

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: VALDIR ALVES DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180527295

Vítima: VALDIR ALVES DE SOUZA

Data do Acidente: 02/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180527295**.

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

Carta nº 13585377



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180527295

Vítima: VALDIR ALVES DE SOUZA

Data do Acidente: 02/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDIR ALVES DE SOUZA

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

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13587548



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 0024/2018

Aos DEZ dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de Itabaiana-PBB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **EDUARDO DE ALMEIDA LIMA PORTELA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão Bruno César G. Monteiro, aí, por volta 10h30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

VALDIR ALVES DE SOUZA, brasileiro, natural de Itabaiana-PB, nascido em 12/10/1971, com 46 anos de idade, filho de Severino Alves e de Iracema Ferreira da Silva, RG nº 4.407.976 SSP/PB, CPF nº 133.892.364-14, residente à Rua Linda Flor, s/n, centro, Itabaiana-PB

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 02/07/2017
- 3) **Horário do fato:** 17h00min;
- 4) **Local do fato:** Sítio Cariatá, zona rural de Itabaiana-PB.
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa-PB
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** N[AP];
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** PREJUDICADO
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** SIM
- 6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

MOTOCICLETA (Honda PoP, 100, ano 2014/2014, cor preta, placa NQH3162/PB, chassi 9C2HB0210ER435360, cadastrada em nome de SEVERINO DO RAMO JÚNIOR

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

SEVERINO DO RAMO NASCIMENTO JUNIOR, SÍTIO CARIATÁ, ITABAIANA-PB

8) Breve resumo do fato:

No dia, hora e lugar, o noticiante estava na carona, vindo de Mogeiro-PB para Guarita, zona rural de Itabaiana-PB, na motocicleta acima referida, sendo conduzida por SEVERINO DO RAMO NASCIMENTO JÚNIOR; QUE quando trafegava na Vila, povoado próximo a Cariatá, Itabaiana-PB, o pneu venho a estourar, vindo a cair, e bater na cabeça, desmaiando em seguida; QUE moradores locais, chamaram o SAMU, sendo encaminhado direto, para o Hospital de Trauma em João Pessoa, no dia 02/07/2017; QUE lá chegando foi submetido a alguns exames, bem como foi submetido a cirurgia, descritos no Laudo Médico em Anexo; QUE recebeu Alta Hospitalar no dia 16/08/2017. Nada mais disse e nem lhe foi perguntado, motivo pelo qual faz a presente notificação.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

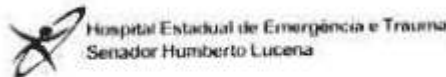
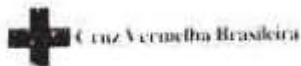
NÃO HOUVE

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão que digitei.

VALDIR ALVES DE SOUZA
Comunicante'

Escrivão
Matrícula nº 168.605-4





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

Boletim de Atendimento: 1011077



Identificação do paciente

IO 1186483	Nome VALDIR ALVES DE SOUZA	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 45 anos 6 meses 1 dia	Estado civil
Mãe IRACEMA ALVES DE SOUZA	Pai SEVERINO ALVES DE SOUZA	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	Prontuário
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo 83
		Fone Fixo 32165700
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência MOGEIRO		Tipo MUNICÍPIO
		UF PB
Email	Naturalidade MOGEIRO	CBO/R

Endereço

CEP 58375000	Município de residência MOGEIRO	UF PB	Logradouro LINDA FLOR
Número S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 02/07/2017 21:15:58	Número da pulseira 1000004685479	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 QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Re vítima de trauma. (Moto) Acidentalmente
consciente e orientado. Deixado no ar
dos seus órgãos da mucosa. Sx

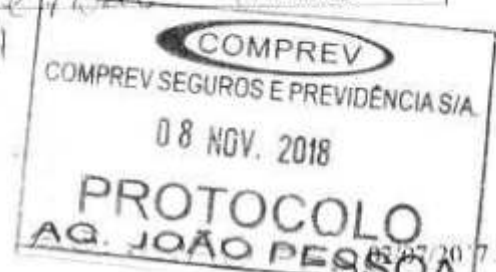
Diagnóstico

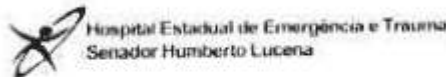
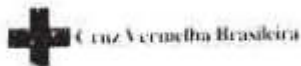
Atendido por JOSEFA BARBALHO FERNANDES	Tempo 01min 02seg
---	----------------------

Imprimir

03.07.11

Worly





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

Boletim de Atendimento: 1011077



Identificação do paciente

IO 1186483	Nome VALDIR ALVES DE SOUZA	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 45 anos 6 meses 1 dia	Estado civil
Mãe IRACEMA ALVES DE SOUZA	Pai SEVERINO ALVES DE SOUZA	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	Prontuário
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo 83
		Fone Fixo 32165700
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência MOGEIRO		Tipo MUNICÍPIO
		UF PB
Email	Naturalidade MOGEIRO	CBO/R

Endereço

CEP 58375000	Município de residência MOGEIRO	UF PB	Logradouro LINDA FLOR
Número S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 02/07/2017 21:15:58	Número da pulseira 1000004685479	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 QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Re vítima de trauma. (Moto) Acidentalmente
consciente e orientado. Deixado no ar
dos seus órgãos da mucosa. Sx

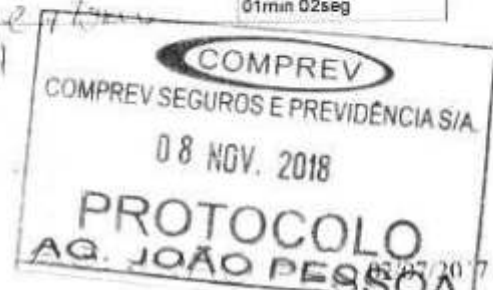
Diagnóstico

Atendido por JOSEFA BARBALHO FERNANDES	Tempo 01min 02seg
---	----------------------

Imprimir

03.07.11

Worly





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Valdir Alves de Souza
DATA DE NASCIMENTO 12/10/71
NOME DA MÃE Iracema Ferreirara da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 102924
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1011077
DATA DO ATENDIMENTO 02/07/17
HORA DO ATENDIMENTO 21:15
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) TCE com HED
CID 10 S06.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, com história de queda de moto, refere cefaléia, no momento glasgow 13, pupilas iso/foto, movimenta os 4 membros. Avaliado pela Neurocirurgia e internado para tratamento cirúrgico, evoluiu com pneumonia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX tórax, coluna cervical.
USG do abdômen total.

RESULTADOS DOS EXAMES:

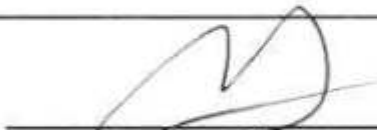
TC: HED occipito-temporo-parietal direita.



TRATAMENTO:

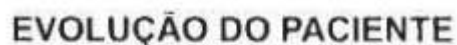
Tratamento cirúrgico de hematoma extradural + DVE (realizado em 03/07/17). Traqueostomia (realizado em 28/07/17). Antibioticoterapia para pneumonia.

ALTA HOSPITALAR: 16/08/17
DATA DA EMISSÃO: 07/11/17

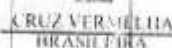

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

Fr 87
PA 172270
SD 1468
Soluç. SD
101 Soluções
Clareira de





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 NOV. 2018
PROTOCOLO
AQ. JOAO PESSOA



Ino B

NOME DO PACIENTE

Waldin

[illegible]



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Federal de Especialidades - Triângulo
Serviço de Radiologia - R0004GOVERNO
DA PARAIBAINTERNO, S/N -
CNEC, 454516 - Tel.Impresso por: ORLANDO
RODRIGUES SANTOS
Em: 09/08/2017 08:55:22

Paciente VALDIR ALVES DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1011077	Data/Hora Entrada 02/07/2017 21:15:58	Data da Seta
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 45	Sexo Masculino	CNS 898005197250803
Tempo de Internação 1m 4d 7h 20min	Convenio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ORLANDO RODRIGUES SANTOS - 09/08/2017 08:55:22)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

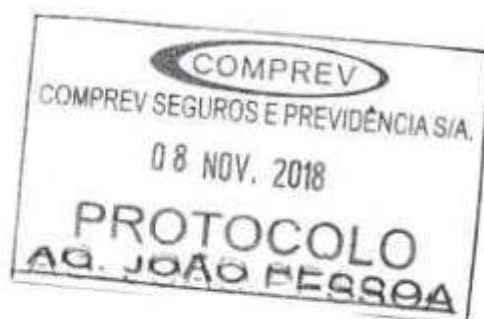
paciente procedente da UTI

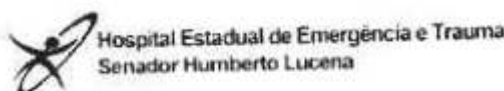
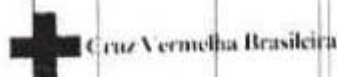
TC DE CRÂNIO INICIAL: HEMATOMA EXTRADURAL OCCIPITO-TEMPORO-PARIETAL A DIREITA.

SUBMETIDO EM 23/07/2017 A DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRADURAL, APRESENTANDO BOA EVOLUÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO. EXAME DE CONTROLE NO PÓS-OPERATÓRIO: SEM DESVIO DA LINHA MEDIA, CISTERNAS DA BASE LIVRES, ÁREAS DE REABSORÇÃO DE HEMATOMA EM SÍTIO OPERATÓRIO.

09/08/17 na enfermaria consciente, orientado, traqueotomizado, secretivo.
leuco 12900, cr 0.92, ur 4244.0 Na 132. urocultura ausência de crescimento,
hemo; em 25/7, staphilococcus coagulase, sensível a vancomicina.
solicito ex. laboratoriais - cultura da secreção traquealSeção: POSTO IA - ENF 4 - Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: ORLANDO RODRIGUES SANTOS

Número Conselho: 1267


 ORLANDO RODRIGUES SANTOS
 CRM-136178




AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente VALDIR ALVES DE SOUZA	BAE 1011077	Data/Hora Entrada 02/07/2017 21:15:58	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 45	CNS	Telefone de Contato (83) 32165700
Mãe IRACEMA ALVES DE SOZA	Sexo Masculino		Prontuário
Endereço LINDA FLOR, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município MOGEIRO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional IGOR NUNES DE SOUZA	Nº Cons. Regional 5858/PB
Data/Hora Classificação 02/07/2017 21:15:58		Data/Hora Prescrição 02/07/2017 21:29:56	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO. REFERE CEFALIA. SEM OUTRAS QUEIXAS. GLASGOW 15 SOLICITO EXAMES E NCR. OBSERVAÇÃO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

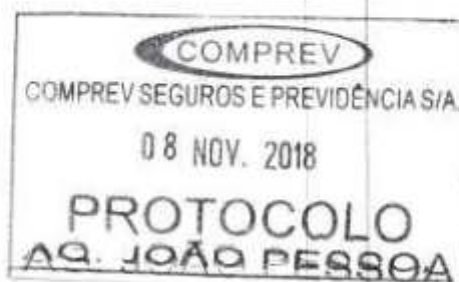
Conduta

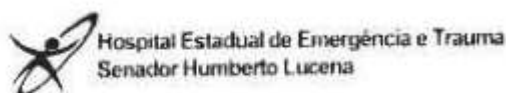
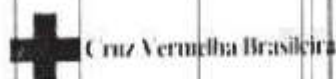
Em observação

Dr. Igor Nunes de Souza
Clínica Geral / Nível de Especialista
CRM-PB 5858

IGOR NUNES DE SOUZA
(5858/PB)

VALDIR ALVES DE SOUZA





AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	VALDIR ALVES DE SOUZA		BAE	1011077	Data/Hora Entrada	02/07/2017 21:15:58	Data Baixa
Data de nascimento	01/01/1972	Idade	45	Sexo	Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 32165700
Mãe	MARCELA ALVES DE SOUZA						Prontuário
Endereço	RUA LOR, S/N		Bairro	ZONA RURAL	Município	MOGRO	UF PB
Identificação	OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional	LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	
Hora Classificação	2017 21:15:58				Data/Hora Prescrição	03/07/2017 10:28:01	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. NO MOMENTO: GLASGOW 13, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: HED OCCIPITO-TEMPORO-PARIETAL À DIREITA. CD: SOL. EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS. SOL. SALA NO BLOCO CIRÚRGICO.

EXAME LABORATORIAL

IONOGRAMA

CREATININA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

UREIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

COAGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

ALBÚMINA TOTAL E FRAÇÕES

ALA GLUTAMIL TRANSFERASE (GAMA - GT)

PROTEÍNA C REATIVA (PCR)

HEMOSEDIMENTAÇÃO

TRANSAMINASE OXALACÉTICA (TGO)

TRANSAMINASE PIRÚVICA (TGP)

FOSFATASE ALCALINA

PROTEÍNA TOTAIS, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: E FRAÇÕES)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

Conduta

Em observação

Leonardo P. A. Matias
Neurocirurgião
CRM-PB 6018

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: VALDIR ALVES DE SOUZA BE/Prontuário: 1011077
Idade: 45 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: Parda Data: 28 / 07 / 2017
Clínica/Setor: UTI 1 EMP: LR: 18 ISOL. B
Cirurgia: TRAQUEOSTOMIA
Cirurgião: Dr. Laécio Bragante de Araújo 1º Assistente:
2º Assistente: 3º Assistente:
Instrumentador: Anestesista: O cirurgião
Tipo de Anestesia: Local + sedoanalgesia Horário: Início 11:40 Término 12:40

TCE: HED OCCIPITO-TÊMPORO-PARIETAL À DIREITA	CID
PO DE DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRADURAL	
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA	
VENTILAÇÃO MECÂNICA PROLONGADA	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
TRAQUEOSTOMIA	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição:

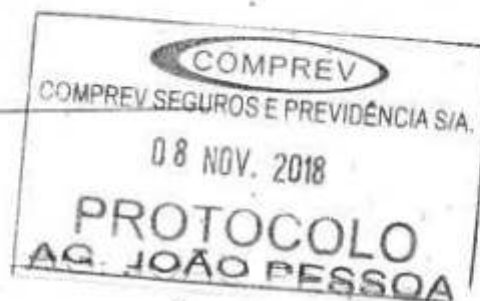
Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☐ Enfermaria ☒ Terapia Intensiva ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

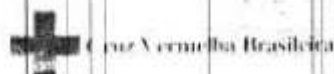
João Pessoa, 28 / 07 / 2017

Médico/CRM:

Dr. Laécio Bragante de Araújo
Terapia Intensiva
CRM-PB 3247



F(NG).ASCIR.009-1



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente VALDIR ALVES DE SOUZA	BAE 1011077	Data/Hora Entrada 02/07/2017 21:15:58	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1972	Idade 45	Sexo Masculino	CNS
Mae IRACEMA ALVES DE SOZA			Telefone de Contato (83) 988764986
			Prontuário
Endereço LINDA FLOR, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município MOGEIRO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE LOPES DE SOUSA FILHO	Nº Cons. Regional 6676/PB
Data/Hora Classificação 02/07/2017 21:15:58		Data/Hora Prescrição 04/07/2017 17:53:33	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO. NO MOMENTO: GLASGOW 13, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. TC DE CRÂNIO: HED OCCIPITO-TEMPORO-PARIETAL À DIREITA. CD. SOL. EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS. SOL. SALA NO BLOCO CIRÚRGICO.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

CEFUROXIMA 750MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 750,0 MG VIA E.V., 8/8H, COM INTERVALO DE 8/8H POR 5 DIA(S)

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), DILUIR 40,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL, DILUIR 2,0 ML

DIMETICONA 75MG/ML GOTAS, ADMINISTRAR 60,0 GOTA(S) VIA S.N.G., 6/6H

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 NOV. 2018

PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

TENOXICAN 20MG INJETÁVEL (FRASCO -AMPOLA), DILUIR 20,0 MG

EXAME DE IMAGEM

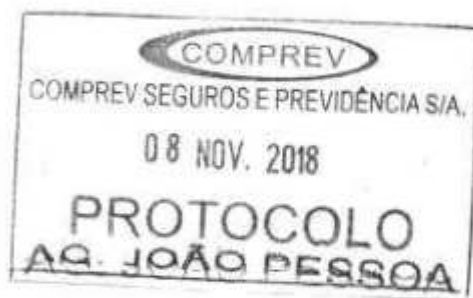
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

Conduta

Em observação

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
(6076/PB)

VALDIR ALVES DE SOUZA



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

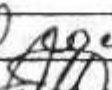
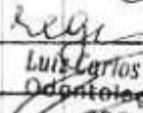
ODONTOLOGIA HOSPITALAR

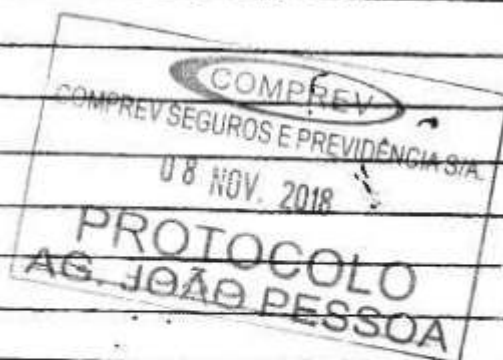
BE/PRONTUÁRIO

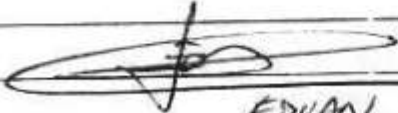
1011072

Nome do paciente

Valdier Alves de Souza

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
07/07/17	(N)	Realizado anamnese oral e exame protocolado conforme UTD  Dr. Marilene Adalberto Meigs Odontologia Hospitalar CRM 138376
17/7/17	N	Realizado o exame oral e registro protocolado conforme UTD  Luis Carlos A. M. Fernandes Odontologia Hospitalar CRM 145786



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		# EVOLUÇÃO ANESTESIA #
		# ANESTESIOLOGIA #
03/07/17		<p>Paciente grave, estável hemodinamicamente, com TOT sob VMI (PCV), sem DVA, sob sedação leve com Keppa 100mg - 3, oxigênio por máscara não reativa, apnéia, acoustics, anestesico, indutivo, e PS-ORRATOS, INTENSIVO de colocação da DVE + drenagem do hemotoma extracranial.</p> <p>No momento o DVE PROVA 3.2 e DVE fechado.</p> <p>FC: 81; PA: 122 x 70; Sat: 100%</p> <p>Concepção (2) Sinto sono espontâneo</p> <p>(2) Outros sintomas</p> <p>(3) VMI</p> <p></p> <p>EDUARDO BENEVIDES CRM 6829 - R2 ANESTESIA</p>
07.17	7:30h	<p># URPA #</p> <p># 1º DIO DVE + Drenagem do hemotoma Extracranial</p> <p>Paciente mantendo estabilidade hemodinâmica, sem uso de drogas invasivas, em VMI e sedoanalgesia.</p> <p># CD. Tratamento da DVE.</p> <p>Solicito Coarctometria Arterial.</p> <p>Falso Paciente Heming.</p> <p>Dr. Italo Araújo de Arruda Núcleo de Anestesiologia CRM 7699 CPF: 057.323.034-05</p>
		<p>COMPREV</p> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</p> <p>08 NOV. 2018</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p>

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia geral. Assepsia + antiseptia + aplicação de campos estéril, incisão frontal 2. a. 1.5 cm da glabella, ao nível da linha horizontal pupilar, preparação pré-toronal, coágulo

Incisão:

com abertura dural, guarnição ventricular, saída de LCR líquida; ressecção da hipertrofia; sutura por plano; Dexametazona 4mg intravenosa

Achados:

Reposicionamento do paciente, em decúbito lateral. Incisão craniotomia parieto-occipital. Direção craniotomia, feita uma incisão craniotomia, drenagem o hematócrito extradural; sutura

Conduta:

gesso dural; ressecção da hipertrofia; passagem de dreno por lavagem; sutura por plano

Solicitar vaga de UTI.
Não houve hemotransfusão.

Fechamento:

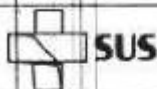
Observação:



Dr. Néuton Magalhães
Esp. em Ror e Particidin
Neurocirurgia Funcional
CNS 30742900872000

João Pessoa, 05.07.17

Médico/CRM:



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSILZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSILZ

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Valder Aluis de Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO

11077

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc

1

Fem

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

18 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA ADULTO

LOT 018A SM 05 REF DVEA2 CE
Lote N.º Série N.º Catálogo 1023

N.º ANVISA 10166360078

HP BIOPROTESES - www.hpbio.com.br - tel 55 11 3853.7625

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 NOV. 2018
PROTOCOLO
19.10.18 PESSOA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

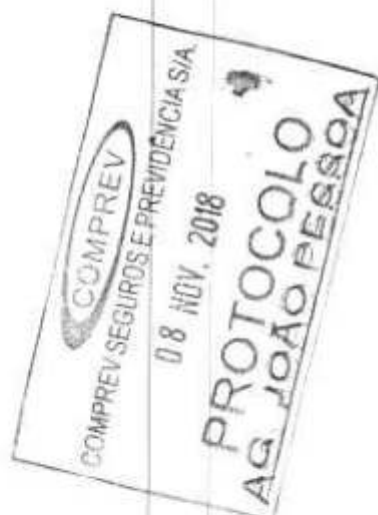
**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
2/2

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - QTD
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - QTD
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - QTD
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - QTD
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - QTD
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - QTD
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - QTD
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - QTD
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - QTD
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - QTD
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - QTD
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - QTD
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - QTD
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - QTD
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - QTD
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - QTD

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)



PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

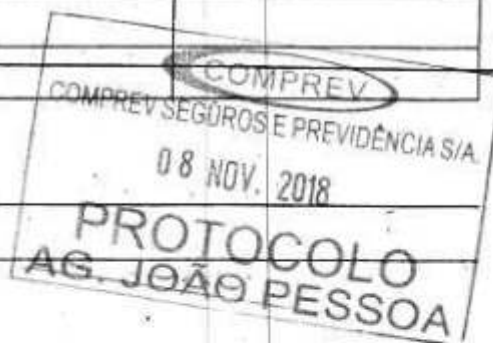
AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Nome: Salvin Alvaro de Souza BE/Prontuário: 1011077
 Idade: 45 Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 03/10/2017
 Clínica/Setor: NCR EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Trat. cirúrgico de hematoma extradural + DVE
 Cirurgião: Dr. Francisco Newton O. Magalhães 1º Assistente: Dr. Leonardo
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dra. Elymar
 Tipo de Anestesia: Genol. Horário: Início 11:30 Término 15:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Hematoma extradural</u>	
<u>Hidrocefalia pós-traumática</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Trat. cirúrgico de hematoma</u>	
<u>extradural</u>	
<u>DVE</u>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____
 Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 () Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Newton Magalhães
 Esp. em Dor e Parkinson
 Neurocirurgia Funcional
 CRM PE 5916 / CRM PE 15508
 CME 207429008720007

João Pessoa, 03/10/2017

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia geral, assepsia + antistrepia + opórtico de campo anterior, incisão frontal de 2,5 cm da glabella, ao nível da linha trípupilar, preparo pré-cirúrgico, coágulo

Incisão:

com abertura dural, punção ventricular, saída de LCR líquida; retirada da hemorragia; sutura por planos; Dexamet. DUE fechada.

Achados:

Reposicionamento do paciente em decúbito lateral. Incisão craniotomia parieto-occipital direita craniotomia; para uma fratura comi-
nativa; drenagem o hemorragia extradural, pus

Conduta:

punção dural; retirada da hemorragia, passagem de tubo gortovac 3.2; sutura por planos

Solicitar vaga de UTI
Não houve hemotransfusão

Fechamento:

Observação:



Dr. Nêuton Magalhães
Esp. em Bor e Parkinson
Neurocirurgião Funcional
CRM PB 5814 / CRM PE 15508
CNS 20742900872000

João Pessoa,

03/07/17

Médico/CRM:

8

135KRA
CIRCULANTE
Mário do Socorro Silva
de Enfermagem
M-FEN 185009

Nota de Sala Cirúrgica

TABLE 1. ASCE 0.1-2



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGEIRO

NOME:

ENDEREÇO

[illegible]

DATA:


RECEIVED / ENF ENVELOPE

Gente cuidando da gente

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 NOV. 2018
PROTOCOLO
AS. JOÃO PESSOA

para com o mesmo
no dia seguinte a qual
foi realizada no mesmo
momento e assim

para os traqueis.
O mesmo. Início da cor-
reção da função cor-
dão da língua.

Assinatura

Assinatura de 20/11/18

 Dr. Marcelo S. de Carvalho
Médico
CRM: 8597 PB
CNS 980016292189248





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

4.407.976

DATA DE EXPIRAÇÃO

13/12/2015

NOME

VALDIR ALVES DE SOUZA

FILIAÇÃO

SEVERINO ALVES
IRACEMA FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

ITABAIANA-PB

DOC. CIVIL

NASC. N. 6935 FLS. 133 LIV. 15
CARTÓRIO ITABAIANA-PB
133.892.364-14

DATA DE NASCIMENTO

12/10/1971

Marcelo A. B. Lima Jr.
Chefe do Núcleo de
Identificação

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 NOV. 2018

PROTOCOLO

AA. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221421507
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD. RENAVAM PRT 20170300007516-4 EXERCÍCIO
1 0099647457-9 00/00000000 2017
NOME

SEVERINO DO RAMO N JUNIOR

CPF / CNPJ 05170298471 PLACA NQH3162/PB

NOVO PB 9C2HB0210ER435360

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. GASOLINA

HONDA/PCP100 2014 2014

2 P/97 /CI PARTIC PRETA

00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 07/07/2017

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

ITABAIANA-PB

10/07/2017
16055

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221421507 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEVERINO DO RAMO N JUNIOR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

05170298471 www.seguradoralider.com.br NQH3162/PB
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 10/07/2017

SEVERINO DO RAMO N JUNIOR

RENAVAM MARCA / MODELO

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI

1 05170298471 NQH3162/PB

00996474579 PREMIO TARIFARIO

FNG (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

2014 9 9C2HB0210ER435360

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL LÍQUIDO DO SEGURO (R\$)

***** PAGAMENTO SEGURO P A G O

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.808/0001-04

16055-1606161-20170710

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 NOV. 2018

PROTOCOLO
AB JOÃO PESSOA

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

NOME
 SEVERINO DO RAIMO NASCIMENTO JUNIOR

IDENTIFICAÇÃO / DATA DE EMISSÃO
 3001405 SSP PB

CIT
 031 702 868-71 DATA DE EXPIRAÇÃO
 25/02/1992

ENDEREÇO
 SEVERINO DO RAIMO
 NASCIMENTO
 MARIA LUCIA BARBOSA
 NASCIMENTO

PERMISSÃO
 ACE CADEIA
 A

CPF
 03877519879

DATA DE NASCIMENTO
 26/12/2021

DATA DE EXPIRAÇÃO
 06/07/2006

VALIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1405289546

PERMISSÃO PLACARDAS
 1405289546

DATA DE EMISSÃO
 26/12/2016

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB

58454568264
 78033820660

DETRAN PB (PARAIBA)

Dona da moto

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 08 NOV. 2018
 PROTOCOLO
 AB JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407349/18

Vítima: VALDIR ALVES DE SOUZA

CPF: 133.892.364-14

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDIR ALVES DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO : 064.776.614-03

Documentos de identificação
Procuração

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: 08/11/2018
Nome: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO
CPF: 064.776.614-03

VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS