
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. 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: INTERRUÇÃO 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



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:

Nome completo da vítima:

081.010.264-10

Natércia Alves Ziana Bortos

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

Nome completo:

Natércia Alves Ziana Bortos

CPF:

081.010.264-10

Profissão:

motoboy

Endereço:

Rua Valdeu Macedo Brandão

Número:

917

Complemento:

apt. 203

Bairro:

El Cidade Universitária João Pessoa

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58092-200

E-mail:

redobond@hotmail.com

Tel. (DDD):

83 98825 7033

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 98899.9749

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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 OPÇÃO 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

CONTA:

8058

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

MORTE

Impressão digital
assinada por
beneficiário ou
representante

Local e Data:

João Pessoa 18/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

REV. PREVIDENCIA SIA
18 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
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 de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Ourocard
International



4001 6392 6252 8165

4001

GOOD
THRU

06/21

NATERCYO A V BASTÓS

4571-3

8.058-6

VISA

Electron

Electronic use only / Apenas uso eletrônico





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 Araujo 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 Eptácio 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:

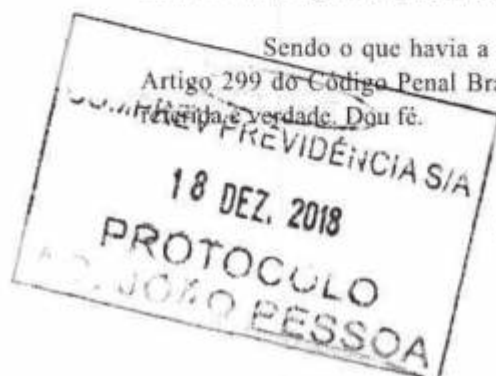
é a genitora de NATERCY ALVES VIANA BASTOS, Cpf.: 081.010.264-10, e vem informa que no dia 18.10.2017, por volta das 19h, seu filho conduzia o veículo HONDA /NXR 160 BROZ, ano 2016, de cor preta e placa OEY5442, nas proximidades do Banco Bradesco, na Av Eptácio Pessoa, não sabendo informar qual origem 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 NATERCY 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 NATERCY 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 Eptácio 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 NATERCY 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



Procedimento Policial: 02229.01.2018.1.00.420

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª 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 Polícia

João Pessoa/PB, 19 de novembro de 2018.


LUCINETE ALVES DA SILVA
Noticiante



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:

Nome completo da vítima:

081.010.264-10

Natércia Alves Diana Bortos

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

Nome completo:

Natércia Alves Diana Bortos

CPF:

081.010.264-10

Profissão:

motoboy

Endereço:

Rua Valdeu Macedo Brandão

Número:

917

Complemento:

apt. 203

Bairro:

Unidade Universitária João Pessoa

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58092-200

E-mail:

redobond@hotmail.com

Tel. (DDD):

83 98825 7033

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 98899.9749

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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 OPÇÃO 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

CONTA:

8058

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

MORTE

Imprimir
assinatura
assinatura
assinatura
assinatura

Local e Data:

João Pessoa 18/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

REV. PREVIDENCIA SIA
18 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
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 de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1035202



Identificação do paciente

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------|--------------|------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Nome | NATERCYO ALVES VIANA BASTOS | | | Sexo | Masculino |
| ID | 501030 | Estado civil | SOLTEIRO(A) | Religião | CATOLICA |
| Data de nascimento | 15/03/1988 | Idade | 29 anos 8 meses 6 dias | Pai | GERMANO VIANA BASTOS |
| Mãe | LUCINETE ALVES DA SILVA | | | Responsável (Parentesco) | EDUARDO CONRADO RAMOS - ACOMPANHANTE |
| Personalidade | MEDIO COMPLETO | | | DDD Fixo | 83 |
| DDD Móvel | 63 | Fone Móvel | 988365342 | Fone Fixo | 988609316 |
| CPF | 09101026410 | Nº Cns | 206933584610005 | Tipo | BAIRRO |
| Local de procedência | TAMBAUZINHO | UF | PB | CBOR | |
| Email | JOAO PESSOA | | | | |

Endereço

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

Admissão

| | | | | | |
|------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|----------------|
| Data e Hora | 18/10/2017 19:03:57 | Número da pulseira | 1000005165109 | Convênio | SUS |
| Especialidade | QUIRURGIA GERAL | Clinica | | Origem do paciente | RUA |
| Classificação de risco | | Motivo de 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 |
| Modo de transporte | RAMU | Quem transportou | | | | | |

Sinais Vitais

| | | | | |
|----|---|------|-------|-------------|
| TA | X | mmHg | Pulso | Temperatura |
|----|---|------|-------|-------------|

Exames complementares

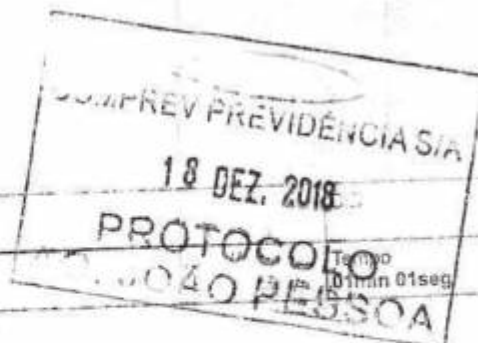
| | | | | | | |
|------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
|------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
MICHEL CARVALHO BORGES

Imprimir



VINHO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br. 230, Km. 25 - Cristó Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-48 Ins. Est. 10.815.823-0

Nº 016.331.527

Nome do Cliente
LUCINETE ALVES DA SILVA
RUA WALFREDO MACEDO BRANDAO 917 APTQ 203
JOAO PESSOA

CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/211082-3

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

ATA UNIC. PROTOCOLO DE ENLACE COM O BOM



LUCINETE ALVES DA SILVA

Roteiro: 07-005-817-6520

83640000000-3 98360149000-3 02110822018-3 12800005019-4

| DATA | TOTAL A PAGAR | MATRICULA |
|------------|---------------|-------------------|
| 19/12/2018 | R\$ 98,36 | 211082-2018- 12-8 |



RODOLFO NOBREGA DIAS
RUA RODRIGUES DE AGUIAR, 144/ SL 101 - CENTRO
JOÃO PESSOA / PB CEP: 5800000 (AQ: 1)

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

Classe/Subclasse: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONOFASICA
Roteiro: 5 - 1 - 37 - 990 Nº medidor: 00009478128

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 08.985.182/0001-40 Insc. Est. 15.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.129.478
Cód. para Dab. Automático: 08006428254

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 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 |
|------------------|------------------|--------------------------------------|---------|------|
| Data 13/09/18 | Leitura 17048 | Data 11/09/18 Leitura 17207 | 158 | 29 |

| Demonstrativo | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------------------------------|-------------|------------|--------------|--------|------------------|--------------|--------|------------------|--------------|-------|------------------|
| CDI | Descrição | Quantidade | Valor | Base Cálculo | Alíq. | Valor | Base Cálculo | Alíq. | Valor | Base Cálculo | Alíq. | Valor |
| | | Total (R\$) | ICMS (R\$) | ICMS | | PIS/COFINS (R\$) | PIS/COFINS | | PIS/COFINS (R\$) | PIS/COFINS | | PIS/COFINS (R\$) |
| 0801 | Consumo em kWh | 158,000 | 0,758420 | 118,85 | 118,85 | 25 | 26,95 | 118,85 | 0,95 | 4,45 | | |
| 0801 | Adic. B. Varmelha | | | 11,20 | 11,20 | 25 | 2,80 | 11,20 | 0,09 | 0,41 | | |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | |
| 0807 | CONTRIB SERV. ILLUM. PÚBLICA | | | 7,86 | 0,00 | 2 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 138,89 101,09 32,75 131,03 1,05 4,89

Média últimos meses (kWh)
198

VENCIMENTO
11/10/2018

TOTAL PAGAR
R\$ 138,89

Histórico de Consumo (kWh)

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|
| 228 | 216 | 198 | 217 | 77 | 192 | 216 | 192 | 188 | 179 | 158 | 177 |
| Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Maio/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 |

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

Indicadores de Qualidade

| | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | |
|----------------|------------------|---------|----------------------|-----|
| DIC TRIMESTRAL | 10,15 | 0,00 | NOMINAL | 220 |
| DIC ANUAL | 20,20 | | | |
| FIC TRIMESTRAL | 9,38 | 0,00 | CONTRATADA | 220 |
| FIC ANUAL | 8,73 | | LIMITE INFERIOR | 201 |
| DMIC | 12,45 | 0,00 | LIMITE SUPERIOR | 239 |
| DICR | 14,59 | | | |
| DICR | 12,22 | | | |

| Discriminação | Valor (R\$) | % |
|------------------------------|---------------|---------------|
| Serviços de Dist. de Energia | 30,14 | 21,71 |
| Consumo de Energia | 59,42 | 39,30 |
| Serviços de Transmissão | 4,89 | 3,37 |
| Encargos Setoriais | 7,13 | 5,15 |
| Impostos Oribos e Encargos | 48,52 | 33,49 |
| Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| Total | 138,89 | 100,00 |

Valor do EUS (Ref. 2010) R\$ 41,26

Redução Tensão-Vigência ANEEL Nº 2.439-Baixa Tensão 15.41% Média
Redução Tarifa-Vigência ANEEL Nº 2.439-Alta Tensão 16,76% Média

Faturas em atraso 18 DEZ. 2018

PROTOCOLADO
JOÃO PESSOA

PARAIBA

Roteiro: 5 - 1 - 37 - 990
Matrícula: 542825-2018-09-5

VENCIMENTO
11/10/2018

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rodolfo Nóbrega Dias inscrito (a) no CPF sob o Nº 00.219.114 / 26 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Natércia Alves Liana Bostes inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.010.264 / 10, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Natércia Alves Liana Bostes inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.010.264 / 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 Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|-------------|
| Endereço | | Número | Complemento |
| Rua Rodrigues de Aguiar | | 111 | Al. 1018102 |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| Centro | João Pessoa | PB | 58013030 |
| Email | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) | |
| rodolfo.dias@hotmail.com | (83) 98825-7033 | (83) 98868-9710 | |

João Pessoa, 17 de dezembro de 2018
Local e Data

Rodolfo Nóbrega Dias
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Germano Soares Fernandes,
RG nº 2928907, data de expedição 09/04/2018
Órgão SSPIPB, portador do CPF nº 085.750.154-27, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Parabó onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Fabio Silva do Lima, nº 462,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Naterap Alves Liana Botelho o condutor era
Naterap Alves Liana Botelho.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda / NXR 160 Bros ESDD
Ano: 2016/2016
Placa: OEY 5442 IPB
Chassi: 9C2KD0810GR431995
Data do Acidente: 18/12/2018
Local e Data: João Pessoa 17 de dezembro de 2018

Decarlinto
10º Ofício

Germano Soares Fernandes
Assinatura do Declarante

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

Decarlinto
Serviço Oficial - 19-1200 de João
Cadastrado em 2018

Rua Fernando Luis Henrique dos Santos, 25 - Jardim Oásis
João Pessoa - PB - CEP: 55019-010 - Fone: (33) 328-1808
www.decarlinto.com.br Decarlinto
Título: Nômade Aluguel/proprietário

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de:
GERMANO SOARES FERNANDES
Em testilha da verdade, João Pessoa - PB 06/12/2018 11:05:33
LEANDRO DIANELEYS DOS SANTOS - Escrevente
[2018-093034]EML:R# 49,48 FAPEN:R# 0,28 FEPJ:R# 6,90 L. 135.97-0, 4º PB
SELO DIGITAL: AHW42819-2MDY
Confira a autenticidade em <https://cpindigital.tjpb.jus.br>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA



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)

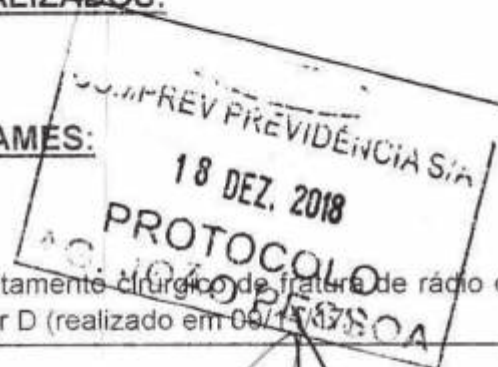
RESULTADOS DOS EXAMES:

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

TRATAMENTO:

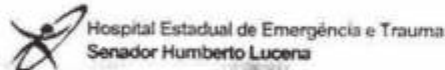
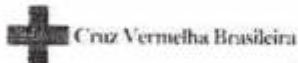
Tração esquelética transtibial direita (realizado em 18/10/17). Tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal D (realizado em 06/11/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur D (realizado em 06/11/17).

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



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 MEDIO 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 WOLFREDO MACEDO BRANDÃO |
| Número 417 | Complemento | Bairro JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA | |

Admissão

| | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Data e Hora 18/10/2017 19:03:57 | Número da pulseira 1000005165109 | 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 | Pulso _____ | Temperatura _____ |
|--------------------------|----------------|----------------------|

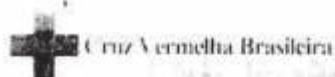
Exames complementares

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

Dados clínicos

| | | |
|--|--|--|
| Paciente vítima de queda de moto MSD e MID Thales Viana S. M. Finao Enfermeiro COREN-PB 137234 | | 18 DEZ. 2018 PROTOCOLO 09/11 US PC CD PA CH |
| Diagnóstico | | |
| Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES | | |

Imprimir



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 10:47:25

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|------------------------|
| Paciente NATERCYO ALVES VIANA BASTOS | 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 |
| Tempo de Internação 18d 10h 28min | Convênio SUS | Prontuário 66616 | 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 Henrique
Gutierrez Vargas Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10575





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

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



Número: 1035202

Prontuário: 1035202

Data: / /

Paciente: Vafreyo Alves (Juana Botes)

Data: 09/11/17

Procedimento: 170.0 cir. - tração elástica de ferimento de 1.º e 2.º grau

Retorno em 15 dias para avaliação

Data: / /

Retorno em 15 dias para avaliação

SUS: (X) Não SUS ()

Médico: Dr. Adnan Afencan; Bruno Torres; Dn:

Retorno em 15 dias para avaliação

DISPENSÇÃO CME

Retorno em 15 dias para avaliação

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

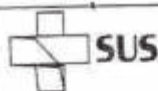
Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Retorno em 15 dias para avaliação



Sistema Único de Saúde
Ministério da 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

AIOP

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

AIOP

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Natencio Alves Viana Bastos

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1035202

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

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 - 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

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ca 4,5 Bloqueado

Pare bloqueado 4,5 14 pontos (ca)

Tanapuzes de bloqueio n° 36/1 - 38/3

40/2 - 42/2 - 44/1

Parefusos contínuos n° 36/2.

Apurta de
bloqueio 2500
(ca)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/11/17

41 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF

CONPREV PREVIDENCIA S/A

18 DEZ 2018

AUTORIZAÇÃO

PROTOCOLO

Arão S. de Alencar

00000000000000000000

00000000000000000000

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



REETSIL

Nome: Matheus do Alencar BE/Prontuário: 09 115 112

Idade: Sexo: () Masculino () Feminino Cor: Data: 09 115 112

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: LR:

Cirurgia: Tecido cirúrgico de fratura de fêmur (B)

Cirurgião: Dr. Arão 1º Assistente: Dr. Bruno

2º Assistente: Dr. Luan 3º Assistente: Dr. Pedro Paulo

Instrumentador: Anestesista:

Tipo de Anestesia: Horário: Início : Término :

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|---------------------------------|-----|
| <u>(B) fratura de fêmur (B)</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

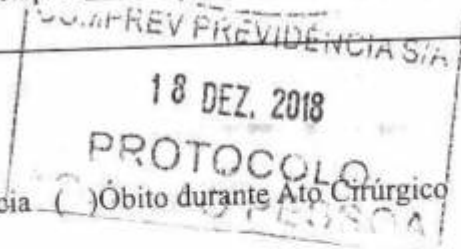
| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---|--------|
| <u>Tecido cirúrgico de fratura de fêmur (B)</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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



Dr. Pedro Romão Lamas
Médico
CRM PR 9799

João Pessoa, 09 115

Médico/CRM:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DPH 50° - externo
- Higienização + antisséptico
- Aplicação de Campos Cirúrgicos

Incisão:

Incisão longitudinal lateral no coto (D)

Achados:

fratura diáfise de Fêmur (D)

Conduta:

- Drenagem + Hemostase Cirúrgica
- Visualização direta do Foco de Fratura
- Retirada de placa 25P 4.5 de 10 Furos
- de 4 parafusos corticais
- redução de fratura 50% visualização direta
- Fixação de placa bloqueada e atornalhos de 14 Furos
- Hemostase Cirúrgica

Fechamento:

- Fechamento com drenagem
- Hemostase Cirúrgica
- Placa - x central

Observação:

REV PREVIDENCIA S/A

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO
JO PESSOA

Romão Dantas
Médico
29700

João Pessoa, 09/12/17

Médico/CRM:

8

2) ok

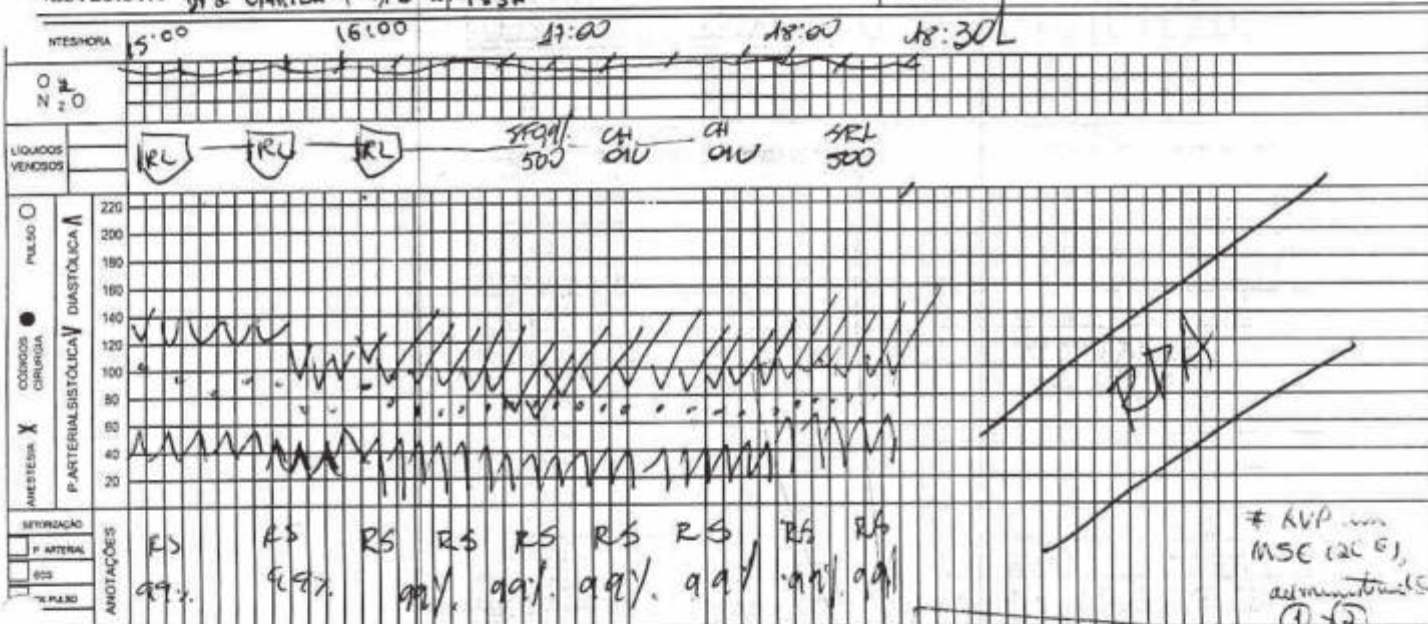
Prognosis

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/11/17

PRONTUÁRIO:

| | | | | |
|--|-------|---|-------------|-----------------------------|
| PACIENTE: Natércio Alves Viana | | SEXO: M | COR: | IDADE: 29 |
| PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO |
| ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO | | RISCO CIRURGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES NO PRONTUÁRIO, CHECKEDS | | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO EUPNEICO | | AP. CIRCULATÓRIO ESTÁVEL | | |
| AP. DIGESTIVO JCS.M | | ESTADO MENTAL L.O.T.E | | DROGAS EM USO VPM |
| PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA | | | | ESTADO FÍSICO (ASA) II |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | | | | |
| CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR D | | | | |
| CIRURGIÃO: Dr. ARÃO | | AUXILIARES: Lauri Loreno | | |
| INÍCIO DA ANESTESIA 15:00 | | TÉRMINO DA ANESTESIA 18:30 | | DURAÇÃO DA ANESTESIA 3h 30' |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | QUANT. DE CH. | | VALORES RS |
| ANESTESISTA Dra Camila + Dra RAPHA | | | | CRM-PB |



| | | | | | | |
|--|-----------------------------------|------------|----------|--------------|--------------|--------|
| ANESTESIA GERAL | | RAQUIDIANA | EPIDURAL | BLOCO PLEXO | BLOCO NERVOS | OUTROS |
| TÉCNICA: DURAÇÃO FEMORAL - Fita em DHA, monitorizado, futa - anestesia PR. Anteriormente local, la- | | | | | | |
| MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO | | | | | | |
| GLICOSE | 1 MIDAOLAM 5mg + 2 + 1 + 2 = 40mg | | 12 | 18 DEZ. 2018 | | |
| HAEL | 2 FENTANIL 100 mcg | | 13 | PROTOCOLO | | |
| SANGUE | 3 NOVABUPIVACAÍNA 0.5% 100mg | | 14 | JOÃO PESSOA | | |
| RODIN | 4 NEOCANA 160mg | | 15 | CRM-PB 5977 | | |
| TOTAL | 5 MORFINA 60 mcg | | 16 | | | |
| DESTINO DO PACIENTE | 6 CLORIDINA 45 mcg | | 17 | | | |
| APT* | 7 CEFALOTINA 2g | | 18 | | | |
| ENFERMARIA | 8 DEXAMETASONA 10mg | | 19 | | | |
| UTI | 9 OXICODONA 8mg | | | | | |
| RESIDÊNCIA | 10 cetamina 20+20+10 = 50mg | | | | | |
| OUTROS: ULPA | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Tratamento a fratura femoral, monitorizado com neuromonitorização + agulhas de bloqueio A25, injeção de 3 - RAQUIANESTESIA: Pda sensor, não cateter neural, futa oxímia local, punção lombar mediana com agulha Quark 26 G, 4cm, em fudo, no momento, administração de 3 + 5 + 6. | | | | | | |
| ASSINATURA DO ANESTESISTA | | | | | | |
| F.(NG) ASCR.026-1 | | | | | | |



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

HECTSHL

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Data: 06/11/12

Prontuário: 1035202

Número:

Paciente: Naterey Alves Viana Santos

Data: / /

Procedimento:

Inet. en-fet. - nado distal em MSD

Reposição:

SUS: (X) Não SUS ()

Médico:

Caixa Pronta:

DISPENSACÃO - CME

| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE | CÓDIGO SUS | MARCA |
|------------|---------------------------|------------|------------|-------|
| 3,5 TM | Placa em "T" com 4x4 | 01 | | |
| | Parafusos esponjados n 20 | 01 | | |
| | Parafusos esponjados n 26 | 01 | | |
| | Parafusos corticais n 16 | 01 | | |
| | Parafusos corticais n 32 | 01 | | |

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

| DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE | CÓDIGO SUS | MARCA |
|----------------------|------------|------------|-------|
| Agulha A-100 | 01 | | |

Ana Valéria C. da Silva
Enf. Especialista
CRM 176.693

Leidy da Silva Ferreira
Enf. Especialista
CRM 176.693

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

F(NG), APC.013-2



Sistema Único de Saúde
Ministério da 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

ATOP

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

thop

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1035202

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Naterexy Alves Viana Santos

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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 - 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

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 placa em "T" 4x4
01 parafuso esparafuso n. 20
01 parafuso esparafuso n. 26
01 parafuso entrecap n. 16
01 parafuso entrecap n. 22

CX. 3,5 fm

01 agulha PREVIDENT
18 DEZ. 2018
PROTÓCOLO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Stefferson Pinheiro
Traumatologia-Ortopedia
CRM-PB 5762

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

Nome: Itaceray Albes Viana Bastos BE/Prontuário: 1035202
 Idade: 29 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 06/11/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal ⑤
 Cirurgião: Dr. Steffenon 1º Assistente: Dr. Gustavo
 2º Assistente: Dr. Anderson 3º Assistente: Dr. Milton
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Cordeiro
 Tipo de Anestesia: Bloqueio Horário: Início _____ Término _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|----------------------------------|-----|
| <u>Fratura de rádio distal ⑤</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelamento: () Sim ☒ Não

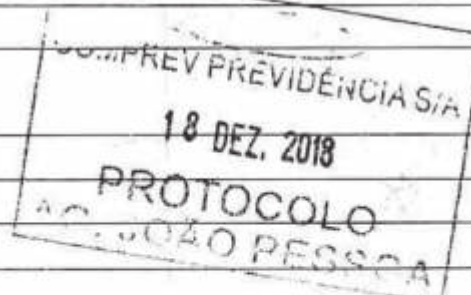
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 06/11/17

Médico/CRM: [Assinatura]

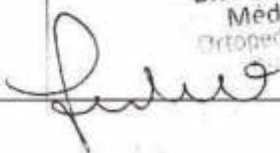
| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA | |
|-----------------------|---|
| Posição e Preparo: | <p>Paciente em TDV sob anestesia</p> <p>Assepsia e antissepsia</p> <p>Colocação de campos cirúrgicos</p> <p>Posicionamento de garrete em ASD</p> |
| Incisão: | <p>Via de acesso volar ao punho</p> <p>Divulsão e dissecação por planos</p> |
| Achados: | <p>Fratura de rádio distal direito em processo de consolidação (~ 20 dias de fratura) + cominuição</p> |
| Conduta: | <p>Redução direta da fratura com auxílio de scope</p> <p>Fixação e estabilização da fratura com placa em TC 3x13 furos + 2 parafusos corticais + 2 parafusos espongiões</p> <p>Limpeza com SF</p> |
| Fechamento: | <p>Sutura por planos</p> <p>Retirada do garrete (~ 1h30 de cirurgia)</p> <p>Curativos estéreis</p> <p>Px de controle</p> |
| Observação: | <p></p> |



Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
R. B. 10576

João Pessoa, 06/11/18

Médico/CRM:



FICHA DE ANESTESIA

HISTÓRIA

DATA: 06/11/17

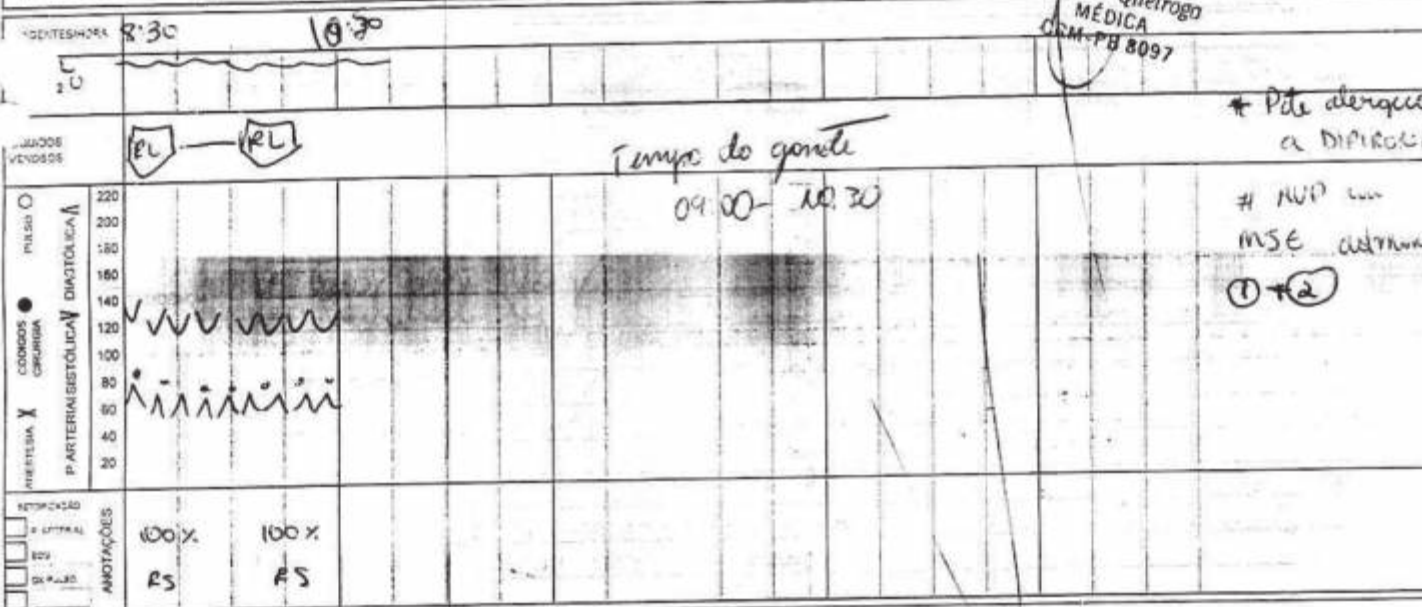
PRONTUÁRIO: 1033202

PACIENTE: Natércio Alos Ríona Bastos

SEXO: M COR:

IDADE: 29

| | | | | | |
|--|----------|---|-------------|-------------------------------|-----------------|
| PRESSÃO ARTERIAL 85 | PULSO 85 | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | GRUPO SANGÜÍNEO |
| ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO | | RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES NO PRONTUÁRIO, CHECADOS | | | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO LUPINIAS | | AP. CIRCULATÓRIO ESTÁVEL | | | |
| AP. DIGESTIVO SEM | | ESTADO MENTAL L.O.T.C | | DROGAS EM USO | |
| PRÉ-ANESTÉSICO | | | | ESTADO FÍSICO (ASA) I | |
| DOSE/HORA | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE PUNHO DIREITO (Rodeo Pórt) | | | | | |
| CIRURGIA REALIZADA 1º CIRÚRGICO DE FRATURA DE PUNHO DIREITO (Rodeo Pórt) | | | | | |
| 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 | |



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

Pte. em DDA, monitorizada, sob cateter nasal, feto anestesia e cateterismo local

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

| | | |
|----|----------------------|----|
| 1 | MIDAZOLAM 9mg | 11 |
| 2 | FENTANIL 100 mcg | 12 |
| 3 | MINIDOPAMINA 20mg | 13 |
| 4 | LIDOCAINA 5/100 20ml | 14 |
| 5 | ÁGUA DESTILADA 10ml | 15 |
| 6 | CEFAZOLINA 2g | 16 |
| 7 | Propofol 100 | 17 |
| 8 | Propofol 100 | 18 |
| 9 | Propofol 100 | 19 |
| 10 | | 20 |

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Anestesia de plexo braquial por via interaxilar e via axilar com agulha de bloqueio A100 + neuromodulador, injeção de ③ + ④ + ⑤. Sem intercorrências

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

Nota de Sala Cirúrgica

8

NOME DO PACIENTE: **Natereyo Alves Viana Santos 1035202**

IDADE: **29A** BE: **PRONTUÁRIO** ENFERMARIA: **LEITO**

CIRURGIA: **Trat. cir. Trat. nódulo dental (MSD)**

CIRURGEÃO: **Dr. Skuffusson** 2º AUX:

ANESTESIA: **bloqu岸io de plexo**

ANESTESISTA: **Dr. João + Bruna**

INSTRUMENTADOR: **-**

DATA: **06/11/17** TEMPO CIRÚRGICO: **08:30** ANESTESIA INÍCIO: **08:30** CIRURGIA INÍCIO: **10:00**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

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 Nº | |
| BUPIVACAÍNA ISORÁRICA | | JELCO Nº20 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº | |
| BUPIVACAÍNA PESADA | | JELCO Nº22 | | FIO DE AÇO Nº | |
| CETAMINA | | JELCO Nº24 | | FIO DE AÇO Nº | |
| DROPERIDOL | | KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº | | FIO DE NYLON Nº 30 | F |
| ETOMIDATO | | SOLUÇÕES | QTD. | FIO DE NYLON Nº | |
| FENOBARBITAL | | ÁLCOOL ETÍLICO 70% | 1 | FIO DE NYLON Nº | |
| FENTANILA | 1 | PVPI DEGERMANTE | 1 | FIO POLILACTINA Nº 20 | 1 |
| FLUMAZENIL | | PVPI TINTURA | 1 | FIO POLILACTINA Nº | |
| ISOFLURANO | | PVPI TÓPICO | | FIO POLILACTINA Nº | |
| LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO | 1 | SABÃO ANTISÉPTICO | | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO | 1 | MATERIAIS | QTD. | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LIDOCAÍNA C/ VASO | 1 | AGULHA 13X4,5 | | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LIDOCAÍNA S/ VASO | | AGULHA 25X07 | 1 | FIO POLIGLECAPRONE Nº | |
| MIDAZOLAN | 1 | AGULHA 25X08 | | FIO SEDA Nº | |
| MORFINA | | AGULHA 40X12 | 1 | FITA CARDÍACA | |
| NIMBÍUM | | AGULHA PERIDURAL Nº16 | | MATERIAL ESPECIAL | QTD. |
| PANCURÔNIO | | AGULHA PERIDURAL Nº17 | | CATETER DE PIC | |
| PETIDINA | | AGULHA PERIDURAL Nº18 | | CIMENTO CIRÚRGICO | |
| PROPÓRFOL | | AGULHA RAQUI Nº25G | | CLIP TITÂNIO LIGADURA | |
| RAMIFENTANILA | | AGULHA RAQUI Nº26G | | FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| ROCURÔNIO | | AGULHA RAQUI Nº27G | | FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| SEVOFLURANO | | ALGODÃO ORTOPÉDICO | | FIO STEINMAN Nº 1,5 | F |
| SUXAMETÔNIO | | ATADURA DE CREPOM 2cm | 1 | FIO STEINMAN (como guia) | |
| TIOPENTAL | | ATADURA GESSADA | | GRAMPEADOR CIRÚRGICO | |
| MEDICAÇÕES | QTD. | BOLSA PI COLOSTOMIA | | HEMOST. ABSORVÍVEL | |
| ADRENALINA | | CÂNULA PI TRAQUEOSTOMIA Nº | | KIT DERIVA VENTRICULAR | |
| ÁGUA DESTILADA | 1 | CATETER DE OXIGÊNIO | 1 | PRÓTESE VASCULAR | |
| ATROPINA | | CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº | | KIT PAM | |
| BEXTRA | | CATETER EPIDURAL Nº16 | | FIXADOR EXTERNO | |
| CEFAZOLINA 2g | 1 | CATETER EPIDURAL Nº17 | | EMPRESA | |
| DEXAMETASONA | 1 | CATETER EPIDURAL Nº18 | | PARAFUSOS CORTICAIS Nº 2,5 | (01) |
| DIPIRONA SÓDICA | | CERA PARA OSSO | | PARAFUSOS CORTICAIS Nº 1,6 | (01) |
| EFEDRINA | 1 | COLET. URINA FECHADO | | PARAFUSOS ESPONJOSOS Nº 2,0 | (01) |
| FUROSEMIDA | | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | 1 | PARAFUSOS ESPONJOSOS Nº 2,5 | (01) |
| GLICOSE 50% | | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | | PARAFUSOS MALEOLAR | |
| GLUCONATO DE CÁLCIO | | DRENO DE PENROSE | | PARAFUSOS MALEOLAR | |
| HIDROCORTISONA | | DRENO DE SUÇÃO | | PLACA Lu T 4x4 | (01) |
| LIDOCAÍNA GELÉIA | | ELETRODOS | 1 | PLACA | |
| ONDASENTRONA | 1 | EQUIPO MACROGOTAS | 1 | | |
| PLASIL | | EQUIPO TRANSF. SANGUE | | EQUIPAMENTOS | |
| PROSTIGMINE | | EQUIPO MICROGOTAS | | () ASPIRADOR | |
| PROPRANOLOL | 1 | ESPONJA DE PVPI | 1 | () BISTURI ELÉTRICO | |
| TENOXICAN | | ESPARADRAPO | 1 | () CAPNÓGRAFO | |
| | | GAZES | 1 | () CARDIOMONITOR | |
| | | GAZES ALGODOADAS | 1 | () DESMIDRIADOR | |
| | | GEL ELETROLÍTICO | 1 | () FOCO AUXILIAR | |
| | | JELCO Nº14 | | () FOCO CENTRAL | |
| | | JELCO Nº16 | | () MICROSCOPIO | |
| | | | | () OXÍMETRO DE PULSO | |
| | | | | () PTA INVASIVA NÃO INVASIVA | |
| | | | | () PERFURADOR ELÉTRICO | |
| | | | | () SERRA | |
| | | | | CIRURGIA | |
| | | | | Téc. Imagem | |
| | | | | CORREÇÃO 101052 | |

18 DEZ. 2018

PROTÓCOLO

Leosely da Silva

Téc. Imagem

CORREÇÃO 101052

FIGA ASCR 1021-2



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

Número:

Paciente: Narutoya Allie King
Procedimento: Transvaginal M.D.

Procedimento: Tratado - Embargo de Delicia 1968

SUS: (✓) Não SUS ()

Médico: Hamberberg + Petersen R2

Prontuário:

Date: 48 / 120 / 2018

Reposição:

Prontuário: 1035202

Date: 18 / 10 / 2017

Reposição:

Prontuário: 1035202

Date: 18 / 10 / 2017

Reposição: _____

Data: _____/_____/_____

Caixa Pronta:

DISPENSACÃO CME

| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE | CÓDIGO SUS | MARCA |
|------------|----------------------|------------|------------|-------|
| | Orde-rimare No 45 | 02 | | |

18 DEZ. 2018

PROTOCOLADO

COM. PREVIDENCIA S/A
18 DEZ. 2013
PROTOCOLADO
RECEBIDOR

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

[illegible]

18 OCT. 2017

(Signature)

COREN-PB-367.020

Entomology

ASSINAT/INTEGRAZIONE MAGGIORE - COREN

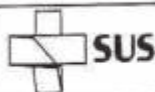
ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Marcel Amato

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSABILE

384-328

F(NG).APC.013-2



Sistema Único de Saúde
Ministério da 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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.

Fem.

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 - 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

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Articulação: Exo de Kurshman n. 4,5 = 01

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS

() CPF

18 DEZ. 2018

Dr. Heisenberg
COORDENADOR

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
18 OUT 2018 10/10/18

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

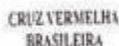
47 - DOCUMENTO

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

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

() CNS

() CPF



F(NG).ASCIR.009-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HETSRI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Pac em DD17 SOB Anestesia
- 2) Anti-supte e Assupte
- 3) Aposição de campos estéril

Incisão:

X

Achados:

Conduta:

- 4) Fissão Esquerda Transitoria (D)
- 5) Pêso de 7kg em mto
- 6) Fm Avulso - palma (D)

Fechamento:

Observação:

COMPREV PREVIDENCIA S/A

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

João Pessoa, 18/12/18

Dr. Matheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9456

Médico/CRM:

Nota de Sala Cirúrgica

02

B.e: 1035202

| | | | | | | | | | |
|--|----------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------|------|--------------------------|------|--|--|
| NOME DO PACIENTE: <u>Walter Alves Viana</u> | | | | | | | | | |
| IDADE: <u>29</u> | SEXO: <u>M</u> | PRONTUÁRIO: <u></u> | ENFERMARIA: <u></u> | LEITO: <u></u> | | | | | |
| CIRURGIA: <u>TCO. ciz. Tiroto - Transg. gulelisa. MTD</u> | | | | | | | | | |
| CIRURGIA: <u>Hansenburg + Mathews R2</u> | | | | | | | | | |
| ANESTESIA: <u>Sedado</u> | | | | | | | | | |
| ANESTESISTA: <u>Amilo + Marcelo R2</u> | | | | | | | | | |
| INSTRUMENTADOR: <u></u> | | | | | | | | | |
| DATA: <u>18-10-19</u> TEMPO CIRÚRGICO: <u>21:40</u> PM: <u></u> CIRURGIA: INÍCIO: <u></u> FIM: <u></u> | | | | | | | | | |
| ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST) | | | | | | | | | |
| ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 () | | | | | | | | | |
| GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA | | | | | | | | | |
| MATERIAIS ANESTÉSICAS | | | | | | | | | |
| ALFENTANILA | QTD. | <u>SE5002</u> | | MATERIAIS CONT. | QTD. | FIOS | QTD. | | |
| BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA | | | | JELCO Nº18 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº | | | |
| BUPIVACAÍNA PESADA | | | | JELCO Nº20 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº | | | |
| CETAMINA | | | | JELCO Nº22 | | FIO DE AÇO Nº | | | |
| DROPERIDOL | | | | JELCO Nº24 | | FIO DE AÇO Nº | | | |
| ETOMIDATO | | SOLUÇÕES | QTD. | KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº | | FIO DE NYLON Nº | | | |
| FENOBARBITAL | | ÁLCOOL ETÍLICO 70% | | LÂMINA BISTURI Nº11 | | FIO DE NYLON Nº | | | |
| FENTANILA | | PVPI DEGERMANTE | | LÂMINA BISTURI Nº15 | | FIO DE NYLON Nº | | | |
| FLUMAZENIL | | PVPI TINTURA | | LÂMINA BISTURI Nº23 | | FIO POLIGLACTINA Nº | | | |
| ISOFLURANO | | PVPI TÓPICO | | LÂMINA BISTURI Nº24 | | FIO POLIGLACTINA Nº | | | |
| LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO | | SABÃO ANTISÉPTICO | | LÂMINA DE DERMÁTOMO | | FIO POLIGLACTINA Nº | | | |
| LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO | | MATERIAIS | QTD. | LÂMINA DE ENXERTO | | FIO POLIPROPILENO Nº | | | |
| LIDOCAÍNA C/ VASO | | AGULHA 13X4.5 | | LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. | | FIO POLIPROPILENO Nº | | | |
| LIDOCAÍNA S/ VASO | | AGULHA 25X07 | | LUVA ESTÉRIL Nº7.0 | | FIO POLIPROPILENO Nº | | | |
| MIDAZOLAN | | AGULHA 25X08 | | LUVA ESTÉRIL Nº7.5 | | FIO POLIGLACTONE Nº | | | |
| MORFINA | | AGULHA 40X12 | | LUVA ESTÉRIL Nº8.0 | | FIO SEDA Nº | | | |
| NIMBÍUM | | AGULHA PERIDURAL Nº16 | | LUVA ESTÉRIL Nº8.5 | | FITA CARDÍACA | | | |
| PANCURÔNIO | | AGULHA PERIDURAL Nº17 | | MÁSCARA CIRÚRGICA | | MATERIAL ESPECIAL | QTD. | | |
| PIETIDINA | | AGULHA PERIDURAL Nº18 | | MULTIVIAS | | CATETER DE PIC | | | |
| PROPÓFOL | | AGULHA RAQUI Nº25G | | PERFURADOR DE SORO | | CIMENTO CIRÚRGICO | | | |
| RAMIFENTANILA | | AGULHA RAQUI Nº26G | | SCALP Nº19 | | CLIP TITÂNIO LIGADURA | | | |
| ROCURÔNIO | | AGULHA RAQUI Nº27G | | SCALP Nº21 | | FIO DE KIRSCHNER Nº | | | |
| SEVOFLURANO | | ALGODÃO ORTOPÉDICO | | SERINGA 3ML | | FIO DE KIRSCHNER Nº | | | |
| SUXAMETÔNIO | | ATADURA DE CREPOM | | SERINGA 5ML | | FIO STENMAN Nº | | | |
| TIOPENTAL | | ATADURA GESSADA | | SERINGA 10ML | | FIO STENMAN Nº | | | |
| | | | | SERINGA 20ML | | GRAMPEADOR CIRÚRGICO | | | |
| MEDICAÇÕES | QTD. | BOLSA P/ COLOSTOMIA | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 | | HEMOST. ABSORVÍVEL | | | |
| ADRENALINA | | CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 | | KIT. DERIVA. VENTRICULAR | | | |
| ÁGUA DESTILADA | | CATETER DE OXIGÊNIO | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 | | PRÓTESE VASCULAR | | | |
| ATROPINA | | CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 | | KIT. PAM | | | |
| BEXTRA | | CATETER EPIDURAL Nº16 | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 | | FIXADOR EXTERNO | | | |
| CEFALOTINA | | CATETER EPIDURAL Nº17 | | SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 | | | | | |
| DEXAMETASONA | | CATETER EPIDURAL Nº18 | | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 | | EMPRESA | | | |
| DIPIRONA SÓDICA | | CERA PARA OSSO | | SONDA NASOG. CURTA | | PARAFUSOS CORTICAIS | | | |
| EFEDRINA | | COLET. URINA FECHADO | | SONDA NASOG. LONGA | | PARAFUSOS CORTICAIS | | | |
| FUROSEMIDA | | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | | SONDA URETRAL Nº | | PARAFUSOS ESPONJOSO | | | |
| GLICOSE 50% | | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | | TORNEIRINHA | | PARAFUSOS ESPONJOSO | | | |
| GLUCONATO DE CÁLCIO | | DRENO DE PENROSE | | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | PARAFUSOS MALEOLAR | | | |
| HIIDROCORTISONA | | DRENO DE SUÇÃO | | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | PARAFUSOS MALEOLAR | | | |
| LIDOCAÍNA GELÉIA | | ELETRODOS | | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | PLACA | | | |
| ONDASENTRONA | | EQUIPO MACROGOTAS | | TUBO SILICONE (LATEX) | | PLACA | | | |
| PLASIL | | EQUIPO TRANSF. SANGUE | | | | | | | |
| PROSTIGMINE | | EQUIPO MICROGOTAS | | | | | | | |
| PROTAMINA | | ESPONJA DE PVPI | | | | | | | |
| TENOXICAN | | ESPARADRAPO | | | | | | | |
| | | GAZES | | | | | | | |
| | | GAZES ALGODOADAS | | | | | | | |
| | | GEL ELETROLÍTICO | | | | | | | |
| | | JELCO Nº14 | | | | | | | |
| | | JELCO Nº16 | | | | | | | |
| <p>COMPANHIA PREVIDÊNCIAS S.A.</p> <p>18 DEZ. 2018</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>ADILSON PESSOA</p> | | | | | | | | | |
| <p>Merces Amato</p> <p>384-328</p> | | | | | | | | | |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NATERYO ALVES VIANA BASTOS

DOC. IDENTIFIC. DO HABITEANTE
 3422086 SSP PB

CPF 081.010.264-10 DATA NASCIMENTO 15/03/1988

RAÇÃO GERMANO VIANA BASTOS

LUCINETE ALVES DA SILVA

PERMISSÃO ACC ☐ OUTRA ☐ AD ☐

VALOR 06/04/2020 1ª HABITAÇÃO 28/04/2006



Nº CONTRATO 0382033110

COMUNICAÇÃO

Nateryo Alves Viana Bastos

REGISTRO DO HABITEANTE

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA PASSADO 07/07/2015

23961688058
 FBO30949629

DETRAN-PB (PARAIBA)

1152535964
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

1152535964
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 18 DEZ. 2018
 PROTOCOLO
 AC. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 08707568

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS PAÍSES LIGADOS
(Art. 13 da Lei nº 5.884/74)



ASSINATURA DO PORTADOR

Rodolfo Nobrega Dias

GERENCIADOR

14845

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
RODOLFO NOBREGA DIAS

FILIAÇÃO
ADEMAR JOSE DA SILVA DIAS
MARIA APARECIDA NOBREGA DIAS

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

NO
2198190 - SSP-PB

QUANTO AO EXERCÍCIO DA ATIVIDADE
SIM

DATA DE NASCIMENTO
08/05/1981

CPS
010.214.114-20

VIA
01

EXPIRAÇÃO EM
03/10/2009

JOÃO PESSOA - PARAIBA

PREVIDENCIA SIA

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB
Nº 013929655291
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM 20180060057778
1 0107876206-3 00/00000000 2018

GERMANO SOARES FERNANDES

08575015427
NOVO PB 9C2KD0810GR431995

PLACA OEY5442/PB
COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
HONDA/NXR160 BROS EDDO

2016 2016
CORTEC/REEMPLAZANTE PRETA

2 P/162 /CI PARTIC 1º

00/00/0000
PARCELAMENTO: 0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

18 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE QUE POR SUA CARGA APTESSEAS
TRANSPORTAR DADOS OU NÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 013929655291 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 16/02/2018

PLACA OEY5442/PB

MARKA / MODELO HONDA/NXR160 BROS E3DD

Nº CHASSI 9C2KD0810GR431995

ANO FAB. 2016

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

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 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

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

| 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 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Natercyo Alves Ziliana Bastos
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** solteiro
PROFISSAO: motorista **Nº DO RG:** 3422086
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 17/07/2015
Nº CPF: 081.010.269-10 **ENDEREÇO:** Rua Walfredo
Macedo Brandão, 917, apt 203, Jd. Cid. Univer
sitário
OUTORGADO: Rodolfo Nobrega Elias
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** uniao estavel
PROFISSAO: advogado **Nº DO RG:** 2168190
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** 03/10/2009
Nº CPF: 010.214.114-26 **ENDEREÇO:** Rua Rodrigues
de Aquino, 144 sala 101 e 102

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário Natercyo Alves Ziliana 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 novembro de 20 18.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 18/10/2017

Titular do CPF: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

RODOLFO NOBREGA DIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA