05/2018	21/06/2018	1094222445
UC (Unidade Consumidora):			
5/1698358-7			

Baixe o aplicativo Energisa ON em qualquer smartphone ou tablet.
 Você terá acesso à segunda via da conta, mensuração ilustrada,
 informações sobre fato de energia e diversos outros serviços.
 Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas
 facilidades.

Rx CRP

Data	Litura	Data	Litura			
20/04/18	1827	22/05/18	2048	1	221	32
0001 - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Sub Total	Imposto	Desconto
0001 Consumo eg15Wh	221.000	0.561470	152,81	02,81	25	98,70
0001 Adm. B. Adminstr			2,12	2,12	2,12	0,01
0007 CONTRIB SERV UMA PÚBLICA	9,00		1,00	0	0,00	0,00

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 255.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bertom Ramalho de Queiroz inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.373.094-51 do sinistro de DPVAT cobertura unidade da Vítima Bertom Ramalho de Queiroz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.373.094-51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Agente Fiscal José C. Duarte</u>		
Bairro	<u>Mangabeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>
Email	<u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>		
	Telefone comercial (DDD)	Número	Complemento
	<u>99342-1170</u>	<u>103304</u>	<u>CEP</u>
			<u>58056-384</u>
	Telefone celular (DDD)		
	<u>98663-4900</u>		

João Pessoa 27 de agosto de 2018

Local e Data


Assinatura do Declarante



Cruz Vermelha Brasileira

13
03Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena29/04/2018
Já via correiasGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1075367



Identificação do paciente

ID 1279823	Nome HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ			Sexo Masculino
Data de nascimento 18/11/1989	Idade 28 anos 5 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 108194
Mãe ELIA TEREZINHA ARAUJO DE SOUZA RAMALHO				Pai SEBASTIAO MARTE RAMALHO DE ANDRADE
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986092870		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3393174		Nº Cns:	
Local de procedência AGUA FRIA				Tipo BAIRRO UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			CBO/R

Endereço

CEP 58058800	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PREFEITO LUIZ ALBERTO MOREIRA COUTINHO
Número S/N	Complemento PACIENTE RESIDE EM MANGABEIRA, POREM, NA SABE QUAL	Bairro	MANGABEIRA

Admissão

Data e Hora 13/04/2018 04:42:20	Número da pulseira 100005150044	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

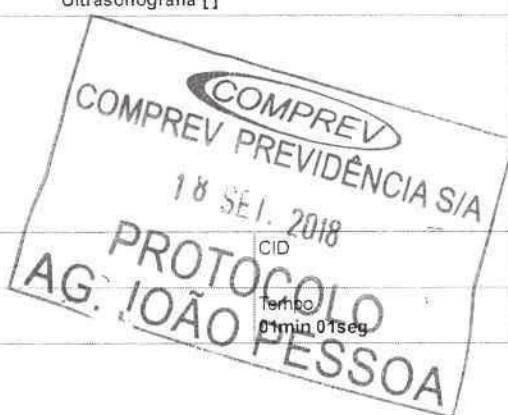
Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonorografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1075367

**Identificação do paciente**

ID 1279823	Nome HEITOR RAMALHO DE QUEIROZ			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1995	Idade 23 anos 3 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe HELIA TEREZINHA ARAUJO DE SOUZA				Pai NAO INFORMADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000	
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência AGUA FRIA				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			
CBO/R				

Endereço

CEP 58057034	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMERCIANTE JOÃO RIBEIRO DE LIMA
Número S/N	Complemento PACIENTE RESIDE EM MANGABEIRA, POREM, NA SABE QUAL		Bairro MANGABEIRA

Admissão

Data e Hora 13/04/2018 04:42:20	Número da pulseira 100005150044	Convênio SUS
------------------------------------	---	-----------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
Classificação de risco	Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

13/04/18 Paciente deu entrada neste setor de urgência pelos homens
última de acidente de moto. No momento ~~conveniente~~ e ou entado
Sic homens alcoolizados e sem capacete ~~comprovado~~ **COMPROVADO**
CRI

Diagnóstico	Enfermidade	10	ODNCIA S/A
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO	Exame	10 min	Tempo 01min 01seg

Imprimir

AG: JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO

Paciente avançou o curativo que havia sido feito
pela equipe de enfermagem de cima a vermelha
por 2x e avançou também a fulde.

Neogenesia
Cauda posterior - Det. prof. Dr.
José (3444)

De
NS/de
Rx

rat. fix. est. +
manip. articulaciones
03/05 (2444)

Rx
Rx

met. joelhos
13/04
Det
NS
Rx

CO
COMPREV P
18 SE
PROT
AG. JOÃO

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ	BAE 1075367	Data/Hora Entrada 13/04/2018 04:42:20	Data Baixa
Data de nascimento 18/11/1989	Idade 28a 4m 26d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986047262
Mãe ELIA TEREZINHA ARAUJO DE SOUZA RAMALHO	Prontuário		
Endereço PREFEITO LUIZ ALBERTO MOREIRA COUTINHO, S/N - PACIENTE RESIDE EM MANGABEIRA, POREM, NA SABE QUAL	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS	Nº Cons. Regional 3269/PB
Data/Hora Classificação 13/04/2018 04:42:20		Data/Hora Prescrição 13/04/2018 06:39:56	

anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) ENCONTRA-SE COM SINAIS DE EMBRIAGUE, DESORIENTADO, VERBALIZANDO E EM DECÚBITO DORSAL. AO EXAME FÍSICO APRESENTA FCC EM REGIÃO DE SUPERCÍLIO "E". AO EXAME DE IMAGEM NÃO APRESENTA TRAÇOS SUGESTIVOS DE FRATURA EM FACE. PACIENTE NÃO COLABORATIVO.

CD.:

- 1 - AVALIAÇÃO BMF;
- 2 - AGUARDO NOVA TENTATIVA PARA SUTURA;
- 3 - EM OBSERVAÇÃO;

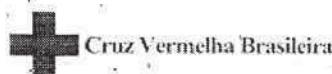
Conduta

Em observação

HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS
(CRM: 3269/PB)





AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente HEITOR RAMALHO DE QUEIROZ	BAE 1075367	Data/Hora Entrada 13/04/2018 04:42:20	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1995	Idade 23a 3m 12d	Sexo Masculino	CNS
Mãe HELIA TEREZINHA ARAUJO DE SOUZA			Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOÃO RIBEIRO DE LIMA, S/N - PACIENTE RESIDE EM MANGABEIRA, POREM, NA SABE QUAL	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALEXANDRE FERREIRA TAMIRO	Nº Cons. Regional 11395/PA
Data/Hora Classificação 13/04/2018 04:42:20		Data/Hora Prescrição 13/04/2018 05:29:07	

anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (COLISÃO CONTRA UM POSTE) SIC, SEM CAPECETE, HISTÓRIA DE INGESTÃO ALCOOLICA.

EXAME: AGITAÇÃO, ALGO DESORIENTADO, ECG=14 (AO=4, MRM=6, MRV=4).

SABEÇA: ESCORIAÇÕES NO SU

PESCOÇO: DOLOROSO À PALPAÇÃO EM REGIÃO PTERIOR.

TORAX: NDN

ABD: GLOBO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL.

MMSS: ESCORIAÇÕES EM AMBAS AS MÃOS.

MMII: MIE COM DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, PULSO PEDIOSO PALPÁVEL; MID ESCORIAÇÃO EM JOELHO COM PERDA DE TECIDO, SEM DÉFICIT MOTOR, PULSOS F-LPÁVEIS.

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA PLÁSTICA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
S82.7	Fraturas múltiplas da perna
V27.9	Motociclista traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado - motociclista não especificado traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 13/04/2018 04:43:21

Em observação

HEITOR RAMALHO DE QUEIROZ

Dr. Alexandre Tamiro
Médico
CRM-PB 11395

ALEXANDRE FERREIRA TAMIRO
(CRM: 11395/PA)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ	BAE 1075367	Data/Hora Entrada 13/04/2018 04:42:20	Data Baixa
Data de nascimento 18/11/1989	Idade 28a 4m 26d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986047262
Mãe ELIA TEREZINHA ARAUJO DE SOUZA RAMALHO			Prontuário
Endereço PREFEITO LUIZ ALBERTO MOREIRA COUTINHO, S/N - PACIENTE RESIDE EM MANGABEIRA, POREM, NA SABE QUAL	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO DINO LATTARULI	Nº Cons. Regional 4506/PB
Data/Hora Classificação 13/04/2018 04:42:20		Data/Hora Prescrição 13/04/2018 06:54:29	

Anamnese

PACIENTE DESORIENTADO E NÃO COLABORATIVO, NÃO PERMITE APROXIMAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA SUTURA NO MIE, POR DUAS VEZES FOI SUSPENSA A SUTURA DA FACE PELA BUCA. AGUARDA MELHORES CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA FINALIZAR O ATENDIMENTO.

CID10

Código	Descrição
S81.0	Ferimento do joelho

Conduta

Em observação

HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

Dr. Roberto Dino Lattaruli
Cirurgião Plástico
CRM-PB 4506 / RQE 1283

ROBERTO DINO LATTARULI
(CRM: 4506/PB)





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ	BAE 1075367	Data/Hora Entrada 13/04/2018 04:42:20	Data Baixa
Data de nascimento 18/11/1989	Idade 28a 4m 26d	Sexo: Masculino	Telefone de Contato (83) 986092870
Mãe ELIA TEREZINHA ARAUJO DE SOUZA RAMALHO			
Endereço PREFEITO LUIZ ALBERTO MOREIRA COUTINHO, S/N - PACIENTE RESIDE EM MANGABEIRA, POREM, NA SABE QUAL	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LAIANA KAREN DANTAS BARRETO	Nº Cons. Regional 8491/RN
Data/Hora Classificação 13/04/2018 04:42:20		Data/Hora Prescrição 13/04/2018 08:36:45	

1amnese

#ORTOPEDIA#

ACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 3H.

✓EM ALCOOLIZADO E NÃO COLABORATIVO.

FOI AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL E SOLICITADO PARECER DA ORTOPEDIA DEVIDO DEFORMIDADE EM MID.

EFO DIFICULTADO PELA NÃO COLABORAÇÃO DO PACIENTE, PORÉM SENDO VISÍVEL DEFORMIDADE A NÍVEL DE JOELHO. SEM LESÕES DE PELE, SEM SER PALPÁVEL O PULSO TIBIAL POSTERIOR E PULSO PEDIOSO FILIFORME

RAIO-X DE JOELHO DIREITO = LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO.

FOI TENTADA REDUÇÃO INCRUENTA, POREM SEM SUCESSO.

CD: ENCAMINHADO AO CENTRO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO DA LUXAÇÃO COM URGÊNCIA + PARECER DO VASCULAR APÓS O PROCEDIMENTO

STAFF: DR. PARCELLE

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR

Conduta

Em observação

HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

(CRM: 8491/RN)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10/04/2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 02/05/2018 08:11:49

Paciente HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ	Boletim de Atendimento 1075367	Data/Hora Entrada 13/04/2018 04:42:20	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/11/1989	Idade 28	Sexo Masculino	Prontuário 108194
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução médica (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 02/05/2018 08:06:56)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO

#22o DIH

#LUXACAO DE JOELHO DIREITO - CLASSIFICAÇÃO DE KENNEDY = ANTERIOR
(AINDA NÃO CLASSIFICADA QUANTO A ROMPIMENTO DE LIGAMENTO DEVIDO NÃO TER FEITO RNM)
#19 DPO DE COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR NA URGÊNCIA

PACIENTE SEGUE INTERNADO SEM QUEIXAS

MID COM MELHORA DE PARTES MOLES, SEM FLOGOSE OU EDEMA IMPORTANTE

CD: VPM + AGUARDA MARCAÇÃO DA RNM PARA RETIRAR FIXADOR UM DIA ANTES PARA FAZER O EXAME

Seção: POSTO IB - ENF 13 Leito: 0003 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME:	HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ	BE/PRONTUÁRIO	1075367
IDADE:	38	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA	COR:	
CIRURGIA:	RECONSTRUÇÃO DE CANTO POSTERO-LATERAL DE JOELHO DIREITO		
CIRURGIÃO:	DR ODILON FILHO	1º ASS:	DR MILTON LINHARES
2º ASS:	DRA JESSYKA MR3	3º ASS:	DR MATHEUS MR2
INSTRUMENTADOR:			
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUIANESTESIA	HORÁRIO INÍCIO:	TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
LESÃO LIGAMENTAR COMPLEXA DO JOELHO DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
RECONSTRUÇÃO DE CANTO POSTERO-LATERAL DE JOELHO DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: **25/5/2018**





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA**PASSAGEM DE FAIXA DE SMASH****ASSEPSIA E ANTISSEPSIA****APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS**

Incisão:

INCISÃO EM FACE POSTERO-LATERAL DE JOELHO DIREITO + TESTE DE INSTABILIDADE POSTERO-LATERAL**AVULSÃO, DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS ANATOMICOS****PREPARAÇÃO DE TÚNEL DE PARTES MOLES LATERAL****ISOLAMENTO DE NERVO FIBULAR**

Achados:

INCISÃO EM JOELHO DIREITO ANTERO-MEDIAL PARA RETIRADA DE ENXERTO DE FLEXORES**RETIRADA DE ENXERTO DE FLEXORES****PREPARAÇÃO DE TÚNEL EM FIBULA DIREITA E CONDILo FEMORAL DIREITO****PASSAGEM DE ENXERTO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO DE INTERFERENCIA**

Conduta:

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%**FECHAMENTO POR PLANOS ANATÔMICO****CURATIVOS ESTÉREIS****RETIRADA DE FAIXA DE SMASH**

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

25/5/2018

COMPREV PREVIDÊNCIAS
18 SET. 2018
AG. JOÃO PESSOA



Meyter Pauwels de Auwicz.

NOME DO PACIENTE: Alcides Lameira de Melo
 IDADE: 28 BE SA PRONTO-ARMAZÉM ENFERMARIA LEITO
 CIRURGIA: IVDC Recentemente de CPL + Antrofibrose GOLHOS P.
 CIRURGIÃO: Odilon F. Filho + Jessica (R3) + Matheus Marinho (R2)
 ANESTESIA: Maurício + Blasius
 ANESTESISTA: Paulo Almeida e Souza + Júnia (R3).
 INSTRUMENTADOR: Guilherme

DATA 29/05/18 HOSPITAL: CLINICO - ANESTESIA: INICIO 08:00 FIN 08:00 CIRURGIA: INICIO 08:00 FIN 08:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRUGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA ()

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	SRC 4	JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°	
FENO BARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°	
GRANO	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA N°	
BUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	
LIDOCAINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	OK	LUVA ESTERIL N°7,0	OK	FIO POLIPROPILENO N°
OCAINA S/ VASO	AGULHA 25X07	OK	LUVA ESTERIL N°7,5	OK	FIO POLIPROPILENO N°
DAZOLAN	AGULHA 25X08	OK	LUVA ESTERIL N°8,0	OK	FIO POLIGLECAPRONE N°
MORFINA	AGULHA 40X12	OK	LUVA ESTERIL N°8,5		FIO SEDA N°
NIMBIUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA		FITA CARDIÁCA
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	OK	MATERIAL ESPECIAL
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		QTD.
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G	1	SCALP N°19		CIMENTO CIRÚRGICO
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	1	SCALP N°21		CLIP TITÂNIO LIGADURA
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML 15 ml	OK	FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	OK	SERINGA 5ML	OK	FIO DE KIRSCHNER N°
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	OK	SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN N°
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	OK	FIO STEINMAN N°
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		HEMOST. ABSORVÍVEL	
AGUA DESTILADA	OK	CATETER DE OXIGÊNIO		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N		PRÓTESE VASCULAR	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		KIT PAM	
COLINA	OK	CATETER EPIDURAL N°17		FIXADOR EXTERNO	
ETASONA	OK	CATETER EPIDURAL N°18		EMPRESA	
L. SÓDICA	OK	CERA PARA OSSO			
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO			
F. SEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	PARAFUSOS CORTICAIOS	
JSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	PARAFUSOS CORTICAIOS	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE n°4	1	PARAFUSOS ESPONJOSO	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	OK	PARAFUSOS MALEOLAR	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	OK	PARAFUSOS MALEOLAR	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		PLACA	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		PLACA	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	5	EQUIPAMENTOS	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK	() ASPIRADOR	
cetofenoxato	1	GAZES	OK	() BISTURI ELETRICO	
		GAZES ALGODOADAS	OK	() CAPNÓGRAFO	
		GEL ELETROLITICO	OK	() CÁRDIONITOR	
		JELCO N°14	OK	() DESFIBRILADOR	
		JELCO N°16	OK	() FOCO AUXILIAR	
OX. TM liga- mento 1081 LCN -				() FOCO CENTRAL	
OS. fêmur elínter perineus n° 108 x 125				() MICROSCOPIO	
				() OXIMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFORADOR ELETTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

COREN-PE 500 (ING) ASCIR 021-2

Given to Collaborative Safety
for EC of 85
(S) called presentations + 193 in 2 simultaneous CTT
(S) different presentations + (S) existing + other reliability
(S) and + experiencing long
00:44 00:80 8212025

۱۰۷

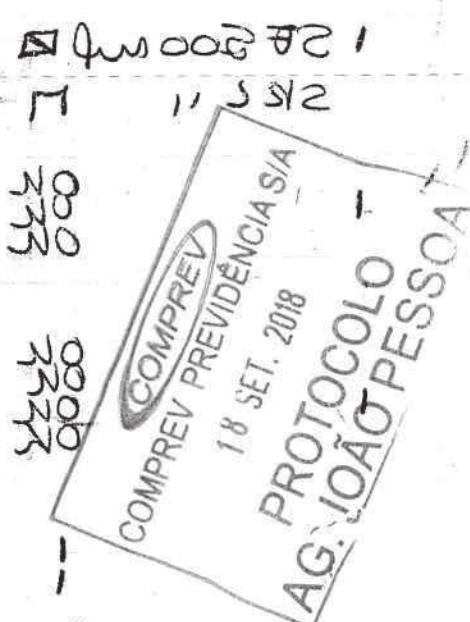
7
八

三〇

0000
2323

222

supervis



157

四

五

NO

二

G. g. gaufragia - 1955 Oct 15 - 1955 Oct 15
Gulf MT. 80 - 100% - 100%
Gulf MT. 80 - 100% - 100%

1

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 25/05/18

PRONTUÁRIO: 1075367

PACIENTE: Hugo Ramalho da Quinhos

SEXO: M COR: IDADE: 28a

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 95bpm RESPIRAÇÃO Espontânea TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO
 ESTADO GERAL BOM REGULAR MAU PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO BOM REGULAR MAU PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: Urticárias, VPM

AP. RESPIRATÓRIO NDN

AP. CIRCULATÓRIO NDN

AP. DIGESTIVO Agutum

ESTADO MENTAL LIRE

DROGAS EM USO VPM

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: luxação ligamentar complexa

CIRURGIA REALIZADA: Reconstrução do canto postero-lateral do fallo (1)

CIRURGIÃO: Dr. Odilon

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA: 8h

TÉRMINO DA ANESTESIA: 11h

DURAÇÃO DA ANESTESIA: 180min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA: Dr. Daniel

CPF

CRM-PB

AGENTE/HORA:

O₂
N₂O

LÍQUIDOS VENOSOS:

O PULSO

● CORDIGOS CIRÚRGICA

X ANESTESIA

PARTEIRA/SISTÓLICA

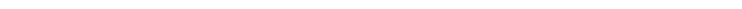
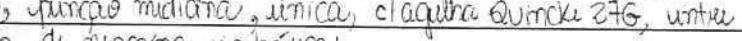
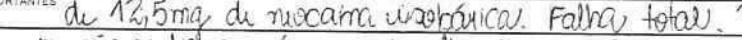
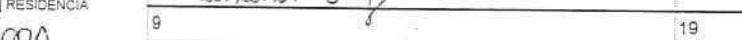
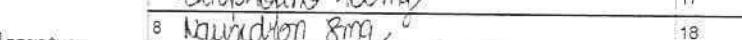
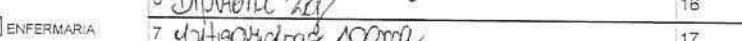
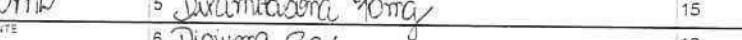
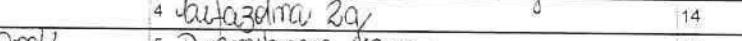
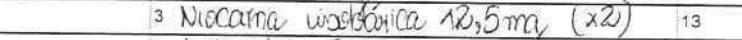
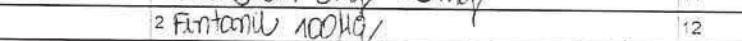
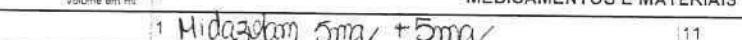
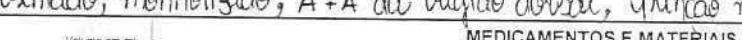
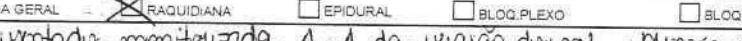
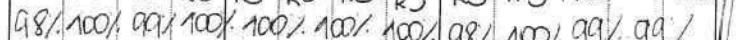
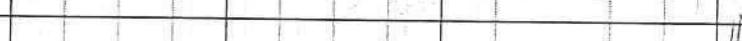
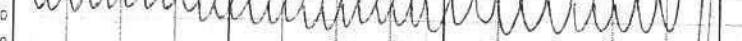
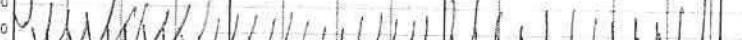
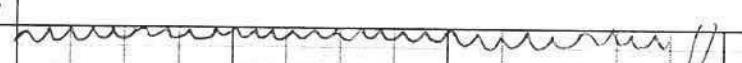
V DIASTÓLICA

SECO/SEC

ARTERIAL

ECG

OX PULSO



-DEC-FUN

三

୪୧ ୨୦୯୫

4

卷之三

✓ ଦେଖିଲାମ ଏ ପରିଚ୍ୟକାରୀ ଅଧ୍ୟାତ୍ମିକ
ଗ୍ରନ୍ଥ

၁၇၃

X

二

Chen et al.

100

三

400

۱۰۷

May, 1890.

① Brachiosaurus es carneívor, herbívoro, omnívoro

Virology 110
118



ମେ କେ ମେ/ମେ ମେ କେ କେ କେ କେ କେ

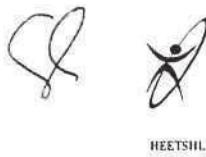
Yamē + Yamē mājēobin

(Ex) यह एक सर्वानुभवी विद्या है।

Δ990

கூரை கி A+R எல்லெள்ளும் நிலையில் வீடு வாட்டுப் பண்ணை செய்ய வேண்டும் என்று அறிவு கொடுக்கப்பட்டுள்ளது.

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Héitor R. de Queiroz BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 03/05/18

Clínica/Setor: ORTO EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Retirada de fixador externo + manipulação

Cirurgião: Dr Alisson 1º Assistente: Dr Roberto Alves
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Extracção do fêmur D. cl fix. ext.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retirada de fixador externo</u>	
<u>Manipulação articular fêmur</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



João Pessoa, 03/05/18

Médico/CRM: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pct em DJ sob anestesia
Rotina aseptica
Refisada de gipsos extremos
do M10

Incisão:

Manipulação articular para
ganchos de ADD

Curetagem trofto do pino

Achados:

Laragem el ST 097.

Curativo.

Conduta:

Fechamento:

Observação:

COMPREV PREVIDÊNCIAS /
18 SET. 2018
AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO

Dr. Alcides Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 09131CRM-PE 17606
SEDT 12614

João Pessoa, DS 10518

Médico/CRM:

Nota de Sala Cirúrgica



BE . 107.536 F.

NOME DO PACIENTE:	Heitor Ramalho de Queiroz				
IDADE:	23 anos	PRONTUÁRIO:	1075367		
CIRURGIA:	TTE cirurgico de Retirada de Fixador + Manipulação do Joelho D.				
CIRURGIÃO:	Dra Alison	AUX:	Dra Roberta Correia / Externo MID.		
ANESTESIA:	Sedação				
ANESTESISTA:	Dra Rosana				
INSTRUMENTADOR:					
DATA:	03/05/2018				
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO:	FIM:	CIRURGIA: INICIO:	FIM:		
08:00 às 8:30.					
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)					
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°23	FIO DE NYLON N°	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUURANO	PVPI TÓPICO	OK	LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA N°	
BUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
PIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	F	LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S/ VASO	AGULHA 25X07	F	LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	F	LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	F	LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDIACA	
NIMBIUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	■	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	E	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
TIOPENITAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR	
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINHA		CATETER EMBOLEÇ ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA	
METASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
NA SÓDICA	28	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais	
URINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONHOso	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONHOso	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	FIOS	ASPIRADOR	
TENOIXCAN		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A N°	() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES	FIO ALGODÃO S/A N°	() CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A N°	() CÁRDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°	() DESFIBRILADOR	
		JELCO N°14		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO N°16		() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFORADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	
51 hora media 175025 corer					

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 03/05/18

PRONTUÁRIO: 4045367

PACIENTE:	<u>Lauter Camacho de Oliveira</u>		SEXO: M	COR:	IDADE: 23a
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 58	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA: 90	GRUPO SANGUÍNEO	
ESTADO GERAL	(X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	(X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES	<u>VAM, checos</u>				
AP. RESPIRATÓRIO	<u>espirado</u>		AP. CIRCULATÓRIO	<u>estável</u>	
AP. DIGESTIVO	<u>gástrico</u>		ESTADO MENTAL	<u>consciente</u>	DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO	<u>MZ</u>				
DOSE/HORA			ESTADO FÍSICO (ASA)		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Tumor de joelho direito</u>					
CIRURGIA REALIZADA <u>Retirada de fixador externo</u>					
CIRURGIÃO	<u>Dr. Alisson</u>		AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA	08:00		TÉRMINO DA ANESTESIA	08:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESISTA	<u>Dr. Lassana</u>		CPF	690.882.174-91	CRM-PB 4229

AGENTE(S)/MORA	08:00 08:30					
O N ₂ O						
LÍQUIDOS VENOSOS	500	150	-	500		
O PULSO	220	200	180	160	140	120
O CÓDIGOS CHIRURGIA	100	80	60	40	20	
X ANESTESIA	140	120	100	80	60	40
PARTERIAL SISTOLICA / DIASTOLICA	140	120	100	80	60	40
SETOURADA	X					
X AP. ARTERIAL						
X ECO						
X RX PULSO						
ANOTAÇÕES	RS 05	QS 10	44	100		

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

JGDS	Volume em ml:	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE	1	Gentamisol 50mg	11
NACL	2	Ketodiazepam 2mg	12
SANGUE	3	Dexaferol 140mg	13
RINGER	4	Dipirona 2g	14
TOTAL	5		15
DESTINO DO PACIENTE	6		16
<input type="checkbox"/> APT*	7		17
<input type="checkbox"/> UTI	8		18
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	9		19
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
Sedação → paciente DNT, monitorando, sedação com 1+2+3

ASSINATURA DO ANESTESISTA

HGT - Demissione Afogado.

Assinatura de Lauter Lello Ferreira da Silveira
Anestesiologista CRM 4229
F. (NG) ASCIR 026-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ BE/PRONTUÁRIO 1050638
 IDADE: 28 SEXO: MASC FEM COR: _____ DATA: 13/4/2018
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO
 CIRURGIÃO: DR ROBERTO SANTOS 1º ASS: DANIEL CONSERVA (MR1)
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO (CONTROLE DE DANOS)</u>	
<u>FIXAÇÃO EXTERNA</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. Bruno de Luna Roriz
CRM-PB 0075



DATA: 13/4/2018



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
ACHADOS:	
LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO	
Conduta:	
REDUÇÃO INDIRETA DA LUXAÇÃO DO JOELHO COM AUXÍLIO DE ESCOPIA	
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR NO JOELHO DIREITO	
LIMPEZA COM SF	
Fechamento:	
SUTURA	
CURATIVOS	
RX DE CONTROLE	
Observação:	

Médico/CRM:

Dr Bruno de Souza Roma
MEDICO
CRM-PB/10075

João Pessoa,

13/4/2018

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 13/04/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Hector Ramalho de QueirozSEXO: M COR: 28

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 71

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA PESO

GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

eupneico

AP. CIRCULATÓRIO

estável hemodinamicamente

AP. DIGESTIVO

estômago chuv

ESTADO MENTAL

LOTE

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

Midazolam 5mg

ESTADO FÍSICO (ASA)

DOSE/HORA

II F

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

dureza de jolitho D

CIRURGIA REALIZADA

Fixação externa transarticular do joelho DCIRURGIÃO Dr. RobertoAUXILIARES Dr. Daniel (R1)INÍCIO DA ANESTESIA 09:45TÉRMINO DA ANESTESIA 11:00DURAÇÃO DA ANESTESIA 02:45

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

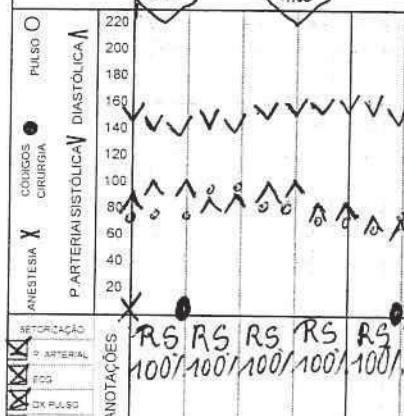
VALORES R\$

ANESTESISTA Dr. Tuves + Dr. Paissa (R1)

CRM-PB

AGENTES/HORAS 09:45 - 10:45

Tierris Kehrwald
MÉDICO
CRM 1719

O₂
N₂OUDOS
VENOSOSSRL
500
mlSRL
500
ml

Aparelho de anestesia, via aérea, paupitre e enxoval checados
Acesso venoso periférico em MSD (gelo 18) pronto

ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOQ PLEXO BLOQ NERVOS femoral OUTROS

Paciente sentado, monitorizado (Oximetria + PNI + ECG). Realizada assepsia e antisepsia, com

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUÍDOS

Volume em ml

- | | |
|----|---|
| 1 | Bupivacaina sobremesa 0,50% c/insu 15mg |
| 2 | Dimef 40 mg |
| 3 | Citamina 50 mg |
| 4 | Cetacolina 2g |
| 5 | Riboflavinha 10 mg |
| 6 | Diprivan 2g |
| 7 | Ondansetron 4 mg |
| 8 | Nurabilpi 0,50% c/insu 100 mg |
| 9 | Midazolam 5 mg |
| 10 | |

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

atual a 70%. Punção mediana à nível de L3-L4, injetado (1)+(2), LCR(+) cloro, normalizado. Bloqueio parcialmente efetivo. Analgesia complementada com (3). Bloqueio den. femoral D: Realizado sem FNE, injetado (8).

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. (NG) ASOR 026-1

Tierris Kehrwald
MÉDICO
CRM 1719

Documento de Alta

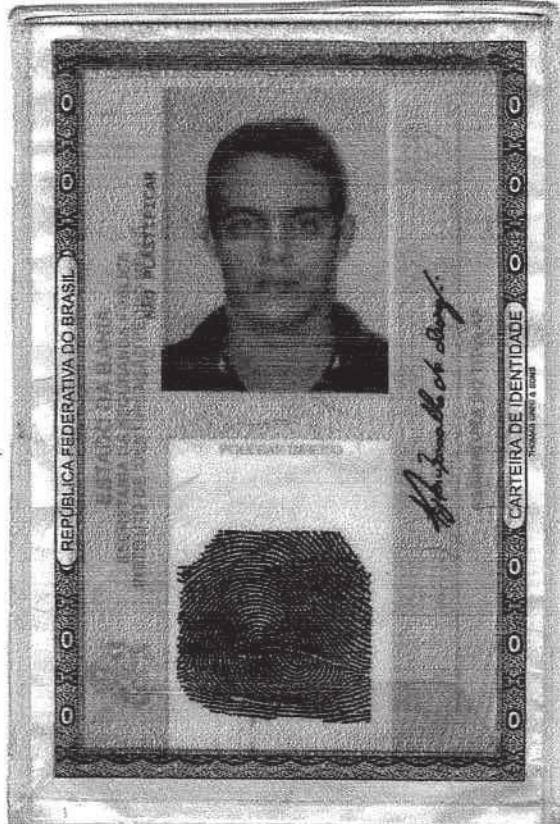
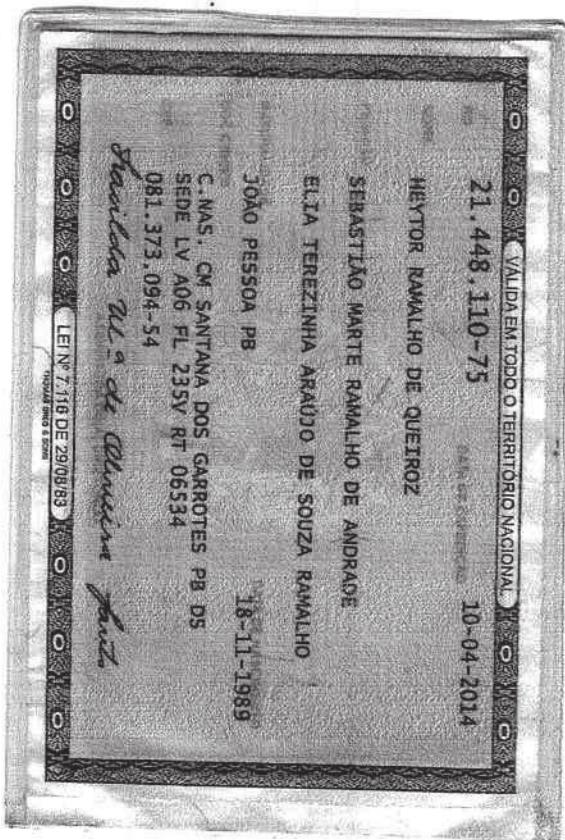
Nome: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ			Número Prontuário: 108194
Data de 18/11/1989	Sexo: Masculino	Data de Internação: 13/04/2018 13:55:38	Data de Alta: 27/05/2018 08:45:51
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RUPTURA MULTILIGAMENTAR DE JOELHO DIREITO COM INSTABILIDADE DECIDO LUXAÇÃO DE JOELHO.			
Resumo da Internação: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM CONSEQUENTE LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO E RUPTURA MULTILIGAMENTAR LEVANDO A INSTABILIDADE ARTICULAR. FOI SUBMETIDO A RECONSTRUÇÃO DE LCA E LCP DE JOELHO DIREITO, SEM INTERCORRÊNCIAS. APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR QUE SERÁ TRATADA COM FISIOTERAPIA MOTORA PRECOCE, SEM CARGA INICIALMENTE.			
Resultado de Exames: EXAME FÍSICO RAIO-X RNM			
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DE LCA E LCP DE JOELHO DIREITO			
Diagnóstico: S83.1 - Luxação do joelho			
Recomendações: RETORNO AO HTOP COM DR. ODILON DAQUI HÁ 15 DIAS USO DE CEFALEXINA VO FISIOTERAPIA MOTORA PRECOCE ANDAR COM MULETAS SEM COLOCAR CARGA ATÉ O RETORNO AMBULATORIAL PARA NOVAS ORIENTAÇÕES			

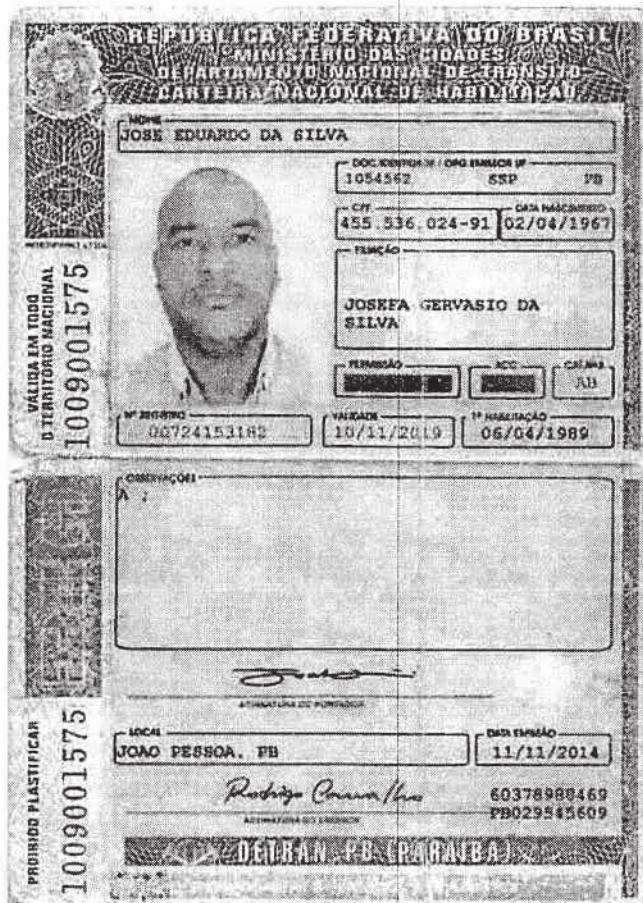
Data: 27/05/2018

Laiana Karen Dantas Barreto
LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
CRM: 8491

LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
CRM: 8491 - RN







COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180433812 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ **Data do acidente:** 13/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO-CONTUSO EM SUPERCÍLIO ESQUERDO.
LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO(OSTEOSSÍNTSE).
TRATAMENTO CONSERVADOR (SUPERCÍLIO ESQUERDO).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Vitor Hugo Sousa Morim".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180433812 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ **Data do acidente:** 13/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO-CONTUSO EM SUPERCÍLIO ESQUERDO.
LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO(OSTEOSSÍNTSE).
TRATAMENTO CONSERVADOR (SUPERCÍLIO ESQUERDO).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Heytor Ramalho de Oliveira
brasileiro(a), estado civil Solteiro profissão
Bombeiro civil, CI RG nº 91 448.310.75
CPF/MF nº 081.373.094-54, residente e domiciliado(a) à Rua
Antônio Pereira Castro, 82-B Mangabeira
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58055.470, telefone
(83) 99342.1170, (83) 98663.4900.

OOUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG
sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte,
157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
de 2018

João pessoa, 03 de agosto de 2018

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

Heytor Ramalho de Oliveira
OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341535/18

Número do Sinistro: 3180433812

Vítima: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

CPF: 081.373.094-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/04/2018

Titular do CPF: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/09/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341535/18

Vítima: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

CPF: 081.373.094-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/04/2018

Titular do CPF: HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

HEYTOR RAMALHO DE QUEIROZ : 081.373.094-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

JOSE EDUARDO DA SILVA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA