

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180593889**

**Vítima: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**

**Data do Acidente: 18/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RODOLFO NOBREGA DIAS**

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

**Senhor(a), NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180593889**

**Vítima: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**

**Data do Acidente: 18/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RODOLFO NOBREGA DIAS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180593889**

**Vítima: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**

**Data do Acidente: 18/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RODOLFO NOBREGA DIAS**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

081.010.264-10

Nome completo da vítima:

Natércia Alves Sílvia Bostos

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

Nome completo:

Natércia Alves Sílvia Bostos

Profissão:

moto boy

Endereço:

Rua Valério Morello Brondum

CPF:

081.010.264-10

Bairro:

Jacaré - Cidade Universitária

Cidade:

João Pessoa

Número:

917 apt. 203

E-mail:

veredobrand@hotmail.com

CEP:

58092-200

Tel.(DDD):

83) 98825-7033

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS CADASTRAIS

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

4571

3

CONTA: 8058

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

INVALIDEZ PERMANENTE

Local e Data: 18/12/2018

Nome:

CPF:

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: *REV PRÉVIE ENCIA S. J.*

CPF: *18 DEZ 2018*

2º | Nome: *PROTÓCOLO*

CPF: *1040 PECORA*

Assinatura: *Assinatura*

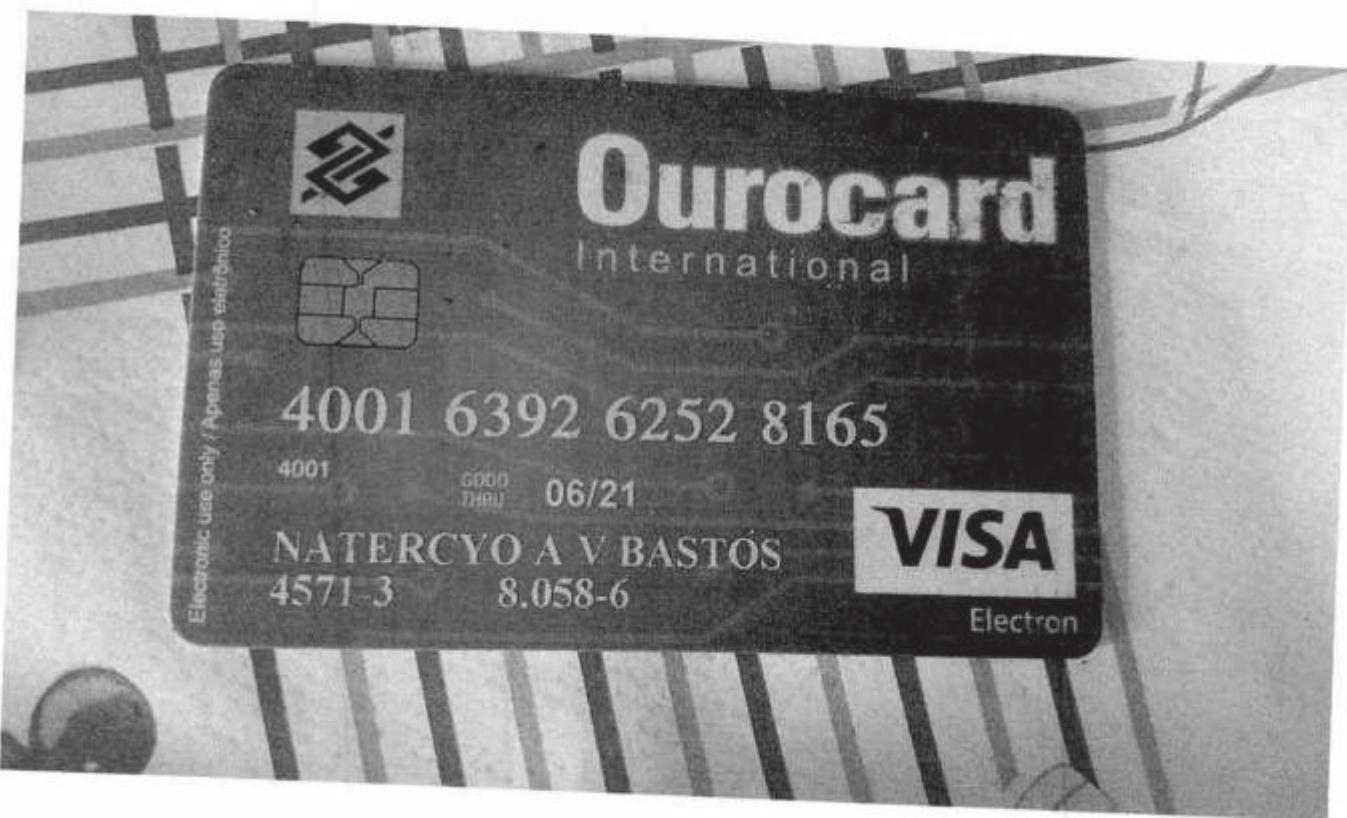
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

MORTE





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02229.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02229.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:07 horas do dia 19 de novembro 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 Cássio Assis Espindola, Escrivão de Polícia, matrícula 1551159, ao final assinado, compareceu **LUCINETE ALVES DA SILVA**, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria Araújo da Conceição e Natercio Alves da Silva, natural de São Bento/PB, nascido(a) em 12/04/1965 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Walfredo Macedo Brandão, Nº 417, complemento apto 203, bairro Jardim Cidade Universitária, tendo como ponto de referência Igreja Betel do Bancários, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 99648-8874.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Próximo Ao Viaduto Localizado Ao Lado do Banco Bradesco, da Avenida Epitácio Pessoa-pb, João Pessoa/PB, bairro Tambauzinho; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/10/17 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

é a genitora de NATERCYO ALVES VIANA BASTOS, Cpf.: 081.010.264-10, e vem informa que no dia 18.10.2017, por volta das 19h, seu filho conduzia o veículo HONDA /NXR 160 BROZ, ano 2016, de cor preta e placa OEY5442, nas proximidades do Banco Bradesco, na Av Epitácio Pessoa, não sabendo informar qual origem e destino do mesmo; que sabe dizer que nessa localidade seu filho sofre um acidente por colisão com outro veículo, o qual não sabe informar também; informa que NATERCYO ALVES VIANA BASTOS foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado com fratura de rádio distal D, e fratura de fêmur D, sendo submetido a tratamento cirúrgico de ambas as lesões, conforme laudo médico apresentado, assinado pelo médico Juan Jaime Alcoba Arce, CRM 3323/PB

**ADENDO(S):**

Que na data 19/11/2018, à(s) 11:38 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: é a genitora de NATERCYO ALVES VIANA BASTOS, Cpf.: 081.010.264-10, e vem informa que no dia 18.10.2017, por volta das 19h, seu filho conduzia o veículo HONDA /NXR 160 BROZ, ano 2016, de cor preta e placa OEY5442, chassi 9C2KD0810GR431995 nas proximidades do Banco Bradesco, na Av Epitácio Pessoa, não sabendo informar qual origem e destino do mesmo; que sabe dizer que nessa localidade seu filho sofre um acidente por colisão com outro veículo, o qual não sabe informar também; informa que NATERCYO ALVES VIANA BASTOS foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado com fratura de rádio distal D, e fratura de fêmur D, sendo submetido a tratamento cirúrgico de ambas as lesões, conforme laudo médico apresentado, assinado pelo médico Juan Jaime Alcoba Arce, CRM 3323/PB. Adendo registrado por: Cássio Assis Espindola, Escrivão de Polícia, matrícula: 1551159.

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  
Fazenda é verdade. Dá-me fé.  
*REVIDÉNCIA S/A*

18 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 02229.01.2018.1.00.420

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

CASSIO ASSIS ESPÍNDOLA  
Escrivão de Policia

João Pessoa/PB, 19 de novembro de 2018.

LUCINETE ALVES DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 02229.01.2018.1.00.420

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

081.010.264-10

Nome completo da vítima:

Natereya Alves Siana Bostos

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

Nome completo:

Natereya Alves Siana Bostos

Profissão:

moto boy

Endereço:

Rua Valério Morello Brondão

CPF:

081.010.264-10

Bairro:

Jacuípe Universitária

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

E-mail:

veredobrand@hotmail.com

Número:

917 apt. 203

CEP:

58092-200

Tel.(DDD):

83) 98825-7033

98899-9749

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

## DADOS CADASTRAIS

### RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4571

3

CONTA:

8058

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: 18/12/2018

Nome:

CPF:

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: *REV PRÉVIE ENCIA S. J.*

CPF: *18 DEZ 2018*

2º | Nome: *PROTÓCOLO*

CPF: *1040 PECORA*

Assinatura: *Assinatura*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

## INVALIDEZ PERMANENTE

## MORTE



AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1035202



### Identificação do paciente

CEP 501030	Nome <b>NATERCYO ALVES VIANA BASTOS</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 15/03/1988	Idade 29 anos 8 meses 6 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATÓLICA	Prontuário 66618
Mae <b>LUCINETE ALVES DA SILVA</b>				Pai <b>GERMANO VIANA BASTOS</b>
Endereço <b>MÉDIO COMPLETO</b>				Responsável (Parentesco) <b>EDUARDO CONRADO RAMOS - ACOMPANHANTE</b>
DDD Móvel 63	Fone Móvel 988365342	DDD Fixo 83	Fone fixo 988609316	
CPF	Número documento 08101026410	Nº Cns 208933584610005		
Local de residência <b>TAMBAUZINHO</b>				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade <b>JOAO PESSOA</b>			CBO/R

### Endereço

CEP 58052200	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB	Logradouro <b>RUA WALFREDO MACEDO BRANDÃO</b>
Número 417	Complemento		Bairro <b>JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA</b>

### Admissão

Data e Hora 18/10/2017 19:03:57	Número da pulseira <b>1000005165109</b>	Convênio SUS
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica	
Classificação de risco		Origem do paciente <b>RUA</b>
Local de acidente	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Ternura Não
Modo de transporte SAMU		Quem transportou	

### Sinais Vitais

Tensão arterial: **X** mmHg      Freqüência cardíaca: **X**      Freqüência respiratória: **X**

### Exames complementares

<b>Raio X [ ]</b>	<b>Sangue [ ]</b>	<b>Urina [ ]</b>	<b>TC [ ]</b>	<b>Liquor [ ]</b>	<b>ECG [ ]</b>	<b>Ultrasonografia [ ]</b>
-------------------	-------------------	------------------	---------------	-------------------	----------------	----------------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
**MICHEL CARVALHO BORGES**

Impresso

PREV PREVIDÊNCIA S/A  
18 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
...JOÃO PESSOA  
Tempo: 00min 01seg

## NOTA FISCAL DE PAGAMENTO



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-48 Insc. Est. 18.815.823-8

Nº 016.331.527

LUCINETE ALVES DA SILVA  
RUA WALFREDO MACEDO BRANDAO 917 APTO 203  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/211082-3

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2018	12/12/2018	102	19/12/2018	R\$ 98,36

19/12/2018 R\$ 98,36 211082-2018-12-8

LUCINETE ALVES DA SILVA  
Roteiro: 07-005-817-6520  
83640000000-3 98360149000-3 02110822018-3 12800005019-4



RODOLFO NOBREGA DIAS  
RUA RODRIGUES DE AQUINO, 144 / SL 101 - CENTRO  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AD: 1)

Emissão: 11/09/2018 Referência: Set / 2018

Classe/Subclasse: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONOAGLOR 07-25 - Crédito Redentor: João Pessoa / PB - CEP 58011-600  
CNPJ/08 085.182/0001-40 Inscrição Estadual: 16.015.822-0  
Roteiro: 5-1-37-980 Número de Medidor: 0008478128

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°012.129.479  
Cód. para Débito Automático: 08004428254

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAMI
Set / 2018	11/09/2018	10/10/2018	102.141.142-6 insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/642825-4

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias				
Date	Lectura	Date	Lectura					
13/09/18	17048	11/09/18	17207	1 158 29				
<b>Demonstrativo</b>								
CCN - Descrição	Quintuplicado	Vazão Baseada	Ang. Incr(%)	Base Calc. Pct(%)	Custo (R\$)			
		Total(R\$)	(CMSE/R\$) X 100	Pct(Custo/R\$)	(Pct(Custo/R\$) X 0,7164%)			
0801 - Consumo em kWh	158.000 0,759420	119.83	119.82 25	26,95	119.83 0,95 4,45			
0801 Adic. S. Vermelha		11.20	11.20 25	2,90	11.20 0,09 0,41			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA	7,06	0,00	1	0,00	0,00 0,00 0,00			
CCN - Código de Classificação do item								
TOTAL	129.98	101.08	22,75	121,03	1,05 4,89			

Média últimos meses (kWh) 186 VENCIMENTO 11/10/2018 TOTAL R\$ 138,89

Histórico de Consumo (kWh)  
228 | 216 | 198 | 217 | 77 | 192 | 216 | 192 | 182 | 188 | 179 | 158 | 177  
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO A: 2732.97cf.24d1.5039.555c.917e.6916.bfcf.

7/2018 - João Pessoa		
Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIANNUAL	0,00	NOMINAL
DIS TRIMESTRAL	10,15	220
DIANUAL	20,20	
DIANNUAL	3,28	
FIC TRIMESTRAL	8,72	CONTRATADA
FICANUAL	12,45	LIMITESUPERIOR
DMG	2,98	220
DICRI	1,44	LIMITEinferior

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição	30,14	21,71
Compra de Energia	34,47	24,30
Serviço de Transmissão	4,89	3,37
Encargos Setoriais	7,13	5,19
Impostos Diretos e Encargos	46,52	33,48
Outros Benefícios	0,00	0,00
Total	136,99	100,00

Resposta Tensional-Vigência: SEL/P 2428-Baixa Tensão 15,41% Médio  
Resposta Tensional-Vigência: SEL/P 2428-Alto Tensão 16,70% Médio

18 DEZ. 2018 Faturas em atraso

PROTOCOLO  
- AVISO PESSOA

PARÁBA  
Roteiro: 5-1-37-980  
Matrícula: 842825-2018-09-5  
VENDEMOS 98 TOTAL R\$ 138,89  
83650000001-0 38890149000-2 08428252018-4 09500001019-9

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rodolfo Nóbrega Dias inscrito (a) no CPF sob o Nº010.219.114-26, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Natércia Alverziana Bento inscrito (a) no CPF sob o Nº081.010.269-10, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Natércia Alverziana Bento, inscrito (a) no CPF sob o Nº081.010.269-10, 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 à Seguradora Lider-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	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Rodrigues de Aquino</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>761</u>	<u>apto 1018102</u>
Bairro <u>Centro</u>		Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013030</u>
Email <u>rodeljorval@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(83)988257033</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)988689700</u>	

João Pessoa, 17 de dezembro de 2018

Local e Data

Rodolfo Nóbrega Dias

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Germânia Soares Fernandes,  
RG nº 2928907, data de expedição 09/09/2018  
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 085.750.154-27, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Fábio Silveira Leme, nº 462  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
víma Natiray Alverziana Botelho o condutor era  
Natiray Alverziana Botelho.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda / NXR 160 Bros ESDD  
Ano: 2016/2016.  
Placa: O EY 5442 IPB  
Chassi: 9C2KD0810GR431995.  
Data do Acidente: 18/10/17

Local e Data: João Pessoa 17 de dezembro de 2018.

 Decarlinto  
10º Ofício

Germânia Soares Fernandes  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Rua Fernanda Luisa Marques dos Santos, 21 - Jardim Oceania  
João Pessoa - PB - CEP: 58011-090 - Fone: (83) 3226-1000  
email: oficio@decarlito.com.br | SAC: 0800 280 0000  
Tribunal: Núcleo Atendimento



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) da(s).....

GERMÂNIA SOARES FERNANDES.....

.....

Em test, da verdade, João Pessoa-PB 06/12/2018 11:00:00

LEANDRO DUARTE DOS SANTOS - Escrevente

[2018-093034]ENOLAR R\$ 0,48 FAPPENR\$ 0,28 FEPJF R\$ 0,20 IPI R\$ 0,00

SELO DIGITAL: AHM42819-2MDY

Confira a autenticidade em <https://eprotocolo.decarlito.com.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Natercio Viana Alves Bastos

DATA DE NASCIMENTO 15/03/88

NOME DA MÃE Lucinete Alves da Silva

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 66616

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1035202

DATA DO ATENDIMENTO 18/10/17

HORA DO ATENDIMENTO 19:03

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de rádio distal D e fêmur D.

CID 10 S52.5 S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando fratura fechada do fêmur direito, deformidade em punho direito, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Rx coxa D, punho D

USG(fast)

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX:fratura de rádio distal D, fratura de fêmur D

### TRATAMENTO:

Tração esquelética transtibial direita (realizado em 18/10/17). Tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal D (realizado em 06/11/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur D (realizado em 09/11/17).

ALTA HOSPITALAR: 11/11/17

DATA DA EMISSÃO: 26/06/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



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: 1035202



## Identificação do paciente

ID 501030	Nome NATERCYO ALVES VIANA BASTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 15/03/1988	Idade 29 anos 7 meses 3 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 66616
Mãe LUCINETE ALVES DA SILVA				Pai GERMANO VIANA BASTOS
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988365342	DDD Fixo 83	Fone Fixo 988609316	
Tipo documento CPF	Número documento 08101026410		Nº Cns 206933584610005	
Local de procedência TAMBAUZINHO			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

## Endereço

CEP 58052200	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RUA WALFREDO MACEDO BRANDÃO
Número 417	Complemento		Bairro JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA

## Admissão

Data e Hora 18/10/2017 19:03:57	Número da pulseira <b>1000005165109</b>	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 VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

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

## Sinais Vitais

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

## Exames complementares

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

Paciente vítima de queda de moto  
M5D e M1D

Tratado por S. M. Fávaro  
Enfermeiro  
COREN-PB 132234

Diagnóstico  
osteos 6/11

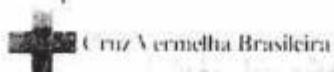
Atendido por  
MICHEL CARVALHO BORGES

RC  
FA (ch)  
Rx

18/10/17 19:03:57

Printed 18/10/17 19:03:57 by S. M. Fávaro  
Tempo 01min 01seg

PROTÓCOLO  
18/10/17 19:03:57  
S. M. Fávaro  
RC  
ID  
VA  
Tempo  
01min 01seg



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Impresso por: PEDRO  
HENRIQUE GUTIERREZ  
VARGAS FREITAS  
Em: 06/11/2017 10:47:24

Paciente <b>NATERCYO ALVES VIANA BASTOS</b>		Boletim de Atendimento 1035202	Data/Hora Entrada 18/10/2017 19:03:57	Data/Hora Saída
Data de nascimento 15/03/1988	Idade 29	Sexo Masculino	CNS 206933584610005	Prontuário 66616
Tempo de Internação 18d 10h 28min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

## **EVOLUÇÃO MEDICA (PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 06/11/2017 10:47:24)**

### **EVOLUÇÃO**

#### **DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

**POI DE FRATURA DE RADIO DISTAL SEM INTERCORRENCIAS.SEGUE AOSCUIDADOS PÓS ANESTESIA**

**Seção: HTOP - ENF 04 Leito: 0001**

**Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS**

**Número Conselho: 10575**

*Dr. Pedro H.  
Medicina  
Ortopedia e  
Traumatologia*

*SUAPREV PREVIDÊNCIA S/A*  
**18 DEZ. 2018**  
**PROTÓCOLO**  
**ENTRADA PESSOA**



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

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

Número: 10405 Paciente: Lucas Bento  
Paciente: Lucas Bento Procedimento: Tx cir. tatuagem soliciada  
SUS:  Não SUS:   
Médico: Dra. Fernanda Alencar; Bruno Tonello; Dr:

DISPENSAÇÃO CME			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS
<i>SAC</i>	Cx 4,5 Bloqueador		
<i>SAC</i>	Bloco de 4,5 mm	01	
<i>Acres</i>	bloco de 4,5 mm	01	
<i>3813-402-4212-441</i>	bloco de 4,5 mm	08	
<i>Acres</i>	acessorios n° 3612	03	

**Assinatura do(a) Funcionário(a)**

 ASSINATURA ENFERMAGEM - CORE

ASSINATURA DE SISTEMA RESPONSÁVEL

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>AIOP</i>			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>AIOP</i>			4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Natemayo Alves Viana Bastos</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>1035203</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ / /</i>	9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE <i>ODD</i>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
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
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL      31-QTDE		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL      34-QTDE		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL      37-QTDE		
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>				
<p><i>cx 4,5 Blauecart.</i></p> <p><i>Pacc b la quecach. 4,5 14 pmes (ad)</i></p> <p><i>Transfusões de Erycúcio n° 3613 - 38/3</i></p> <p><i>40/2 - 42/2 - 44/1</i></p> <p><i>Transfusões contínuas n° 3612.</i></p> <p><i>Agulha dc</i></p> <p><i>Elogio à 500</i></p> <p><i>(ad)</i></p>				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>09/11/17</i>		
41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>COMPREV PREVIDENCIA S/A</i>	43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Arão S. de Alencar</i>	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR      46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>PROTÓCOLO</i>		
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>COMPREV PREVIDENCIA S/A</i>	49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>PROTÓCOLO</i>	



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

*G*



HOSPITAL

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: notem o Alvo para BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 09/11/17  
 Clínica/Setor: Ortoped EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Tretemento cirúrgico de Fratura de Triplex Fíbro  
 Cirurgião: Dr. Arão 1º Assistente: Dr. Bruno  
 2º Assistente: Dr. Lanni 3º Assistente: Dr. Pedro Pachá  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>(1) Fratura Triplex do fíbro (2)</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>O Tretemento cirúrgico de Fratura de Triplex Fíbro (3)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim ( )Não Descrição: \_\_\_\_\_

*SUPREV PREVIDÊNCIA S/A*

*18 DEZ. 2018*

*PROTÓCOLO*

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

Dr. Pedro Romão Lantos

Médico  
CRM-PB-9799

João Pessoa, OB 115

Médico/CRM: \_\_\_\_\_



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



SBT

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Paciente em DPOF com osteosíntese
- Aspiração + esterilização
- Afastamento de tecidos e vias de sangramento

### Incisão:

- Fórmen longitudinal lateral no lado (L)

### Achados:

- Fratura Diáfise do Femur (D)

### Conduta:

- Dissecção + Hemostase contínua
- Visualização direta dos focos de fratura
- Retirada de todos os ossos (6 a 10) e fragmentos ósseos e parciais contínuos
- A pediculação da fratura com 300 cm de ligamento direto
- Fixação direta com 3 fios de 14 furos.
- Revisão de hemostase

### Fechamento:

- Fechamento com náilon
- Sutura túnica muscular
- Fito - x controlado

REV PREVIDÊNCIAS/A

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO

OPERAÇÃO

### Observação:

Romão Dantas  
Médico  
1979

João Pessoa, 09/11/17

Médico/CRM:

F(NG)ASCIR.009-1

**Nota de Sala Cirúrgica**

NOME DO PACIENTE:		Netencio Alves Vicente Bastos		
IDADE:	39	SEXO:	ME	ENFERMARIA:
CIRURGIA:	Fratura diafise do fêmur (1) + TAC C.I. - Reta Rock et al. - Tensão alta			
CIRURGÃO:	Dr. André ALD - Dr. Luciano J. Lautti - Dr. Bruno Fornes / etc.			
ANESTESIA:	Rágico - Bloqueio			
ANESTESISTA:	DRS. Camila Portela			
INSTRUMENTADOR:	Rodrigo (entolite)			
DATA:	09/11/17	TÉMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:	15:00	CIRURGIA: INÍCIO: FIN:
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)				
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
ALFENTANILA		JELCO Nº18	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº
CETAMINA	1	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK	FIO DE NYLON Nº
FENTANILA	1	PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº23
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº24
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.
LIDOCAYNA C/VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0
LIDOCAYNA S/VASO *		AGULHA 25X07	1	LUVA ESTÉRIL Nº7,5
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08	1	LUVA ESTÉRIL Nº8,0
MORFINA	1	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	1	SCALP Nº21
ROCLURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML
SEVOFLURANO		ALGOBÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	OK	SERINGA 10ML
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10
ÁGUA DESTILADA	OK	CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12
ATROPINA		CATETER EMBOLEO ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14
DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA
Efedrina		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	SONDA URETRAL Nº
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
LIDOCAYNA GELÉIA		ELETRODOS	OK	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	1	FIOS
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK	QTD.
<i>Clomidina</i>		GAZES	OK	( ) ASPIRADOR
		GAZES ALGODoadas	OK	( ) BISTURI ELÉTRICO
		GEL ELETROLITICO	OK	( ) CAPNÓGRAFO
		JELCO Nº14	OK	( ) CÁRDIOMONITOR
		JELCO Nº16		( ) DESFIBRILADOR
<i>Laparota de</i>				( ) FOCO AUXILIAR
<i>Bloqueio L 100 (03)</i>				( ) FOCO CENTRAL
<i>Spine block 4,5</i>				( ) MICROSCOPIO
<i>Spine block 4,5</i>				( ) OXIMETRO DE PULSO
<i>Spine block 4,5</i>				( ) P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
<i>Spine block 4,5</i>				( ) PERFORADOR ELÉTRICO
<i>Spine block 4,5</i>				( ) SERINGA
<i>Pancavas dentais nº 36/2</i>				CIRCULANTE

# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/11/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <i>Natércio Alves Viana</i>	SEXO: M	COR:	IDADE: 29	
PRESSÃO ARTERIAL PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES NO	PRONTUÁRIO, CHECADOS			
AP. RESPIRATÓRIO EUPNEICO		AP. CIRCULATÓRIO ESTÁVEL		
AP. DIGESTIVO <i>Jesum</i>	ESTADO MENTAL A.O.T.E.	DROGAS EM USO	VPM	ESTADO FÍSICO (ASA)
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA				II
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				
CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR				
CIRURGIÃO: Dr. Arão	AUXILIARES: <i>Tauri Moreno</i>			
INÍCIO DA ANESTESIA 15:00	TÉRMINO DA ANESTESIA 18:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA 3h 30'		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS		
ANESTESISTA Drs. Camila + Dr. Engesa		CRM-PB		



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TECNICA: RODOLFO FEMORAL - Foi um DDAH, monitorizado, com anestesia local, biventilador e intubação endotracheal. Local de procedimento: cirurgia ortopédica.					
LÍQUIDOS Volume em ml:	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				
GLICOSE	1. MIDAZOLAM 5mg + 2+1+2 = 10mg	18 DEZ. 2018			
NACL	2. FENTANIL 100 mcg				
SANGUE	3. NOVA BUPIVACAÍNA ELVASO 0,5% 100mg				
RRINGER	4. NARCOCANA 1000mcg				
TOTAL	5. MORFINA 60 mcg				
DESTINO DO PACIENTE	6. CLONIDINA 45 mcg	Protocolo			
<input type="checkbox"/> APT*	7. CEFAZOLINA 2g	Anestesiologista CRM-PB 5877			
<input type="checkbox"/> UTI	8. DEXAMETASONA 10 mg				
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	9. OXONSETRONA 8mg				
	10. ETAMINA 20+20+10= 50mg EV				

COMENTÁRIOS IMPORTANTES:  
Durante a artroscopia femoral, encontrou-se estenose com neuromuscular + agulha de bloquio A25, usadas de (3). ANESTESIA: Pcto ventral, abd cateter venoso, lata oxigênio local, pulmão lombor mediast. com agulha Quincke 26G, ACRI. Têm píde, normotensão, administração de (4) + (5) + (6).

ASSINATURA DO ANESTESISTA:



SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		Folha 1/2						
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				2 - CNES						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>Atrop</i>				4 - CNES						
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>Hosp</i>										
<b>Identificação do Paciente</b>				6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>1035202</i>						
5 - NOME DO PACIENTE				7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO / /	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3				
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Natereyo Alves Viana Santos</i>				11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE, MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP	
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>										
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>										
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				
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>										
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL						
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>										
<p>01 placa em "T" 4x4            01 parafuso espinho n. 20            01 parafuso aberto n. 26            01 parafuso contorcido n. 16            01 parafuso contorcido n. 22</p>				<p>CX. 3,5 fm            01 agulha evide encapaz            18 DEZ. 2018  <b>PROTOCOLO</b></p>						
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO						
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				41 - DOCUMENTO						
				42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						
				43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO SONSELHO)						
<b>AUTORIZAÇÃO</b>										
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR						
				46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO						
47 - DOCUMENTO				48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						
				49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)						



# RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTHIL

Nome: Isabela Alves Viana Bastos BE/Prontuário: 1035202

Idade: 29 Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 06/11/17

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal

Cirurgião: Dra. Steffensen 1º Assistente: Dra. Gustavo

2º Assistente: Dra. Andressa 3º Assistente: Dra. Milton

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dra. Romilda

Tipo de Anestesia: Bloqueio Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de rádio distal</u> <input checked="" type="checkbox"/>	

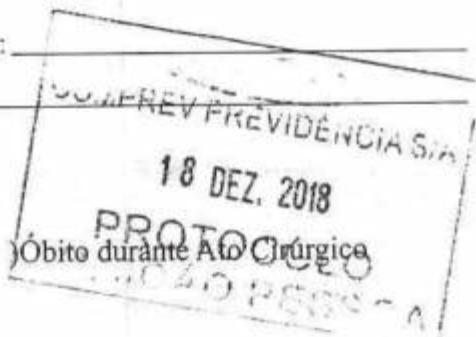
Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal</u>	

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, 06/11/17

Médico/CRM: J. Lopes

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA		
Posição e Preparo:	Paciente em TDDV sob anestesia Assepsia e antiasepsia Colocação de campos cirúrgicos Passagem de garrote em T.S.D.	
Incisão:	Via de acesso volar ao punho Dissecção e dissecação por plumbos	
Achados:	Fratura de rádio distal direito em processo de consolidação (~ 20 dias de fratura) + cominuição	
Conduta:	Redução direta da fratura com auxílio de escopos Fixação e estabilização da fratura com placas em TCB 3x3 furos + 2 parafusos corticais + 2 parafusos expacos. Limppeza com SF	
Fechamento:	Sutura por planos Retirada do queimado (~ 1h30 de cirurgia) Curativos estériles Rx de controle	
Observação:	PREV. PREVIDÊNCIAS S/A 18 DEZ. 2018 PROTOCOLO 06/11/10 JOÃO PESSOA	

Médico/CRM:

Dr. Pedro Henrique Freitas  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 101577

João Pessoa, 06/11/10

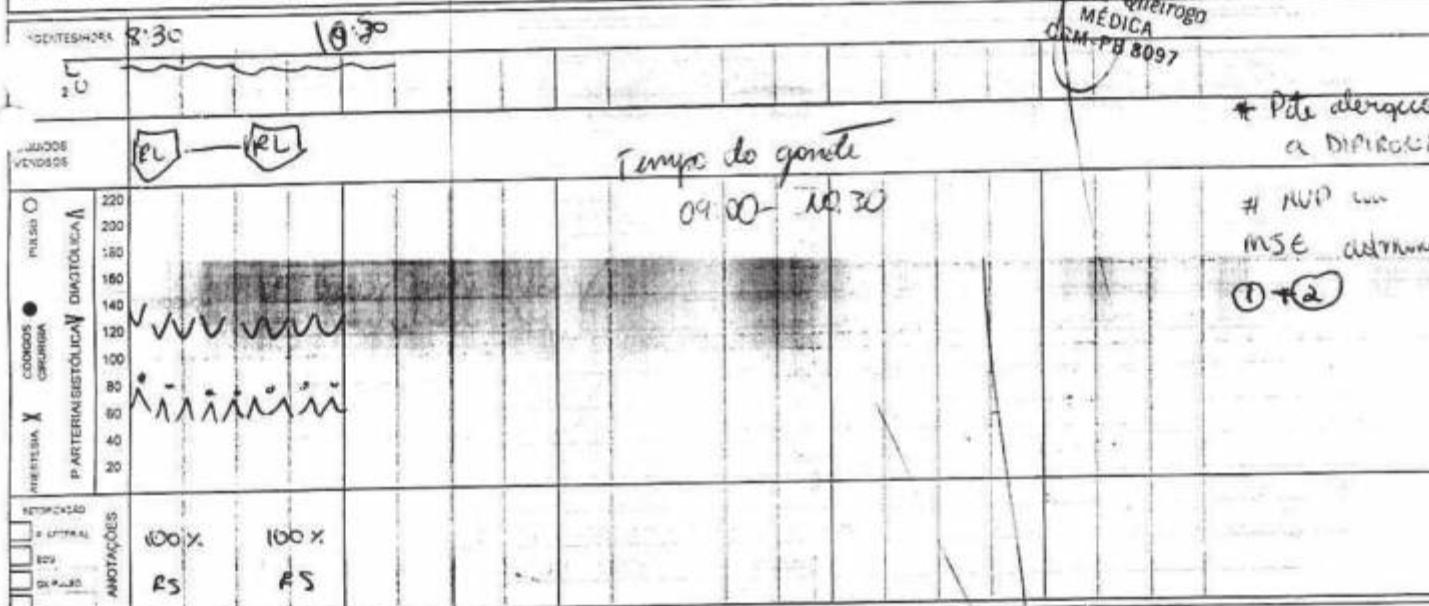
## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 06/11/12

PRONTUÁRIO: 1033202

RECITAL

PACIENTE: <i>Natércio Alves Júlio Batista</i>	SEXO: M COR: IDADE: 29		
PRESSÃO ARTERIAL PULSO 85	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES	NO PRONTUÁRIO, CAC, CADOS		
AP. RESPIRATÓRIO LUPACIO		AP. CIRCULATÓRIO ESTAB	
AP. DIGESTIVO Jejun	ESTADO MENTAL L.O.T.C.	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO			ESTADO FÍSICO (ASA)
DOSE/HORA			I
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FRATURA DE PUNHO DIREITO (Rotolo Roto)		
CIRURGIA REALIZADA Tto CIRÚRGICO DE FRATURA DE PUNHO DIREITO (Rotolo Roto)			
CIRURGIÃO Dr. faxon	AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA 8:30	TÉRMINO DA ANESTESIA 10:50	DURAÇÃO DA ANESTESIA 140 min	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS	
ANESTESISTA Dra CAMILA	CPF	CRM-PB	<i>Camila Oliveira CRM-PB 8097</i>



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

Pte em DGu, monitorizada, sedo estetico suave, fute axilar e contínua por

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	MIDAZOLAM 4 mg	11
2	FENTANIL 100 µg	12
3	MIVAMPACETAMOL 200 mg	13
4	LIDOCARINA 5/VAISO 20 ml	14
5	AGUA DESTILADA 10 ml	15
6	CEFAZOLINA 2g	16
7	Desmetomidina 100 µg	17
8	Glicopropeno 100 µg	18
9	Ketamine 500 µg	19
10		20

18 DEZ. 2018

PROTÓCOLO

... NÃO PESSOA

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Bloqueio do plexo laringeal por via intercostal com axilar com agulha de bloqueio A 100 + neuromonitorador, níveis de 3 + 4 + 5. Sem intercorrências.

ASSINATURA DO ANESTESTISTA:

F.(NG)ASCR.029-1

## **Nota de Sala Cirúrgica**

6

NOME DO PACIENTE:		Natereyo Alves Viana Santos		1035202		
IDADE:	294 BE	PRONTUÁRIO:	ENFERMAGIA:	LEITO		
CIRURGIA:	Trat-cp. fract. radio distal (MSD) >					
CIRURGÃO:	Dr. Steffensen					
ANESTESIA:	bloqueio de plexo					
ANESTESISTA:	Dr. Jose + Bouulta					
INSTRUMENTADOR:						
DATA:	06/11/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO	08:30	CIRURGIA: INÍCIO: 10:00'		
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
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 Nº18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N° 30	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	1	PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA N° 20	1
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	1	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	1	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	PT	
LIDOCÁINA C/ VASO	1	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	1	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCÁINA S/ VASO	1	AGULHA 25X07	PT	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	□	FIO POLIGLECAPRONE N°
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA N°
MORFINA		AGULHA 40X12	PT	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDIÁCA
NIMBUIM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS <u>GORROS</u>	□	CATETER DE PIC
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP N°19 <u>Propri</u>	□	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	1	FIO STEINMAN N° 1,5
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM <u>Zan</u>	PT	SERINGA 10ML	□	FIO STEINMAN <u>Como g</u>
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	PT	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°		
ADRENALINA		CÂNULA PI TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA	PT	CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA <u>2g</u>	1	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPRORINA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais N° 39
EFEDRINA	1	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais N° 16
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	PT	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSOS N° 20
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRRNHA	1	PARAFUSOS ESPONJOSOS N° 26
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS	PT	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA em T 4x4
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS
<u>Progesterona</u>	1	ESPONJA DE PVPI	PT	FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAPO	1	FIO ALGODÃO SA N°		( ) BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	PT	FIO ALGODÃO SA N°		( ) CAPNOGRAFO
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO CA N°		( ) CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO	1	FIO ALGODÃO CA N°	18	( ) DESMIELIZADOR
		JELCO Nº14			DEZ. 2018	( ) FOCO AUXILIAR
		JELCO Nº16				( ) FOCO CENTRAL
						( ) MICROSCOPIO
						( ) TÓXIMETRO DE PULSO
						( ) TPA A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
						( ) PERFORADOR ELÉTRICO
						( ) SERRA
						CIRURGIA
						Letosely da Serra
						Tec. Endoscopia
						Coronav 101052

~~Leosely da Silva~~ CIRCUÍTOMETRE  
Téc. Enfermagem  
CORPO 101052







CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



HOSPITAL DE BASE  
JOÃO PESSOA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: NANESIO MACHADO BRUNO BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1 / 1 / 1  
 Clínica/Setor: ORTOPEDICO EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Fx INFUSIÃO OS FEMUR (D) + MOTO DISTAL (D)  
 Cirurgião: Dr. MACHADO BRUNO 1º Assistente: Dr. MACHADO BRUNO  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: DR  
 Tipo de Anestesia: General SEDATIVO Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fx INFUSIÃO OS FEMUR</u> (D)	
<u>Fx OS MOTO DISTAL</u> (D)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>IMPLANTO OSTEOSÍSIS IMPLANT</u> (D)	

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. Matheus Moreira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 8456

PROTOCOLO  
DE OPERAÇÃO  
18 DEZ. 2018  
PREVIDENCIÁRIA  
JOÃO PESSOA

João Pessoa, 18/10/18



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

#### Posição e Preparo:

- ① Pct m ODI sob musculis
- ② anti-suposte e suspesa
- ③ APOSESIO OU COMPRESSA ESTERILIS

#### Incisão:



#### Achados:



#### Conduta:

- ④ Tumor exuberante INVESTIGADO D
- ⑤ Peso de 7kg ou mais
- ⑥ Fim AVUL - PALMAR D

#### Fechamento:



#### Observação:

SUAPREV PREVIDENCIAS S.A.

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO

0140 PESSOA

João Pessoa,

110-12

Dr. Matheus Mozart  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9456

Médico/CRM:

## **Nota de Sala Cirúrgica**

02 Be:1035202

## PROTOCOLLO

~~ACORDO  
AO TITULO DE  
100 PESOS~~

*Meru Dwar*

JINGLASSCIR 07/12

384-321

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/10/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Matheus Oliveira V. Bentes

SEXO: M COR:

IDADE: 29

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 100

RESPIRAÇÃO 13

TEMPERATURA PESO

GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL  BOM ( )REGULAR ( )MAU ( )PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO  BOM ( )REGULAR ( )MAU ( )PÉSSIMOEXAMES COMPLEMENTARES VPAAP. RESPIRATÓRIO frequente

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL bom

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

ESTADO FÍSICO (ASA)

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura desfazível de fêmur D + rótula desfazível DCIRURGIA REALIZADA Trocâo transfacialCIRURGÃO Dr. Henrique AUXILIARESINÍCIO DA ANESTESIA 21:30TÉRMINO DA ANESTESIA 21:45DURAÇÃO DA ANESTESIA 00:15

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH

VALORES IRIS

ANESTESISTA Dr. Sávio Viana + Dr. Marcelo (M) + Dr. Marlon-PB

AGENTESESPERA

O<sub>2</sub>  
N<sub>2</sub>O

LÍQUIDOS VENOSOS

FLUXO O

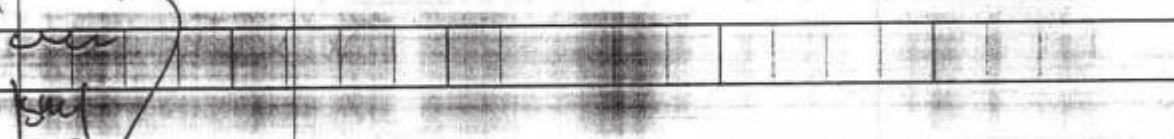
● ECOGRAMA

X ANESTÉSICA

P. ARTERIAL SISTÓLICA

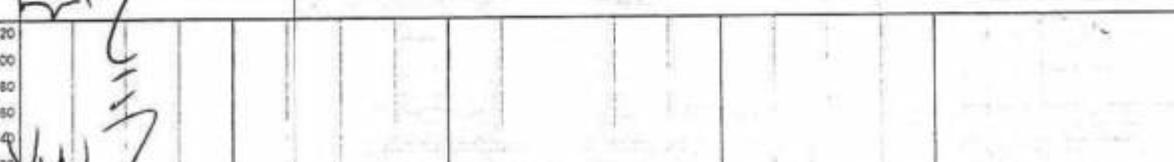
RETORNAZ.

ANDAÇÕES



Suf

rr



rr

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

VIA:

LÍQUIDOS

Volume em ml

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLICOSE

1 Tenecto 100 mg

11

NACL

2 Propofol 80 mg

12

SANGUE

3

13

RINGER

4

14

TOTAL

5

15

DESTINO DO PACIENTE

APT. ENFERMADORA 

16

UTI RESIDÊNCIA 

17

OUTROS 

10

18

19

19

20

20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

18 DEZ. 2018

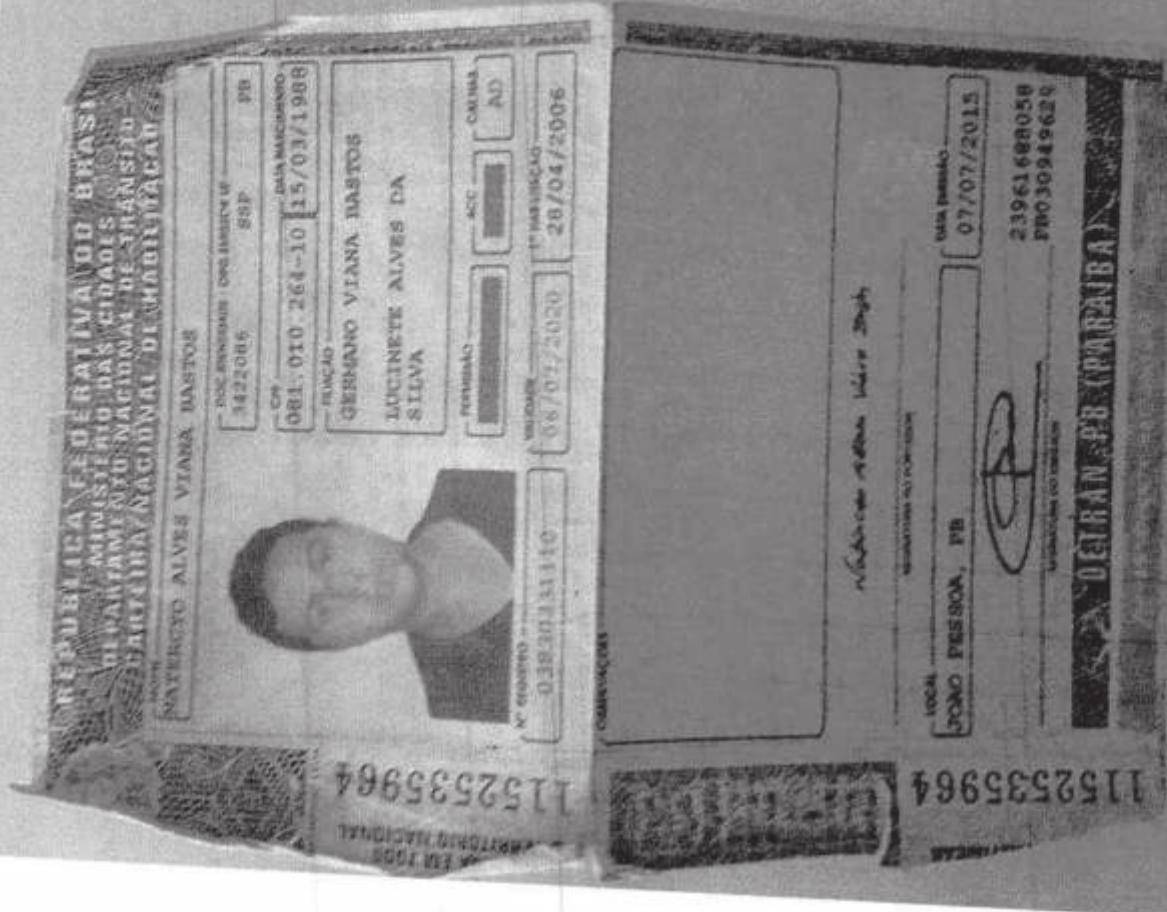
PROTOCOLO

ATO DE OPERAÇÃO

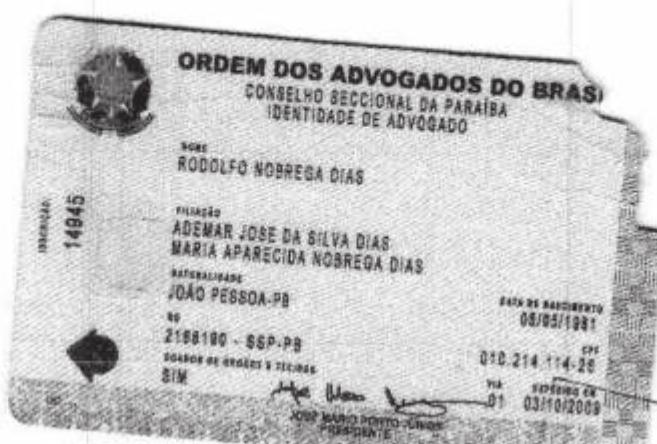
ASSINATURA DO ANESTESISTA

DR. PAULO RODRIGUES  
PROFESSOR  
PROFESSOR  
PROFESSOR  
PROFESSOR

CDR 6/0



18 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
AO PESSOA



PREVIDÊNCIA SIA  
18 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180593889      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NATERCYO ALVES VIANA BASTOS      **Data do acidente:** 18/10/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 31/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.  
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FÊMUR DIREITO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA DIA 12/03/2018, ONDE FOI CONSTATADA SEQUELA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO GRAU MODERADO.  
EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>		<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>	

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180593889      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NATERCYO ALVES VIANA BASTOS      **Data do acidente:** 18/10/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 31/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.  
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FÊMUR PLACA E PARAFUSOS), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA EM - 50% DEBILIDADE MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.  
SINISTRO: 3180091730 ACIDENTE:01/12/16 - POR LUXAÇÃO DE QUADRIL DIREITO.  
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES,  
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR  
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS  
ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Natercyo Alves 21iana Bastos  
**NACIONALIDADE:** Brasileiro **ESTADO CIVIL:** sóteiro.  
**PROFISSAO:** moto boy **Nº DO RG:** 3422086.  
**ÓRGÃO EMISSOR:** SSP-PB. **DATA DE EMISSÃO:** 07/07/2015  
**Nº CPF:** 081.010.269-10 **ENDEREÇO:** Rua Walpurgis  
mocidade Brasileiro, 917, apt 203, j.d. c.d. Univer  
sítario

**OUTORGADO:** Rodrigo Nobrega Moraes  
**NACIONALIDADE:** Brasileiro **ESTADO CIVIL:** união estável  
**PROFISSAO:** advogado **Nº DO RG:** 2168190  
**ÓRGÃO EMISSOR:** SSP IPB. **DATA DE EMISSÃO:** 03/10/2009  
**Nº CPF:** 010.214.119-26 **ENDEREÇO:** Rua Rodrigues  
de Aquino, 144 sala 101 e 102

## **PODERES:**

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário Natercyo Alves  
21iana Bastos, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa , 01 de dezembro de 20 18.



x Natercyo Alves Viana Bastos  
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455381/18

**Vítima:** NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

**CPF:** 081.010.264-10

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/10/2017

**Titular do CPF:** NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### RODOLFO NOBREGA DIAS : 010.214.114-26

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

### NATERCYO ALVES VIANA BASTOS : 081.010.264-10

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](http://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: 18/12/2018  
Nome: RODOLFO NOBREGA DIAS  
CPF: 010.214.114-26

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

RODOLFO NOBREGA DIAS

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA