



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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

#### É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

08435520420

Nome completo da vítima

Eric Daniel Santos Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ATAMINÉS KELY SANTOS MACÊDO SILVA	CPF titular da conta	06132959432	Profissão	ADM. DE ESTOQUE
Endereço	rua lot 3500 bairro nezinho	Número	511	Complemento	
Bairro	CENTRO	Cidade	ANAGABA	Estado	PARAÍBA
Email				Telefone (DDD)	83386613863

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (007) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	BANCO	
793	5	BRADESCO	237
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
793	5	12682	9
(Informar dígito se existir)			

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

Anagaba, 26 de Abril de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Atamines Kely Santos M. Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00511.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00511.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:46 horas do dia 15 de março 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Atamires Kely Santos Macêdo Silva**, CPF nº 061.329.594-32, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Ires do Céu Garcia dos Santos e José Ronaldo Silva de Macêdo, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 10/05/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Loteamento José Gomes de Azevedo, Nº SN, bairro Centro, tendo como ponto de referência Supermercado Bom Preço, na cidade de Araruna/PB, telefone(s) para contato (83) 99957-7048.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Luiz Targino, Perto de Uma Oficina Mecânica, Araruna/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/11/17 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que seu filho ÉRIC DANIEL SANTOS SILVA (Brasileiro, natural de Guarabira/PB, nascido aos 10.07.2005, estudante, com 12 anos de idade, CPF 084.355.204-20, RG 3489124 SSDS/PB, filho da noticiante e de Ericlson Bernardino da Silva, residente no mesmo endereço da noticiante) conduzia a MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, PRETA, 2011/2011, PLACA MOO7201/PB, CHASSI 9C2JC4820BR007589, registrada em nome de GRAZIELA TEIXEIRA SILVA, quando perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCoba ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 02.03.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital, para onde foi socorrido pelo SAMU; Informa que seu filho estava sozinho na moto e pegou a mesma escondido; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 15 de março de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação



ATAMIRE KELY SANTOS MACÊDO SILVA

Noticiante

COMPRA VENDA RUSSE PREVIDÊNCIA S/A	20 MAR. 2018
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	
Procedimento Policial: 00511.01.2018.1.00.420	



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 00511.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00511.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:46 horas do dia 15 de março 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Atamires Kely Macêdo Silva**, CPF nº 061.329.594-32, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Ires do Céu Garcia dos Santos e José Ronaldo Silva de Macêdo, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 10/05/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Loteamento José Gomes de Azevedo, Nº SN, bairro Centro, tendo como ponto de referência Supermercado Bom Preço, na cidade de Araruna/PB, telefone(s) para contato (83) 99957-7048.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Luiz Targino, Perto de Uma Oficina Mecânica, Araruna/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/11/17 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que seu filho **ÉRIC DANIEL SANTOS SILVA** (Brasileiro, natural de Guarabira/PB, nascido aos 10.07.2005. estudante, com 12 anos de idade, CPF 084.355.204-20, RG 3489124 SSDS/PB, filho da noticiante e de Erielson Bernardino da Silva, residente no mesmo endereço da noticiante) conduzia a MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, PRETA, 2011/2011, PLACA MOO7201/PB, CHASSI 9C2JC4820BR007589, registrada em nome de **GRAZIELA TEIXEIRA SILVA**, quando perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 02.03.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital, para onde foi socorrido pelo SAMU; Informa que seu filho estava sozinho na moto e pegou a mesma escondido; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de março de 2018.

*Fábia*  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

*Atamires Kely Santos Macêdo Silva*  
ATAMIRES KELY SANTOS MACÊDO SILVA  
Noticiante

COMPROVADO USO PREVIAMENTE  
10 MAR. 2018

**PROTOCOLO**

Procedimento Policial: 00511.01.2018.1.00.420

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ENIC DANIEL SANTOS SILVA

CPF da Vítima

084355204-20

Data do Acidente

03/11/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

ATAMIRUS KELY SANTOS MEDEIROS SILVA

CPF do Representante legal

061 328 58432

Email

Telefone (DDD)

83 886613863

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO DE FREITAS

300 Pessoas. 15 de maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

**Nome Completo da Vítima**

Nome Completo da Vítima  
ENIC DANIEL SANTOS SILVA

**CPF da Vítima**

084355204-20

**Data do Acidente**

03/11/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

**Nome completo do Representante Legal**

Nome completo do representante legal:  
ATOMINOS KELY SANTOS NACÉNIO SILVA

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)  
83 386618863

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de  
cancelamento do Seguro-DRHAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinale uma das opções abaixo:

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

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

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

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

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MAR. 2010

## PROTOCOL

Local Data

### **Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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: 1039023

**Identificação do paciente**

ID <b>1226717</b>	Nome <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>			Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento <b>10/07/2005</b>	Idade <b>12 anos 3 meses 24 dias</b>	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS</b>				Pai <b>ERIELSON BERNARDINO DA SILVA</b>
Escolaridade:				Responsável (Parentesco) <b>ATAMIRES KELY - MAE</b>
DDD Móvel <b>83</b>	Fone Móvel <b>999577048</b>	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento <b>RG (IDENTIDADE)</b>	Número documento <b>3489124</b>	Nº Cns <b>704100248864080</b>		
Local de procedência <b>ARARUNA</b>				Tipo <b>MUNICÍPIO</b>
Email	Naturalidade <b>GUARABIRA</b>	UF <b>PB</b>		

**Endereço**

CEP <b>58233000</b>	Município de residência <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>JOSE GOMES DE AZEVEDO</b>
Número <b>SN</b>	Complemento	Bairro <b>CENTRO</b>	

**Admissão**

Data e Hora <b>03/11/2017 17:05:35</b>	Número da pulseira <b>1000006288005</b>	Convênio <b>SUS</b>	
Especialidade <b>PEDIATRIA</b>	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	

**Indicadores e Transporte**

Caso policial <b>Não</b>	Plano de saúde <b>Não</b>	Veio de ambulância <b>Não</b>	Trauma <b>Não</b>
Meio de transporte <b>SAMU</b>	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA <b>X mmHg</b>	P脉 <b></b>	Temperatura
---------------------	---------------	-------------

**Exames complementares**

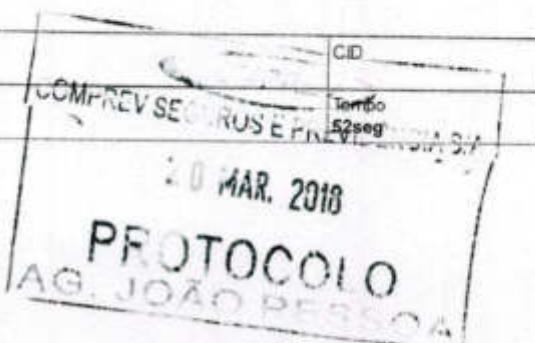
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
**FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL**

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1039023

**Identificação do paciente**

ID 1226717	Nome ERIC DANIEL SANTOS SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/07/2005	idade 12 anos 3 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Pronome
Mãe ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS				Pai ERIELSON BERNARDINO DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) ATAMIRES KELY - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 999577048	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3489124	Nº Crs 704100248864080		
Local de procedência ARARUNA		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R		

**Endereço**

CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro JOSE GOMES DE AZEVEDO
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	

**Admissão**

Data e Hora 03/11/2017 17:05:35	Número da pulseira <b>1000006288005</b>	Convênio SUS	
Especialidade PEDIATRIA	Clínica		
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

Diagnóstico	CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL	COM-PREV SE RUS E PIA 52seg

Imprimir

20 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.206,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00793-5

CONTA: 000000012682-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO15062018050000000002370079300000012682320625 PAGO

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é哼證amento de compra.

Recomenda-se sempre pagar à vista na fachada da concessionária de energia elétrica, CNP 025.474.831.

## DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO DA SILVA LIMA  
RUA MANOEL MARTINS TECORA SN  
MARILINA

## REFERÊNCIA

ABR/2018

## APRESENTAÇÃO

23/04/2018

## CONSÚLTO

92

## VENCIMENTO

30/04/2018

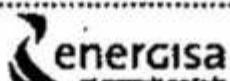
## TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1459317-2

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



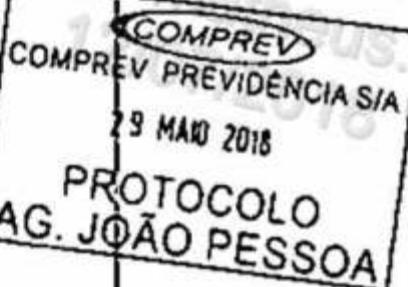
FRANCISCO DA SILVA LIMA

Residencial 13-982-988-1286

CONTA FICHA - Data de Pagamento 0304/2018

VENCIMENTO : TOTAL A PAGAR : DATA FICHA  
30/04/2018 R\$ 68,35 048217-3018-04-4

9 (83) 98661 - 9863

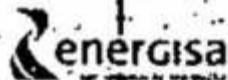


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é respondeável de correio.

Rede para efeitos pagamentos da rede fiscalizada de energia elétrica, CNPJ 025.474.831



ESTADO DA PARAÍBA  
Energisa - Energia - Infraestrutura de Energia Elétrica  
Av. BR-230 - KM 30 - Centro Industrial - João Pessoa - PB - CEP 50020-000  
CNPJ: 00.25.474/0001-83

## DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO DA SILVA LIMA  
RUA MANOEL MARTINS TECORA SN  
AREIA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1459317-2

## REFERÊNCIA

ABR/2018

## APRESENTAÇÃO

23/04/2018

## CONSÚLTO

92

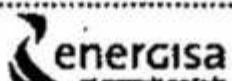
## VENCIMENTO

30/04/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



FRANCISCO DA SILVA LIMA

Residencial 13-982-988-1286

CONTA FICHA - Data de Pagamento 03/05/2018

## VENCIMENTO

30/04/2018

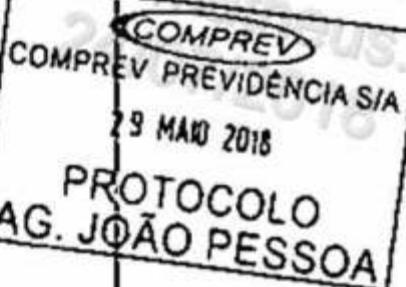
## TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

## DATA FICHA

ABR/2018

9 (83) 98661 - 9863



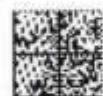


LEONARDO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.  
Acesse [www.oi.com.br/MinhaOi](http://www.oi.com.br/MinhaOi)FATURA DE  
FEV/2018CÓDIGO MINHA OI  
401065114229VENCIMENTO  
02/03/2018Emissão em 15/02/2018  
Período de 13/01/2018 a 13/02/2018PAGAR [R\$]  
**89,20**

Blablablablablablablablab

CTC CORREIOS

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA  
R RUA DESEMBARGADOR BOTO DE MENEZES 359 CA D  
JARDIM DAS ACACIAS  
58020-670 - JOAO PESSOA - PBRECEBA  
ESTA CONTA  
DO JEITO  
MAIS  
PRÁTICO.MUDÉ PARA A CONTA ONLINE.  
E acesse sua fatura de onde estiver.  
Cadastra-se em [www.oi.com.br/minhaoi](http://www.oi.com.br/minhaoi).

7200039896 00000 000000000000 10 160218 00010968

## SERVIÇOS UTILIZADOS

## OI CONTA 50

MÓVEL (83) 98751-1209	33,96
+ Oi Internet Pra Celular	49,90
+ Torpedo 50	0,00

## TOTAL DE MENSALIDADES

Alem disso, você...	3,96
realizou chamadas de longa distância	3,96

## SUBTOTAL

Multa e Juros	1,38
---------------	------

## TOTAL DA SUA FATURA

**89,20**LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA  
CPF: 050.424.914-22  
NÚMERO DO CLIENTE: 2429679452  
NÚMERO DA FATURA: 893198406  
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401065114229CÓDIGO MINHA OI  
**401065114229**[www.oi.com.br/MinhaOi](http://www.oi.com.br/MinhaOi)  
Cadastra-se na Minha Oi e consulte saldo,  
conta detalhada, histórico de consumo e  
muito mais.

## ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Fev 2018	89,20
Jan 2018	92,14
Dez 2017	69,38
Nov 2017	33,96
Dut 2017	47,83
Set 2017	71,38

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e  
evite Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao  
mês pro rata dia. Suspensão do serviço: Parcial,  
15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais  
30 dias, suspensão Total. Durante o período de  
Bloqueio Parcial, a assinatura da sua linha será  
cobrada normalmente de acordo com os valores  
contratados, pois ela continua apta a receber  
chamadas. Cancelamento e Inclusão nos Órgãos  
de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias  
após a Suspensão Total.

oi

CLIENTE FATURA DE VENCIMENTO VALOR DÉBITO AUTOMÁTICO  
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA FEV/2018 02/03/2018 89,20 **401065114229**

OI MÓVEL S.A.

84650000000-1 89200113242-2 96794520893-2 19840600000-2

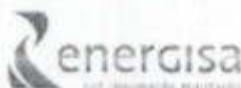
Sé Setor Comercial Norte SN - Asa Norte  
Brasília - DF CEP: 70130-000  
CNPJ: 05.425.983/0001-11  
Inscrição Estadual: 07.441.356/00090  
Inscrição Municipal:

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Busca para simples pagamento da sua fatura de energia basta... N° 002.508.553



EDP - INSTITUCIONAL - REVENDEDOR  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO DA SILVA LIMA  
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA S/N  
ARARUNA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1459317-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2018	21/02/2018	80	28/02/2018	R\$ 60,88

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



FRANCISCO DA SILVA LIMA  
Roteiro: 13-062-060-1200  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/02/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
28/02/2018	R\$ 60,88	1459317-2018-02-6



## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Документът е валиден.

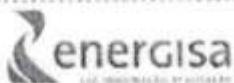
Foto: p.v. seriale piegavimis da reia fuzilisems da unigra videra

 energisa  
ELÉTRICAS BRASILEIRAS

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 18.925.583/0001-62 Insc. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR			
REFERÊNCIA		APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2018	21/02/2018		80	28/02/2018	R\$ 60,88

Acesse: [www.intervisa.com.br](http://www.intervisa.com.br)



FRANCISCO DA SILVA LIMA  
Retorno: 13-062-060-1200  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/02/2018

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA  
28/02/2018 R\$ 60,88 1459317-2018-02-8

Access: www.intechica.com



LEONARDO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.  
Acesse [www.oi.com.br/minhaoi](http://www.oi.com.br/minhaoi)FATURA DE  
FEV/2018CÓDIGO MINHA OI  
401065114229VENCIMENTO  
02/03/2018Emissão em 15/02/2018  
Período de 13/01/2018 a 13/02/2018PAGAR (R\$)  
89,20

CTC CORREIOS

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA  
RUA DESEMBARGADOR BOTO DE MENEZES 359 CA D  
JARDIM DAS ACACIAS  
58020-670 - JOAO PESSOA - PB

7200039898 00000 0000000000 10 160218

RECEBA  
ESTA CONTA  
DO JEITO  
MAIS  
PRÁTICO.MUDOU PARA A CONTA ONLINE.  
É acesse sua fatura da onde estiver.  
Cadastra-se em [oi.com.br/minhaoi](http://oi.com.br/minhaoi).

11/04/2018 13:33:47

## SERVIÇOS UTILIZADOS

## OI CONTA 50

MÓVEL (83) 98751-1209	33,86
+ Oi Internet Pra Celular	49,90
+ Torpedo 50	0,00
<b>TOTAL DE MENSALIDADES</b>	<b>83,86</b>
Alem disso, você...	3,96
realizou chamadas de longa distância	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>87,82</b>
Multa e Juros	1,28
<b>TOTAL DA SUA FATURA</b>	<b>89,20</b>

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA  
CPF: 050.424.914-22  
NÚMERO DO CLIENTE: 2429679452  
NÚMERO DA FATURA: 853188406  
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401065114229CÓDIGO MINHA OI  
401065114229www.oi.com.br/minhaoi  
Cadastra-se na Minha Oi e consulte suas  
pontos totais da sua fatura, seu consumo e  
mais novidades.

## ENTENDA SEU CONSUMO

O valor de sua fatura nos últimos meses:

Fev 2018	89,20
Jan 2018	82,14
Dez 2017	50,38
Nov 2017	33,96
Out 2017	47,83
Sep 2017	71,39

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e  
vulta. Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao  
mês pro reato dia. Suspensão do serviço: Punctual,  
15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais  
30 dias, Suspensão Total. Durante o período de  
Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será  
cobrada normalmente de acordo com os valores  
contratados, para ela continua apta a receber  
chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos  
de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias  
após a Suspensão Total.

COMPREV SEGUROS E PRÉVIA... J.A.S./  
20 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG 1065114229

CLIENTE  
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTAFATURA DE  
FEV/2018 VENCIMENTO  
02/03/2018VALOR  
89,20DÉBITO AUTOMÁTICO  
401065114229

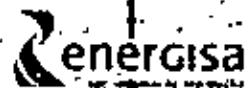
OI MÓVEL S.A.

84650000000-1 89200113242-2 96794520893-2 19840600000-2

Sítio Comercial Norte SN - Alto Norte  
Belo Horizonte - MG - CEP 31702-000  
(31) 3642-9845/9846/9847  
Fax: (31) 3642-9848/9849  
Inscrição Municipal:

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento para viver melhor  
Documento não é pagamento de conta.  
Política para proteção de dados: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



Companhia Energética do Rio Grande do Norte S.A.  
Av. Senador Salgado Filho, 1700 - Centro  
66010-130 - João Pessoa - RN - CEP 58010-130  
www.energisa.com.br

## DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO DA SILVA LIMA  
PRAIA MANOEL MARTINS RECIFE/PE  
MARILINA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1459317-2

REFERÊNCIA  
ABR/2018

APRESENTAÇÃO  
23/04/2018

CONSUMO

92

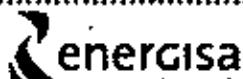
VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

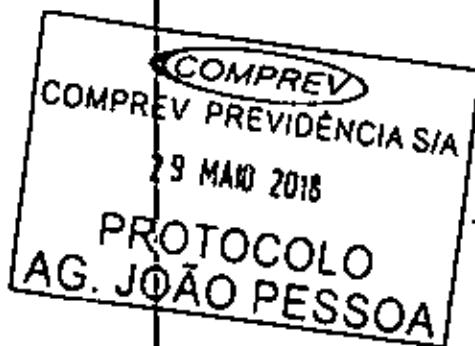
Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



FRANCISCO DA SILVA LIMA  
PRAIA MANOEL MARTINS RECIFE/PE  
CONTAS PAGA - Data do Pagamento 03/05/2018

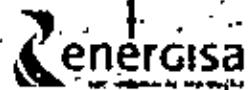
VENCIMENTO : TOTAL A PAGAR : MATERIAIS  
30/04/2018 R\$ 68,35 04/04/2018

⑨ (83) 98661 - 9863



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento para viver melhor  
Documento não é pagamento de conta.  
Política para proteção de dados: [www.energisa.com.br](#) / N° 025-474-821



Companhia Energética do Rio Grande do Norte S.A.  
Av. Senador Salgado Filho, 1700 - Centro  
66010-130 - João Pessoa - RN - CEP 58010-130  
www.energisa.com.br

## DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO DA SILVA LIMA  
PRAIA MANOEL MARTINS RECIFE/PE  
MARILINA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1459317-2

REFERÊNCIA  
ABR/2018

APRESENTAÇÃO  
23/04/2018

CONSUMO

92

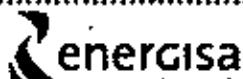
VENCIMENTO

30/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 68,35

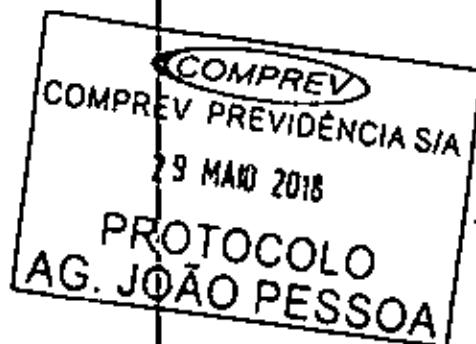
Acesse: [www.energisa.com.br](#)



FRANCISCO DA SILVA LIMA  
PRAIA MANOEL MARTINS RECIFE/PE  
CONTAS PAGA - Data do Pagamento 03/05/2018

VENCIMENTO : TOTAL A PAGAR : MATERIAIS  
30/04/2018 R\$ 68,35 04/04/2018

⑨ (83) 98661 - 9863



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### 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.

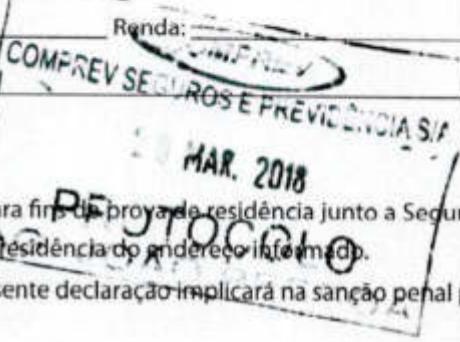
A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<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 Fernando Cesar da Silva Costa inscrito (a) no CPF/CNPJ 050424814, 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Kelly Santos da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 061329584, 32, do sinistro de DPVAT cobertura Invacine 02 da Vítima Eric Janiel Santos Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084355204, 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:



Recuso informar

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

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

Endereço			Número	Complemento
<u>Rua Presidente Vargas 3290 00 muretas</u>			<u>359</u>	<u>C10</u>
Bairro	Cidade		Estado	CEP
<u>Jardim das Acácias</u>	<u>3205 Parioca</u>		<u>Espírito Santo</u>	<u>8020 690</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
	<u>8338661 8863</u>			

3205 Parioca, 15 de maio de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### 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 Jeronimo Costa da Silva Costa inscrito (a) no CPF/CNPJ 050424814 / 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jeronimo Costa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 061329534 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura 11/04/2018-2 da Vítima Enio Nanci Santos Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084355204 / 20, 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 da residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Sete de Setembro 3290</u>	<u>Brasília</u>	<u>359</u>	<u>CAO</u>
Bairro <u>Samim das Américas</u>		Estado <u>Pará</u>	CEP <u>66020 690</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>63 3866 3863</u>	Telefone celular (DDD)

30/03/2018 de março de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Graziela Sircina Silva,  
RG nº 2659411, data de expedição 08/06/99,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 044620394-75 com  
domicílio na cidade de Charuna, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua São Mateus, s/n, nº —,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Eric Daniel G. Sihra, cujo o condutor era  
Erielson Bumardino da Silva

Veículo: MOTO  
Modelo: Honda/BR 125 GS  
Ano: 2011/2011  
Placa: M007201/PB  
Chassi: BG2J54820B1007589  
Data do Acidente: 03/11/2017  
Local e Data: Araruna, 24 de junho, 2018

Graziela Sircina Silva  
Assinatura do Declarante



Erielson Bumardino da Silva

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

RECONHEÇO verdadeira Letra(s)e Firma(s)  
por autenticidade de Graziela Sircina Silva  
Araruna 14 de Junho de 2018  
Em Testº ATL da verdade.  
Ananira Fernandes M. Nobre  
TABELIÃO

### SELO DIGITAL

AGK54575 - LF1J

Consulte Autenticidade em:  
<https://selodigital.tjpj.jus.br>



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Graziela Teixeira Silva,  
RG nº 2659411, data de expedição 08/06/99,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 044620394-75 com  
domicílio na cidade de Araruna, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua São Mateus, s/n, nº —,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
víctima Eric Daniel S. Sihra, cujo o condutor era  
Eriulson Bumardino da Silva.

Veículo: MOTO  
Modelo: Honda/B12 125ES  
Ano: 2011/2011  
Placa: NO6J201/PB  
Chassi: 352554820B1007589  
Data do Acidente: 03/11/2017  
Local e Data: Araruna, 24 de maio, 2018

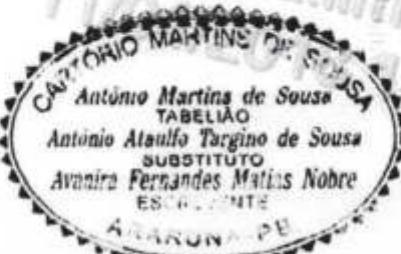
Graziela Teixeira Silva  
Assinatura do Declarante

RECONHEÇO verdadeira Letra(s)e Firma(s)  
por autenticidade de Graziela Teixeira  
Silva, dou fi  
Araruna, 14 de Maio de 2018  
Em Teste: Ataulfo Targino de Souza da verdade.  
Anaíra Fernandes Matias Nobre  
TABELIÃO

### SELO DIGITAL

AGK54575 - LF1J

Consulte Autenticidade em:  
<https://selodigital.tpb.jus.br>





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Eric Daniel Santos Silva

DATA DE NASCIMENTO 10/07/05

NOME DA MÃE tamires Kely Garcia dos Santos

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105205

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1039023

DATA DO ATENDIMENTO 03/11/17

HORA DO ATENDIMENTO 17:05

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero proximal esquerdo + fratura de fêmur direito

CID 10 S42.2 S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, usava capacete, apresenta dor, edema e deformidade em coxa direita, dor em braço esquerdo, sem outras queixas, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX crânio, cervical, tórax, ombro e braço E, bacia, coxa D,

USG(fast)

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur D, fratura de úmero proximal E

### TRATAMENTO:

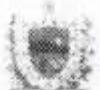
Tração transtibial direita + redução incruenta de fratura de úmero proximal esquerdo (realizado em 03/11/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito (realizado em 10/11/17)

ALTA HOSPITALAR: 11/11/17

DATA DA EMISSÃO: 02/03/17

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



**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa	
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo <b>Masculino</b>	CNS 704100248864080	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe <b>ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS</b>	Endereço <b>JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>ARARUNA</b>	Prontuário <b>105205</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional	Brício Kelton Barbosa Golcalves	Nº Cons. Regional 7654/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 18:25:25		
Vênio _____	Nº Matrícula			Senha

### Anamnese

### EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

HEMOSSEDIMENTACAO

PROTEÍNA C REATIVA (PCR)

SUMARIO DE URINA

### Conduta

Em observação

Dr. Brício Kelton B. Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 7654

TEOT 15655

BRÍCIO KELTON BARBOSA GOLCALVES  
(7654/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar | Imprimir | Reimprimir boletim





**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
**Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090**  
**Tel: 32165700**  
**CNES:**

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>		BAE <b>1039023</b>	Data/Hora Entrada <b>03/11/2017 17:05:35</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/07/2005</b>		Idade <b>12</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 999577048</b>
Mãe <b>ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS</b>				Prontuário
Endereço <b>JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN</b>		Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ZULMIRA ERNESTINA PEREIRA LOPES</b>	Nº Cons. Regional <b>4757/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>03/11/2017 17:05:35</b>		Data/Hora Prescrição <b>03/11/2017 17:43:28</b>		
Convênio <b>"US"</b>		Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

HA 4 HORAS SOFREU COLISÃO MOTO X CARRO, VINHA COM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, COM EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA, E DOR NO 1/3 SUPERIOR DO BRAÇO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. VACINAÇÃO EM DIA - SIC. ALERGIA A SMZ + TMP.

AO EXAME:

EM PRANCHA COM COLAR CERVICAL, EUPNEICO, CORADO, GLASGOW 15.

AR MV + EM AHT SEM RA

ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR

MMSS: DOR EM 1/3 SUPERIOR DE BRAÇO E

MMII: DEFORMIDADE EM COXA D, COM EDEMA (+2/+4)

PELE: ESCORIAÇÕES EM JOELHO E

HD: POLITRAUMA

FRATURA DE COXA D?

CD: RX DE CRANIO, CERVICAL, TORAX, OMBRO E BRAÇO E, BACIA, COXA D

FAST, PARECER DA ORTOPEDIA E CIRURGIA GERAL, NRC

SF 0,9%, DIPIRONA; CONSELHO TUTELAR

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V. 24H, DURANTE 24 HORA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: APlicar 2 ML + AD EV DE 6/6 HORAS)

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA GERAL, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: COMUNICAR AO CONSELHO TUTELAR)

### EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)

COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)



**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
**Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090**  
**Tel: 32165700**  
**CNES:**

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/07/2005</b>	Idade <b>12</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>704100248864080</b>
Mãe <b>ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS</b>			Telefone de Contato <b>(83) 999577048</b>
Endereço <b>JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>03/11/2017 17:05:35</b>		Data/Hora Prescrição <b>03/11/2017 20:53:47</b>	
Convênio <b>IS</b>	Nº Matricula		Senha

### Anamnese

VÍTIMA DE COLISÃO AUTO X MOTO; ESTAVA EM USO DE CAPACETE; SEM SINAIS DE TCE; CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT MOTOR APARENTE; NEGA DOR EM COLUNA

VAI SER OPERADO PELA ORTOPEDIA DE FRATURA DE FÊMUR E ÚMERO PROXIMAL

CD: LIBERADO DA NEUROCIRURGIA; AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA; RETIRAR COLAR E PRANCHA

**Dados coletados anteriormente      utilizar na impressão?**

### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

**RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(6628/PB)**

**ERIC DANIEL SANTOS SILVA**





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

0010



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

**Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB 58031090**

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	BAE <b>1039023</b>	Data/Hora Entrada <b>03/11/2017 17:05:35</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/07/2005</b>	Idade <b>12</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 999577048</b>
Mãe <b>ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS</b>			
Endereço <b>JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ARAO SANTOS DE ALENCAR</b>	Nº Cons. Regional <b>7967/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>03/11/2017 17:05:35</b>	Data/Hora Prescrição <b>03/11/2017 19:45:37</b>		
Convênio <b>'IS</b>	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

HA 4 HORAS SOFREU COLISÃO MOTO X CARRO, VINHA COM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, COM EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA, E DOR NO OMBRO ESQUERDO  
NVC MID SEM ALT

RX COM FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO E FRATURA SE UMBRO PROXIMAL

**CD: AO BLOCO CIRÚRGICO PARA TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA E REDUÇÃO UMERO PROXIMAL ESQUERDO APÓS LIBERAÇÃO DE OUTRAS ESPECIALIDADES**

## Conducta

Em observação

**ARAO SANTOS DE ALÉNCAR**  
**(7967/PB)**

ERIC DANIEL SANTOS SILVA





**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
**Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090**  
**Tel: 32165700**  
**CNES:**

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>		BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/07/2005</b>	Idade <b>12</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>704100248864080</b>	Telefone de Contato <b>(83) 999577048</b>
Mãe <b>ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS</b>				Prontuário
Endereço <b>JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN</b>		Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>8795/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>03/11/2017 17:05:35</b>		Data/Hora Prescrição <b>03/11/2017 20:17:38</b>		
Convênio <b>IS</b>	Nº Matrícula			Senha

### Anamnese

Paciente, menor, pilotava motocicleta em via pública quando colidiu contra caminhão. Deu entrada trazido pelo SAMU, que o encontrou na cena, consciente orientado. Já recebeu primeiro atendimento ao traumatizado e no momento possui indicação de procedimento cirúrgico pela equipe de ortopedia.

A - VAP com colar e prancha

B - MV+ sim bilateralmente SRA, não apresenta dispneia ou desconforto torácico

C - BCRNF SS pulsos cheios e simétricos, pelve estável, nega dor à palpação abdominal. Normotensão.

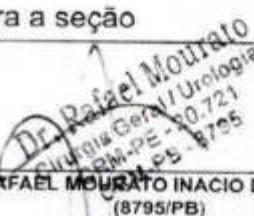
D - ECG = 15, pupilas isocônicas e fotorreagentes.

E - Nega dor, apresenta fratura em femur e

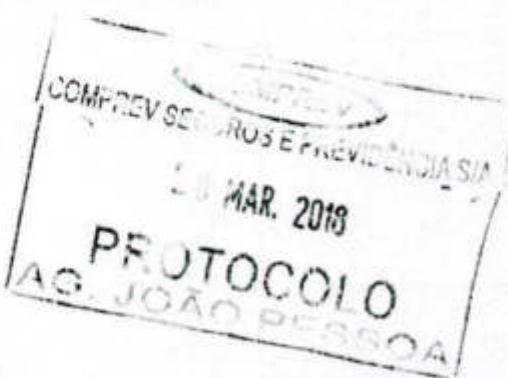
Cd: Paciente liberado da cirurgia geral, segue aos cuidados da Ortopedia e subsequentemente da Pediatria.

### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

  
**RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA**  
 (8795/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080
Mãe <b>ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS</b>			
Endereço <b>JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA</b>	Nº Cons. Regional <b>5804/PB</b>
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Prescrição 11/11/2017 09:18:51		
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

## CID10

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

## Conduta

Em observação

## Alta médica

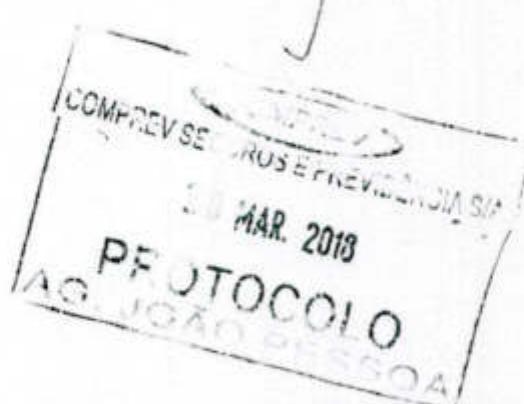
Resumo <b>FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA</b>	Data e Hora 11/11/2017 09:18:20
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	Conduta paciente no 1º dpo de osteossíntese de fratura diáfise fêmur d. tratamento conservador de fratura úmero proximal e.: evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo orientações alta hospitalar.

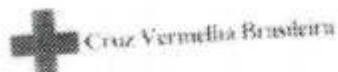
ERIC DANIEL SANTOS SILVA

FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA  
(CRM: 5804/PB)

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar    Imprimir    Reimprimir boletim





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 6121221 - Tel.:



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Impresso por: FRANCISCO  
KARTNEY SARMENTO  
PEDROSA  
Em: 11/11/2017 09:17:58

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ERIC DANIEL SANTOS SILVA	1039023	03/11/2017 17:05:35	
Data de nascimento	Idade	CNS	Prontuário
10/07/2005	Masculino	704100248864080	105205
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 11/11/2017 09:17:31)

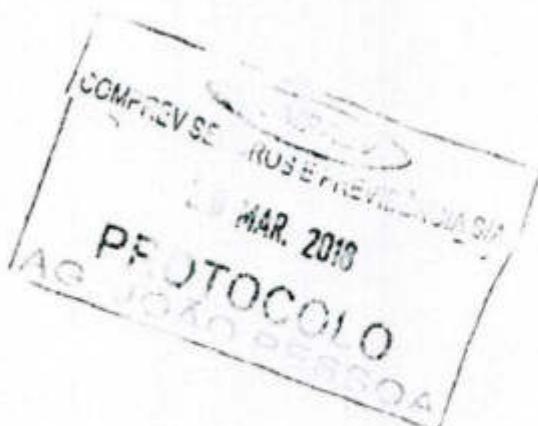
#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

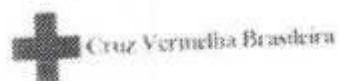
##### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

paciente no 1º dpo de osteossíntese de fratura diáfise fêmur d. + tratamento conservador de fratura úmero proximal e; evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo + orientações + alta hospitalar.

Seção: OBS PEDIATRIA - Leito: 0006  
Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Impresso por: EDSON  
DELGADO TINOCO  
Em: 09/11/2017 07:50:24

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1039023</b>	Data/Hora Entrada <b>09/11/2017 17:05:35</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/07/2005</b>	Idade	Sexo <b>Masculino</b>	Prontuário <b>105205</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE (EDSON DELGADO TINOCO - 09/11/2017 07:50:15)

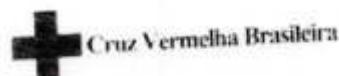
#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

##### Descrição da evolução:

FRATURA DE FEMUR + FRATURA DE UMERO PROX ESQ. EVOLUINDO SEM FEBRE COM MELHORA DO LABORATÓRIO.  
AGUARDA CIRURGIA (OSTEOSSÍNTESE PLACA 4.5 ESTREITA EM FEMUR )

Jeção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006  
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Impresso por: TIBIRICA  
MEDEIROS BARBOSA  
Em: 08/11/2017 11:24:30

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1039023</b>	Data/Hora Entrada <b>03/11/2017 17:05:35</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/07/2005</b>	Idade	Sexo <b>Masculino</b>	Prontuário <b>105205</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 08/11/2017 11:24:25)

#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

##### Descrição da Evolução:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

PRE OP OK

AGUARDA CIRURGIA

Unidade: OBS PEDIATRIA Leito: 0006  
Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel: 8332165700



GOVERNO  
DA PARAIBA

Impresso por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO  
RABELO  
Em: 06/11/2017 07:56:12

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1039023</b>	Data/Hora Entrada <b>03/11/2017 17:05:35</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/07/2005</b>	Idade <b>12</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Prontuário <b>704100248864080</b>
Tempo de Internação <b>2d 6h 55min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Planião <b>DIURNO</b>

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 06/11/2017 07:56:04)

#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

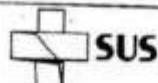
Descrição da evolução:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, FEBRÍCULA, AGUARDA NOVOS EXAMES SOLICITADOS ONTEM.

Seção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006  
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

MESSAL

01111+

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Eric Daniel Gentes Sílio

5 - N° DO PRONTUÁRIO -

D039023

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º 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/EU/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

4,5 TM

35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

0,5 Blanca qCP larga de 50 E. +  
 Raroq. Bot. n.º : 30 M, 32 T, 34 I, 38 I, 42 T e 44 I

Fim de Kirschner n.º 2,5 T (Guia)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO  
( ) CNS    ( ) CPF

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO  
( ) CNS    ( ) CPF

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

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Eric Daniel Santos Soárez BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 10/11/18  
 Clínica/Setor: Setor EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de rotura do ligamento de Fimur  
 Cirurgião: Dr. Renzo 1º Assistente: Dr. Rodrigo  
 2º Assistente: Médico. Renzo 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Rotura do ligamento do</u> <u>Fimur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de rotura</u> <u>do ligamento de Fimur</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim ( )Não. Descrição: AGUTOCOJO

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Pedro Rondon  
CRM-PE 9700  
CRM-ES 9700

João Pessoa, 10/11/18

**Nota de Sala Cirúrgica**

NOME DO PACIENTE	Eric Fábio Santos Silveira				
IDADE	12	SEXO	M	PROTECTOR	ENFERMAGEM
CIRURGIA	TBC Bifurcada - Fst. Piscina Esteril + 12º				
CIRURGÃO	Dr. Renan + Rodrigo Almeida + Dr. Renan (CRS)				
ANESTESIA	Raspi				
ANESTESISTA	Adriana Bento				
INSTRUMENTADOR	Glenister				
DATA	10/11/12	HORA CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO	13:40	HORA CIRÚRGICO: INÍCIO	16:00
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPIDA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	JELCO Nº20	1	FIO CAT.GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	500	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL	11	KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVP1 DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVP1 TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVP1 TOPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	
LIDOCAÍNA C/VASO	AGULHA 13X4,5	OK	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/VASO	AGULHA 25X07	OK	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	OK	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MÓRFINA	AGULHA 40X12	OK	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FIO SEDA Nº	
NIMBUIM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRÚRGICA	OK	FITA CARDIÁCA
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		MATERIAL ESPECIAL QTD.
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CATETER DE PIC
PROPORFOL	AGULHA RAQUÍTICA Nº25G		SCALP Nº19		CIMENTO CIRÚRGICO
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUÍTICA Nº26G	1	SCALP Nº21		CLIP TITÂNIO LIGADURA
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUÍTICA Nº27G		SERINGA 3ML	OK	FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	OK	FIO DE KIRSCHNER Nº
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	OK	SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN Nº
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	OK	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº		
ADRENALINA		CÂNULA PI TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ATROFINA		CATETER EMBOLE C ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	PROTESE VASCULAR	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	KIT. PAM	
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	FIXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	EMPRESA	
DIPRIBONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	4,5 CM	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
EUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº	32 F 341 - 381	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	42 F 341 - 381	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	FUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSOS	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALLEOLAR	
LIDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MASTIGOLAR	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA DCP LARGA de	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		PLACA 50 F. 1	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPINHA PVPI		EQUIPAMENTOS	
TENOXICAN		ESPARADRAGO	OK	QTD.	( ) ASPIRADOR
		GAZES	OK		( ) BISTURI ELÉTRICO
		GAZES ALGODOADAS	OK		( ) CAPNÓGRAFO
		GEL ELETROLÍTICO	OK		( ) CÁRDIONITOR
		JELCO Nº14	OK		( ) DESFIBRILADOR
		JELCO Nº16	OK		( ) FOCO AUXILIAR
			OK		( ) FOCO CENTRAL
			OK		( ) MICROSCOPIO
			OK		( ) OXIMETRO DE PULSO
			OK		( ) P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
			OK		( ) PERFORADOR ELÉTRICO
			OK		( ) SERRA
			OK		CIRCULANTE

*Medicamentos*  
Tecido muscular  
Tecido conjuntivo  
Ossos  
Cartilagem  
Músculo esquelético



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

### FICHA DE ANESTESIA

Hospital

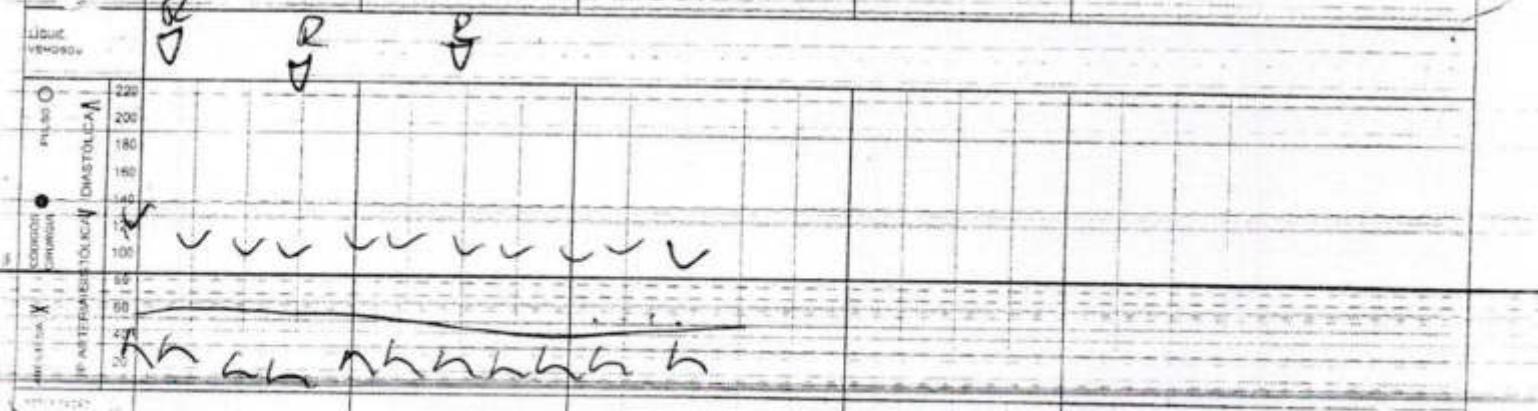
DATA: 10/11/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Eric Daniels Salva

SEXO: M COR: B IDADE: 12

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUINEO
ESTADO GERAL	( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		RISCO CIRURGICO	( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO	OK		AP. CIRCULATÓRIO	OK	
AP. DIGESTIVO	OK	ESTADO MENTAL	Alerta	DROGAS EM USO	
PRE-ANESTESICO					
DIAGNOSTICO PRE-OPERATÓRIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO					
INÍCIO DA ANESTESIA	13:40	TÉRMINO DA ANESTESIA	16:00	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS	
ANESTESISTA	Adriana Lobão de Azevedo			CRM-PB	4572
APF	ORA	3:40	4:40	5:40	



<input type="checkbox"/> FÉSIA GERAL	<input type="checkbox"/> INHALADORA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOCO PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOCO NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
USUÁRIOS					
SUCROS	1	Bupiv. Proc. 15mg	11	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTESICO	
NAUS	2	Dimeg 0,08 mg	12	mg. Abac 300 +	
SANGUE	3	Qr 1000 3 1 min.	13	Dimeg 0,02 mg	
TRIGLO	4	Drimoxa 1g	14		
TOTAL	5	Repac 2g	15	COMPRESSO SÉGURO E FEVERIL	
CERTO DO PACIENTE					
<input type="checkbox"/> APT	<input type="checkbox"/> EXTERMÁRIA	6	Bidodum 10mg	16	
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	7	Cateth 10ml	17	20 MAR. 2018
<input type="checkbox"/> OUTROS		8	Demand 5mg	18	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
11:45					
Assinatura do Anestesiologista					
Adriana Lobão de Azevedo Anestesiologista CRM-PB/4572					
F.(NG) ASCIR 125					

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

- Posição em DDTI Sol anterior
- Exangue e intubado
- Aporfia de campos cirúrgicos

## Incisão:

Circuncisão longitudinal lateral no lado O

## Achados:

- Fálico duplo N Fuso O

## Conduita:

- Exploração + Hemostasia anterior
- Limpidez do leito do fuso distal
- Pedículo de Fractura com pinça e
- rotação
- Fixação do fuso da P4-S de 10 furos.
- Usado 10 pinhas certas
- parafuso de clavoplasty
- Isolamento do fuso de compresão

COMPRESÃO  
REV SEGURO E PREVIA  
DIA S/T

20 MAR. 2018

PP  
PROTOCOLO

AG. JOÃO BRUNO

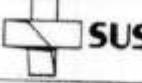
- Fechamento:  
- Encerado com plástico  
- suturas alginatadas  
- cido e control

## Observação:

Médico/CRM:

Dr. Pedro Henrique Pinto  
CRM 100000  
CREF 06 8706

João Pessoa, 10/13/17

 <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>			<b>Folha 1/2</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HEETSHL</b>		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <b>Eric Daniel Santos Silva</b>		6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1039023</b>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO <b>M</b>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTDE		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE		
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>				
<b>01 dia de Kusdinner no 3º POCO</b>				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
41 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		Dr. Victor Linhares
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO SONSELHO)		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
CRM 6.84-RN CRM 10894-PB		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		47 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		

CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSIL

Nome: Eric Daniel Santos Silva BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 03/11/17  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Tratamento de Fr. Diáfise do Fímmur V  
 Cirurgião: Dr. Anés 1º Assistente: Dr. Gomes  
 2º Assistente: Dr. Victor Linhares MRI 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
- Fr. Diáfise do Fímmur D		
- Fr. Ímcr. proximal E		

Procedimentos Cirúrgicos		Código
(1) Tratamento Transfixador Ímcr. proximal	TACO	DR. VICTOR LINHARES MAR. 2018
(2) Reduzão. imuneto de Fr. Ímcr. proximal E	TOCO	

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. Victor Linhares  
CRM-PB  
CNPJ: 12.345.678/0001-00

João Pessoa, 03/11/17

## Nota de Sala Cirúrgica

103 9023

NOME DO PACIENTE:	W <sup>h</sup> nic Daniel Santos Selva			
IDADE:	12	RE.	1039023	
PRONTUÁRIO:		ENFERMARIA:	LEITO	
CIRURGIA:	Trat cur trat de lesões D + lesões G			
CIRURGIÃO:	Araújo	1 <sup>º</sup> AUX:	George	
ANESTESIA:	general	2 <sup>º</sup> AUX		
ANESTESISTA:	Dr André			
INSTRUMENTADOR:	—			
DATA:	03/11/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:	22:00	
CIRURGIA: INÍCIO:		FIM:	22:40	
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPIDA   CONTAMINADA   INFECTADA   POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURÍ URIN N°11	FIO DE NYLON N°
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURÍ URIN N°15	FIO DE NYLON N°
FENTANILA	PVP1 DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURÍ N°23	FIO POLIGLACTINA N°
FLUMAZENIL	PVP1 TINTURA	OK	LÂMINA BISTURÍ N°24	FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO	PVP1 TÓPICO	OK	LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA S/ VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE N°
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°
MORFINA	AGULHA 40X1,2	7	LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDIACA
NIMBILUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	QTD.
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERRUFADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIO STEINMAN N°
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 2ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	ROSLA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNLIA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°17	EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°18	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NARIN. CIR	PARAFUSOS CORTICais
Efedrina		COLET. URINA FECHADO	SONDA NARIN. LONG	PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
FLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		
PROTAMINA		ESPOONIA DE PVPI	FIOS	EQUIPAMENTOS
TENOXICAN		ESPARADRAPO	QTD.	
		GAZES		( ) ASPIRADOR
		GAZES ALGODOADAS		( ) BISTURI ELÉTRICO
		GEL ELETROLÍTICO		( ) CAPNOGRAFO
		JELCO N°14		( ) CARDIOMONITOR
		JELCO N°16		( ) DESFIBRILADOR
				( ) FOCO AUXILIAR
				( ) FOCO CENTRAL
				( ) MICROSCOPIO
				( ) OXÍMETRO DE PULSO
				( ) P.A. INTRAARTERIA INVASIVA
				( ) PERRUFADOR ELÉTRICO
				( ) SERRA
				CIRCULANTE

Mano Job Junes preen -  
34440, FNO ASCIR 021-2





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

DPOH DPO Nodog -  
② Anestesiada, endotrófico, CC E

### Incisão:

⑨

### Achaados:

### Conduta:

④ Trasplante de osteólise Transversal P, com fixação de Steinmann 3,5

⑤ Mobilização de Ombro-D  
para reseção intramedular Fix.  
do úmero, Maxim D, grávidos  
por radiofototerapia

### Fechamento:

### Observação:

COMPRENSÃO  
PROSESPEROSA  
MAR. 2018  
PROTÓCOLO  
AC. UORTO



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 Eric Daniel Santos Silva

DATA DE NASCIMENTO 10/07/05

NOME DA MÃE tamires Kely Garcia dos Santos

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105205

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1039023

DATA DO ATENDIMENTO 03/11/17

HORA DO ATENDIMENTO 17:05

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero proximal esquerdo + fratura de fêmur direito

CID 10 S42.2 S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, usava capacete, apresenta dor, edema e deformidade em coxa direita, dor em braço esquerdo, sem outras queixas, Glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX crânio, cervical, tórax, ombro e braço E, bacia, coxa D,

USG(fast)

### RESULTADOS DOS EXAMES: PROTOCOLO

RX: fratura de fêmur D, fratura de úmero proximal E.

### TRATAMENTO:

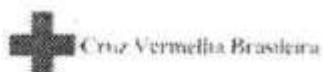
Tração transtibial direita + redução incruenta de fratura de úmero proximal esquerdo (realizado em 03/11/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito (realizado em 10/11/17).

ALTA HOSPITALAR: 11/11/17

DATA DA EMISSÃO: 02/03/17

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



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

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

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/07/2005</b>	Idade <b>12</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>704100248864080</b>
Mãe <b>ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS</b>			Telefone de Contato <b>(83) 999577048</b>
Endereço <b>JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>ARARUNA</b>	Prontuário <b>105205</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES</b>	Nº Cons. Regional <b>7654/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>03/11/2017 17:05:35</b>		Data/Hora Prescrição <b>05/11/2017 18:25:25</b>	
Venho <b>Br</b>	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

#### EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

HEMOSSEDIMENTACAO

PROTEÍNA C REATIVA (PCR)

SUMARIO DE URINA

#### Conduta

Em observação

Dr. Bricio Kelton B. Goncalves

Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 654

TEOT 5555

**BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES**

(7654/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar    Imprimir    Reimprimir boletim

COMPRESSEURS E PREVISÃO

MAR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

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

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080
Mãe <b>ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS</b>			
Endereço <b>JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN</b>	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ZULMIRA ERNESTINA PEREIRA LOPES	Nº Cons. Regional 4757/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Prescrição 03/11/2017 17:43:28		
Convênio "US"	Nº Matrícula	Senha	

## Anamnese

HA 4 HORAS SOFREU COLISÃO MOTO X CARRO, VINHA COM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, COM EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA, E DOR NO 1/3 SUPERIOR DO BRAÇO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. VACINAÇÃO EM DIA - SIC. ALERGIA A SMZ + TMP.

AO EXAME:

EM PRANCHA COM COLAR CERVICAL, EUPNEICO, CORADO, GLASGOW 15.

AR MV + EM AHT SEM RA

ABDOMÉ FLÁCIDO, INDOLOR

MMSS: DOR EM 1/3 SUPERIOR DE BRAÇO E

MMII: DEFORMIDADE EM COXA D, COM EDEMA (+2/+4)

PELE: ESCORIAÇÕES EM JOELHO E

HD: POLITRAUMA

FRATURA DE COXA D?

CD: RX DE CRANIO, CERVICAL, TORAX, OMBRO E BRAÇO E, BACIA, COXA D

FAST, PARECER DA ORTOPEDIA E CIRURGIA GERAL, NRC

SF 0,9%, DIPIRONA; CONSELHO TUTELAR

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: APlicar 2 ML + AD EV DE 6/6 HORAS)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA GERAL, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

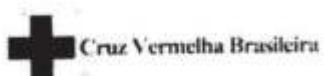
SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: COLISÃO MOTO X CARRO)

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: COMUNICAR AO CONSELHO TUTELAR)

## EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)

COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COLISÃO MOTO X CARRO)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/07/2005</b>	idade <b>12</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>704100248864080</b> Telefone de Contato <b>(83) 999577048</b>
Mãe <b>ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS</b>	Prontuário		
Endereço <b>JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>03/11/2017 17:05:35</b>	Data/Hora Prescrição <b>03/11/2017 20:53:47</b>		
Convênio <b>IS</b>	Nº Matrícula	Senha	

### Anamnese

VÍTIMA DE COLISÃO AUTO X MOTO; ESTAVA EM USO DE CAPACETE; SEM SINAIS DE TCE; CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT MOTOR APARENTE; NEGA DOR EM COLUNA.

VAI SER OPERADO PELA ORTOPEDIA DE FRATURA DE FÉMUR E ÚMERO PROXIMAL

CD: LIBERADO DA NEUROCIRURGIA; AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA; RETIRAR COLAR E PRANCHA

Dados coletados anteriormente      utilizar na impressão?

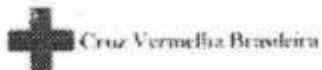
### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

**RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO**  
(6628/PB)

**ERIC DANIEL SANTOS SILVA**





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

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

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999577048
Mãe <b>ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS</b>	Prontuário		
Endereço <b>JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ARAO SANTOS DE ALENCAR</b>	Nº Cons. Regional <b>7967/PB</b>
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35	Data/Hora Prescrição 03/11/2017 19:45:37		
Convênio <b>'S</b>	Nº Matrícula	Senha	

### Anamnese

HA 4 HORAS SOFREU COLISÃO MOTO X CARRO, VINHA COM CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, COM EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA, E DOR NO OMBRO ESQUERDO  
NVC MID SEM ALT

RX COM FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO E FRATURA DE UMERO PROXIMAL

CD, AO BLOCO CIRÚRGICO PARA TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA E REDUÇÃO UMEMO PROXIMAL  
ESQUERDO APÓS LIBERAÇÃO DE OUTRAS ESPECIALIDADES

### Conduta

Em observação

ARAO SANTOS DE ALENCAR  
(7967/PB)

ERIC DANIEL SANTOS SILVA




**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**
**Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090**
**Tel: 32165700**
**CNES:**

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999577048
<b>Mãe ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS</b>			Prontuário
Endereço <b>JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>8795/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>03/11/2017 17:05:35</b>		Data/Hora Prescrição <b>03/11/2017 20:17:38</b>	
Convênio <b>'IS</b>	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

Paciente, menor, pilotava motocicleta em via pública quando colidiu contra caminhão. Deu entrada trazido pelo SAMU, que o encontrou na cena, consciente orientado. Já recebeu primeiro atendimento ao traumatizado e no momento possui indicação de procedimento cirúrgico pela equipe de ortopedia.

A - VAP com colar e prancha

B - MV+ sim bilateralmente SRA, não apresenta dispneia ou desconforto torácico

C - BCRNF SS pulsos cheios e simétricos, pelve estável, nega dor à palpação abdominal. Normotensão.

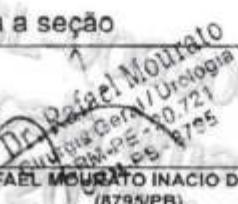
D - ECG = 15, pupilas isocônicas e fotorreagentes.

E - Nega dor, apresenta fratura em femur e

Cd: Paciente liberado da cirurgia geral, segue aos cuidados da Ortopedia e subsequentemente da Pediatria.

### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

  
**RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA**  
 (8795/PB)

**ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

**COMPREVSC ROSE FONSECA JUNIOR**  
**MAR. 2019**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senator Hélio LucasGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ERIC DANIEL SANTOS SILVA	BAE 1039023	Data/Hora Entrada 03/11/2017 17:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/2005	Idade 12	Sexo Masculino	CNS 704100248864080
Mãe ATAMIRES KELY GARCIA DOS SANTOS			
Endereço JOSE GOMES DE AZEVEDO, SN	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA	Nº Cons. Regional 5804/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 17:05:35		Data/Hora Prescrição 11/11/2017 09:18:51	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

`namnese

## CID10

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

## Conduta

Em observação

## Alta médica

Francisco Kartney  
Sarmento PedrosaData e Hora  
11/11/2017 09:18:20Motivo da Alta  
ALTA HOSPITALARConduta  
paciente no 1º dpo de osteossíntese de fratura diáfise fêmur d. tratamento conservador de fratura úmero proximal e.  
evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo orientações alta hospitalar.

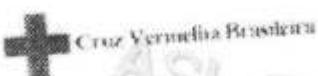
ERIC DANIEL SANTOS SILVA

FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA  
(CRM-5804/PB)

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar Imprimir Reimprimir boletim

CONFIRMADO  
ROSELINE  
MAR. 2018  
P.F. JTOCOLO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 6121221 - Tel.



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Impresso por: FRANCISCO  
KARTNEY SARMENTO  
PEDROSA  
Em: 11/11/2017 09:17:58

Paciente	Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ERIC DANIEL SANTOS SILVA	1039023	03/11/2017 17:05:35	
Data de nascimento	Idade	CNS	Prontuário
10/07/2005	Masculino	704100248864080	105205
Término de Internação	Convênio		Plantão
	SUS		DIURNO

### Evolução do Paciente (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 11/11/2017 09:17:31)

#### Evolução do paciente

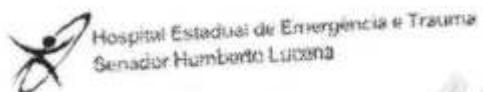
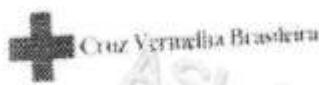
##### Descrição da evolução

Paciente no 1º dpo de osteossíntese de fratura diafise fêmur d. + tratamento conservador de fratura úmero proximal e., evoluindo estável; fo limpa; neurovascular ok; cd: troca de curativo + orientações + alta hospitalar.

Seção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006  
Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804





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

Impresso por: EDSON  
DELGADO TINOCO  
Em: 09/11/2017 07:50:24

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ERIC DANIEL SANTOS SILVA	1039023	03/11/2017 17:05:35	
Data de nascimento	Idade	CNS	Prontuário
10/07/2005	Masculino	704100248864080	105205
Tempo de Internação	Convênio		Plantão
	SUS		DIURNO

### Evolução do Paciente (EDSON DELGADO TINOCO - 09/11/2017 07:50:15)

#### Evolução do paciente

##### Descrição da evolução:

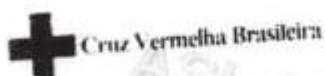
FRATURA DE FEMUR + FRATURA DE UMERO PROX ESQ, EVOLUINDO SEM FEBRE COM MELHORA DO LABORATÓRIO.  
AGUARDA CIRURGIA (OSTEOSSÍNTESE PLACA 4,5 ESTREITA EM FEMUR )

Setor: OBS PEDIATRIA Leito: 0006  
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

ASL-0099061/18  
marcela.lima.0111  
11/04/2018 13:27:16

CONFIRMADO  
P.F. 17/04/2017  
MAR. 2017



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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



Impresso por: TIBIRICA  
MEDEIROS BARBOSA  
Em: 08/11/2017 11:24:30

Paciente	Brasão de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ERIC DANIEL SANTOS SILVA	1039023	03/11/2017 17:05:35	
Data de nascimento 10/07/2005	Idade	CNS 704100248864080	Prontuário 105205
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 08/11/2017 11:24:25)

#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

##### Descrição da evolução:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS  
PRE OP OK  
AGUARDA CIRURGIA

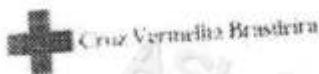
Setor: OBS PEDIATRIA Leito: 0006  
Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

ASL-0099061/18  
marcela.lima.0111  
11/04/2018 13:27:16

ASL-0099061/18  
marcela.lima.0111  
11/04/2018 13:27:16  
P.F MAR. 2013  
100% /COMPLIVS  
RUSSETHEAL

ASL-0099061/18  
marcela.lima.0111  
11/04/2018 13:27:16



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700



Impresso por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO  
RABELO  
Em: 06/11/2017 07:56:12

Paciente <b>ERIC DANIEL SANTOS SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1039023</b>	Data/Hora Entrada <b>03/11/2017 17:05:35</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/07/2005</b>	Idade <b>12</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Prontuário <b>105205</b>
Tempo de Internação <b>2d 6h 55min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>

### Evolução do Paciente (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 06/11/2017 07:56:04)

#### Evolução do Paciente

Descrição da evolução:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, FEBRÍCULA, AGUARDA NOVOS EXAMES SOLICITADOS ONTEM.

Seção: OBS PEDIATRIA Leito: 0006  
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

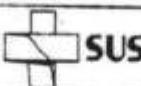
Número Conselho: 4518

ASL-0099061/18  
marcela.lima.0111  
11/04/2018 13:27:16

ASL-0099061/18  
marcela.lima.0111  
11/04/2018 13:27:16

ASL-0099061/18  
marcela.lima.0111  
11/04/2018 13:27:16

COMPROVANTE DE CONSULTA  
MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AGENDA



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

MESAL

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eric Daniel Santos Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1039023

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

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

102 Bloco 9C Piatã n° de 26 E +  
Ramo 1. lot. n°: 30 N, 32 T, 34 I, 38 I, 42 T e 44 I

Entrada Kirschner n° 2, 5 T (Guia 1)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Eric Daniel Soárez Sivero BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 10/11/12

Clinica/Setor: 7723-001 EMP: LR:

Cirurgia: Tornos e mungos de fato a facer de ferro

Cirurgião: Dr. Renzo 1º Assistente: Dr. Júlio César

2º Assistente: pt-1, vdo. 000 3º Assistente:

**Instrumentador:** \_\_\_\_\_ **Anestesista:** \_\_\_\_\_

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Obstrução de Draina do Fim C	

Procedimientos Cirúrgicos	Código
• Tórax tanto - quirúrgico de fortuna • Drenaje al Pecho 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:

João Pessoa, 10/12/17

## **Nota de Sala Cirúrgica**

Eric Daniel Santos Sihon

NOME DO PACIENTE: Eric Varnel Santos Silva  
 IDADE: 12 SE: 103023 ENFERMARIA: LEITO:  
 CIRURGIA: TBC Bifurcada - Frat. Piscine Fimbra 12.  
 CIRURGÃO: Drº Renato + Rodrigo Alvaro + Pedro Renato (RS)  
 ANESTESIA: Raspini  
 ANESTESISTA: Achilleus Belotti  
 INSTRUMENTADOR: Gleinstein  
 DATA: 11/11/12 HORA: 13:40 DURAÇÃO: 16'00  
 TIPO DE CIRURGICO - ANESTESIA: INICIO: 13:40 FIM: 13:56 CIRURGIA: INICIO: 13:40 FIM: 13:56

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

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

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

GRADO DE CONTAMINACIÓN CLÍNICA: [ ] CONTAMINADA [ ] INFECTADA [ ] POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	5F Scand	JELCO Nº20	5	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA FESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		SIZL 11	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	2,00
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURÍ UNI-Nº	FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOLETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURÍ Nº15	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		PVP DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURÍ Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº	2,00
FLUMAZENIL		PVP TINTURA	OK	LÂMINA BISTURÍ Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVP TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVORBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVORBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO P/B.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAYNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	OK	LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAYNA S/ VASO +		AGULHA 25X6,7	OK	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X8,0	OK	LUVA ESTÉRIL Nº9,0		FIO SEDA Nº
MORFINA 0,2	1	AGULHA 40X12	OK	LUVA ESTÉRIL Nº9,5		FITA CARDIÁCA
NIMBRUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCRÚNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL		AGULHA RAQUÍ Nº23G		SCALP Nº18		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍ Nº26G	1	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº
ROCUROKIO		AGULHA RAQUÍ Nº27G		SERINGA 3ML	OK	25TC Enviado
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	OK	FIO DE KIRSCHNER Nº
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	OK	SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN Nº
TIPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	OK	FIO STEINMAN Nº
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
ADRENALINA		CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		HEMOST. ABSORVÍVEL
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGENIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		KIT DERIVA. VENTRICULAR
ATROFOPINA		CATETER EMBOLÉC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		PROTESE VASCULAR
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		KIT. PAM
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		FIXADOR EXTERNO
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		EMPRESA
DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais
EFDERINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMÍDEA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPIROMÍDICO
GLICOSORE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPIROMÍDICO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAYNA GELÉIA		ELETRODOS	OK	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA
ONDASENTRÔNA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONÉ (LATEX)		PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				50 F. 15
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA		ESPOONIA DE PVP	OK	FIOS	QTD.	EQUIPAMENTOS
TENOXICAN		ESPARADRAGO	OK	FIOS ALGODÃO SIA Nº		( ) ASPIRADOR
		GAZES	OK	FIOS ALGODÃO SIA Nº		( ) DISTURÍ ELÉTRICO
		GAZES ALGODOADAS	OK	FIOS ALGODÃO SIA Nº		( ) CAPNÓGRAFO
		GEL ELETROLÓTICO	OK	FIOS ALGODÃO SIA Nº		( ) CARDIOMONITOR
		JELCO Nº14	OK	FIOS ALGODÃO SIA Nº		( ) DESFIBRILADOR
		JELCO Nº16	OK	FIOS ALGODÃO SIA Nº		( ) FOCO AUXILIAR
				2018		( ) FOCO CENTRAL
						( ) MICROSCOPIO
						( ) OXIMETRO DE PULSO
						( ) P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
						( ) PERFORADOR ELÉTRICO
						( ) SERRA
						CIRCULANTE

## FICHA DE ANESTESIA

REF: 111

DATA: 10/11/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Eric Daniels S. Silva SEXO: M COR: B IDADE: 12

PRESSÃO ARTERIAL PULSO + RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PESSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO OK

AP. CIRCULATÓRIO

OK

AP. DIGESTIVO OK

ESTADO MENTAL

Aciado

DROGAS EM USO

PRE-ANESTESICO

LAVAGEM INTRAVENOSA

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGIÃO

INÍCIO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

ANESTESISTA

Fratura Diagnóstico Fémur - Du

Fracasso Cirurgia Fémur - Du

AUXILIARES

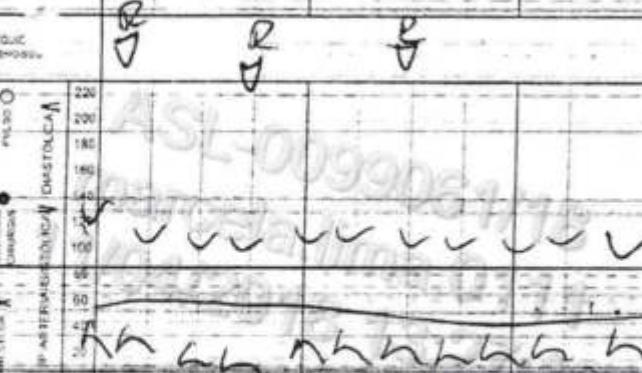
QUANT. DE CH.

VALORES RS

CRM-PB

457)

APF 08:40 14:40 15:40



ANESTESIA GERAL  ANESTESIA LOCAL  EPIDURAL  BLOCO PLEXO  BLOCO NERVOS  OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ACTO ANESTÉSICO

TECNICA	ANESTESIA GERAL	ANESTESIA LOCAL	EPIDURAL	BLOCO PLEXO	BLOCO NERVOS	OUTROS
LÍQUIDOS						
GLUCOSA	1	1				
ÁCIDOS	2	2				
AMMONIUM	3	3				
AMMONIUM X	4	4				
AMMONIUM Y	5	5				
AMMONIUM Z	6	6				
AMMONIUM A	7	7				
AMMONIUM B	8	8				
AMMONIUM C	9	9				
AMMONIUM D	10	10				

1 Bupivac. Bruse. 15mg 11  
2 Dimeg 0,08 mg 12  
3 O2 100% 3 l/min 13  
4 Dimeg 1g 14  
5 Ketac 2g 15  
6 Diodiodine 10mg 16  
7 Catilin 10ml 17  
8 Somend 5mg 18  
9 Somend 5mg 19  
10 Somend 5mg 20

TESTES DO PACIENTE

 APEN ENFERMARIA UTI REDE OUTROS

RESERVA DEZ IMPORTANTE

J. L. S.



CRIZ VERMELHA  
BRASILEIRA



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSH.

### DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

#### Posição e Preparo:

- Posição em T9-T11 sol aberto
- Fixação + intubação
- Desbridamento de sangos e sangria

#### Incisão:

- Incisão longitudinal lateral no lado

#### Achados:

- Fratura Dígrax N Fixa (2)

#### Conduta:

- Mobilização + Herantria anterior
- Comprimento direto do fôco de fratura
- Reducción de Fratura com pinos de Kirschner
- Fixação com fôco de 4.5 de 10mm
- Uso de 20 fixações contínuas
- Parafuso de clavos fôco
- Lavagem do fundo

~~COMPROV SEGUROS E PREVIA~~

MAR. 2018

PROTOCOLO

#### Fechamento:

- Fito tenso fôco
- Sutura de fôco
- Fito de control

#### Observação:

11/04/2018 13:27:16

João Pessoa, 10/13/17

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

 <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 <b>HEETSHI</b>				
2 - CNES <input type="text"/>				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <input type="text"/>				
4 - CNES <input type="text"/>				
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>Eric Daniel Scudiero Sulua</b>				
6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1039023</b>				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="text"/>				
8 - DATA DE NASCIMENTO <input type="text"/>				
9 - SEK <input type="text"/>				
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <input type="text"/>				
11 - TELEFONE DE CONTATO DDD: <input type="text"/> - N. DO TELEFONE: <input type="text"/>				
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <input type="text"/>				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <input type="text"/>				
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO    15 - UF    16 - CEP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR <input type="text"/>				
19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR <input type="text"/>				
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA <input type="text"/>				
21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA <input type="text"/>				
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL <input type="text"/>				
23 - CID 10 PRINCIPAL    24 - CID 10 SECUNDÁRIO    25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/>				
27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/>				
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 <input type="text"/>				
30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    31- QTDE <input type="text"/> <input type="text"/>				
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/>				
33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    34- QTDE <input type="text"/> <input type="text"/>				
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/>				
36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    37- QTDE <input type="text"/> <input type="text"/>				
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b> <p style="text-align: center;"><i>01 dia de Kusdinner no 35º POCOLO 2010</i></p>				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="text"/>				
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <input type="text"/>				
41 - DOCUMENTO    42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ( ) CNS    ( ) CPF <b>Dr. Victor Linhares</b>				
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>CRM 6184-RN</b> <b>CRECI 10894-PB</b>				
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text"/>				
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR    46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <input type="text"/> <input type="text"/>				
47 - DOCUMENTO    48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ( ) CNS    ( ) CPF <b>49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>				



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTOL

Nome: Eric Dominic Santos Silva BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 03/11/17  
 Clínica/Setor: Osteopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Traumatologia de Frx. Diáfise do Fímmur V  
 Cirurgião: Dr. Arão 1º Assistente: Dr. Gomes  
 2º Assistente: Dr. Victor Linhares 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ :

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Frx. Diáfise do Fímmur D	
- Frx. Ímcrs proximal D	
Procedimentos Cirúrgicos	Código
(1) Tratamento de Frx. Tumor + IHC + IMA. 2018	
leítica D	
(2) Rotura. imunovacina de Frx	
ímcrs proximal E	

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. Victor Linhares  
 CRM-PB N  
 CHAMADA PB

João Pessoa, 03/11/17

## **Nota de Sala Cirúrgica**

103 9023

NOME DO PACIENTE	Eric Daniel Santos Silveira		
IDADE	12	SE	1029027
MONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO	
CIRURGIA	Trat cur Trat de feridas D + Unhas G		
CIRURGÃO Araújo	AUX George	AUX	
ANESTESIA geral			
ANESTESISTA Dr André			
INSTRUMENTADOR			
DATA	03/11/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	22:00
CIRURGIA INÍCIO	22:40		
INDICE DE RISCO DE CIRUGIA - 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.	FIOS
ALFENTANILA		JELCO Nº18	FIOS CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISORÁRICA		JELCO Nº20	FIOS CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22	FIOS DE AÇO Nº
CETAMINA		JELCO Nº24	FIOS DE AÇO Nº
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	FIOS DE NYLON Nº
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº11	FIOS DE NYLON Nº
FENOBARTITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº13	FIOS DE NYLON Nº
FENTANILA	PVP1 DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23	FIOS POLIGLACTINA Nº
FLUMAZENIL	PVP1 TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24	FIOS POLIGLACTINA Nº
ISOFLURANO	PVP1 TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMÓDULO	FIOS POLIGLACTINA Nº
LEVOBUPIVACAÍNA L/VASO	SABAU ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERETO	FIOS POLIPROPILENO Nº
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIOS POLIPROPILENO Nº
LIDOCAYNA C/VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIOS POLIPROPILENO Nº
LIDOCAYNA S/VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIOS POLIGLECAPRONE Nº
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIOS SEDA Nº
MORFÉIA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDIACA
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS	CATETER DE PIC
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFLATOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL	AGULHA RAQUÍTICA Nº26G	SCALP Nº19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUÍTICA Nº26G	SCALP Nº21	FIOS DE KIRSCHNER Nº
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUÍTICA Nº27G	SERINGA 3ML	FIOS DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLUKANO	ALGODÃO ORTOPÓDICO	SERINGA 3ML	FIOS STEINMAN Nº
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CRIPOM	SERINGA 10ML	FIOS STEINMAN Nº
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 2ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	ROI SA P/ COLOSTOMIA	HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	PROTESE VASCULAR
ATROFOPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	KIT PAM
BEXTRA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº16	EMPRESA
DEXAMETASONA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº18	
DIPIRONA SÓDICA		SONDA NARIZ C/ CÂMIA	PARAFUSOS CORTICais
EFEDRINA		SONDA NARIZ LONGA	PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA		SONDA URETRAL Nº16	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 5%		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAYNA GELÉIA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
ONDASENTREINA		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL			
PROSTROMINE			EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPINHA DE PVP1	QTD.
TENOIXCAN		ESPARADIRAPO	FIOS
			QTD.
		FIOS ALGODÃO S/A Nº	( ) ASPIRADOR
		FIOS ALGODÃO S/A Nº	( ) BISTURI ELÉTRICO
		FIOS ALGODÃO S/A Nº	( ) CAPNOGRAFO
		FIOS ALGODÃO C/A Nº	( ) CARDIOMONITOR
		FIOS ALGODÃO C/A Nº	( ) DESFIBRILADOR
			( ) FOCO AUXILIAR
			( ) FOCO CENTRAL
			( ) MICROSCOPIO
			( ) OXÍMETRO DE PULSO
			( ) P.A. INFLAERGACAO INVASIVA
			( ) PERUFADOR ELÉTRICO
			( ) SERRA
			CIRCULANTE





CRUZERMELIA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



## **DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA**

#### **Posição e Preparo:**

Posição e Preparo:  
DDH do lado de cima -  
② amarras, cordas presas, cce

#### **Incisão:**

9

Actinodisc:

#### **Conduta:**

Conduta:  
4) Trazos gruesos o líneas gruesas  
Bajo el  $\frac{1}{2}$  con finas líneas -  
3,5

⑤ Mobilizaciones de Dmbr- D  
para unir su movimiento f x  
se unen maxim d, gabinete  
por medios oficiales

#### **Fechamento:**

#### **Observação:**

D. Victor Linhares  
IN  
2000-094-PB

João Pessoa, 03/11/11

*Dr .Anuar Murad Filho*

*Clinica Médica*

*C.R.M-PB : 8.742*

**LAUDO MÉDICO :**

O paciente Eric Daniel Santos é portador do CID : S 42.2 + S 72.3 apresentando dor crônica, acompanhado de limitação articular na região especificada proveniente de fratura de úmero esquerdo e fêmur direito ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :**

Segue em anexo :

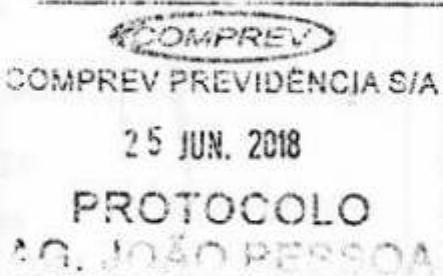
**DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :**

*Dr Anuar Murad Filho  
Médico  
C.R.M-PB: 8.742*

0-06-2018

Dr. Anuar Murad Filho

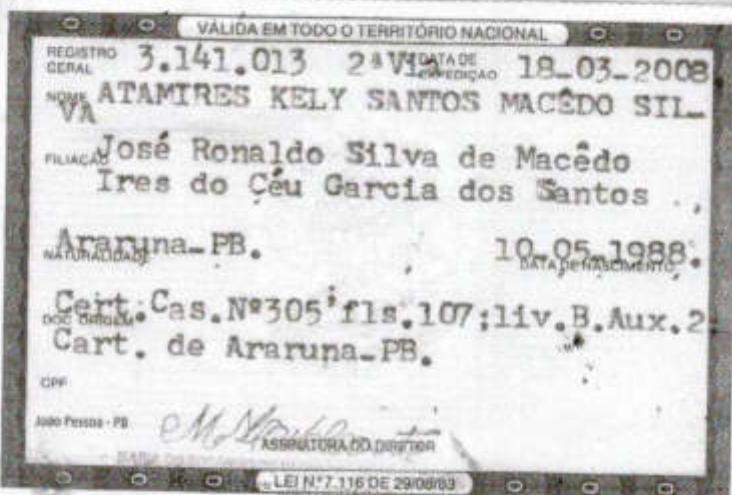
C.R.M : 8.742



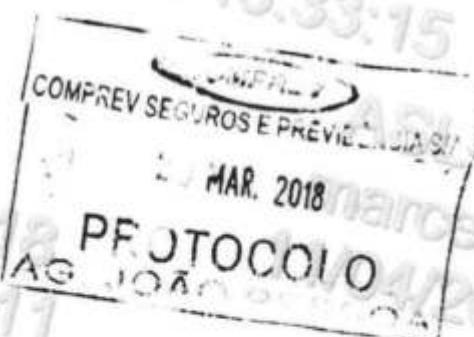




COMITATO DI CONTROLLO  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE DELLA POLIZIA DI STATO  
MAR. 2018









13:35:10

COMPREVSE SI ROSE PHEVIE... CLASIA  
MAR. 2018

PF JTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN

DETTRAN - PB

Nº 012153181161

21598101041

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 0036621491-8 00/00000000

ENDEREÇO  
GRAZIELA TEIXEIRA SILVA  
RUA SAO MATEUS SN CASA  
CENTRO  
58233000 ARARUNA - PB

CPF/CNPJ 04462039475 PLACA MO07201 / PB

NOME ANTERIOR

JOSE CARLOS ADELINO DOS SANTOS

PLACA ANTO/UF NOVO PB CHASSI 9C2JC4820BR007589

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APPLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB- 2011 ANO MOD. 2011

CAP/POT/CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N. Motor : JC48E2B007589

0

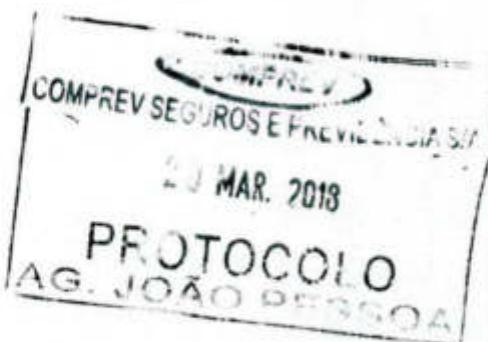
ARARUNA - PB  
14311



DATA

10/08/2015

31054



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PB		Nº 012153181161	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	DATA	EXERCÍCIO
1	0036621491-8	00/00000000	2015
NOME			
GRAZIELA TEIXEIRA SILVA			
CPF / CNPJ		PLACA	
04462039475		MO07201/PB	
PLACA ANT./UF		CHASSI	
NOVO	PB	9C2JC4820BR007589	
ESPECIE/TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTONETA/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOG
HONDA/BIZ 125 ES		2011	2011
CAP/POT/CE		CATEGORIA	
2 P/124 /CI		PARTIC	
COTA UNICA		COR PREDOMINANTE	
IPVA PAGO EM 19/01/2015		VENC. COTA UNICA 1 <sup>a</sup>	
FAIXA IPVA *****		PARCELAMENTO/COTAS 2 <sup>a</sup>	
***** 0		3 <sup>a</sup>	
PRÉMIO TARIÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
*****		SEGURO	P A G O
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
0			
ARARUNA - PB		LOCAL	DATA
14311			10/08/2015
31054			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APRESENTE NO TRANSPORTE ADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012153181161 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

[www.dpvatsegurodatransito.com.br](http://www.dpvatsegurodatransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

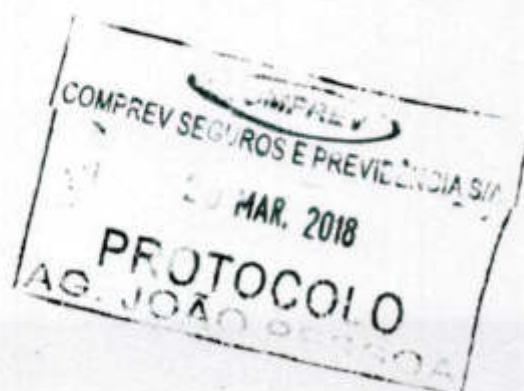
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2015		10/08/2015	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	04462039475	MO07201/PB	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
00366214918		HONDA/BIZ 125 ES	
ANO FAB.	CHASSI	Nº CHASSI	
2011	9	9C2JC4820BR007589	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
PNS (R\$)	CGNATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
*****		SEGURO	P A G O
<input type="checkbox"/> COTA UNICA		PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO			
19/01/2015			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

31054-0843250-20150810

08/08/2015



ASL-0099061/18  
marcela.lima.0111  
11/04/2018 13:31:13

ASL-0099061/18  
marcela.lima.0111  
11/04/2018 13:31:13

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETTRAN - PB**

Nº 012153181161

21598101041

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRF...20152500003023 ANTC

1 0035621491-8 00/00000000

GRAZIELA TEIXEIRA SILVA  
RUA SAO MATEUS SN CASA  
CENTRO  
58233000 ARARUNA - PB

04462039475 MO07201/PB

JOSE CARLOS ADELINO DOS SANTOS

NOVO PR 9C2JC4820BR007589

PAS/MOTONETA/NAO APPLIC

HONDA/BIZ 125 ES

2 P/124 /CI PARTIC

ALCO/GASOL

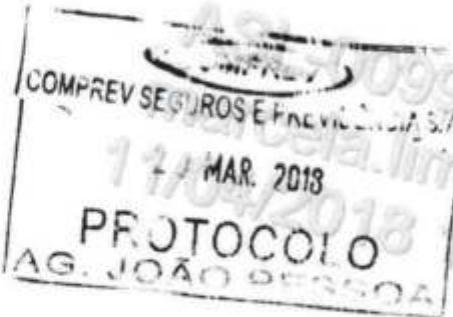
2011 2011

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N. MOTO: : JC48E2B007589

ARARUNA - PB LOCAL 10/08/2015

14311 31054



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 012153181161  
VIA COD. REHAB. PPT 20152500003023-2 EXERCÍCIO:  
LACRE 1 0036621491-8 00/00000000 2015  
NOME: GRAZIELA TEIXEIRA SILVA  
CPF/CNPJ: 04462039475 PLACA: MO07201/PB  
PLACA ANT./UF: NOVO PB CHASSI: 9C2JC4820BR007589  
ESPECIE TIPO: PAS/MOTONETA/NAO APLTC COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL  
MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES ANO EAB: 2011 ANO MOD: 2011  
CAP/POT/CL: 2 P/124 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA  
COTA UNICA: IPVA PAGO EM: 19/01/2015 VENC. COTA UNICA: 1<sup>a</sup>  
IPVA PAGA: PARCELAGEM/COTAS: 2<sup>a</sup>  
IPVA ANO: 2011 PARCELAMENTO/COTAS: 3<sup>a</sup>  
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÉMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:  
\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO 19/01/2015  
OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
0  
ARARUNA - PB LOCAL: 14311 DATA: 10/08/2015  
31054

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE USO PESSÔAL OU POR SUA CARGA APENAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PB Nº 012153181161 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2015 DATA EMISSÃO: 10/08/2015

VIA: 1 CPF/CNPJ: 04462039475 PLACA: MO07201/PB  
RELAÇÃO: 00366214918 MARCA / MÓDELO: HONDA/BIZ 125 ES  
ANO FAB: 2011 QUITADO: 9 NÚ. CHASSI: 9C2JC4820BR007589  
PRÉMIO TARIFÁRIO:  
TNS (R\$) DONATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAIS PAGO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO 19/01/2015 DATA DEQUITAÇÃO:  
 COTA UNICA  PARCELADO 19/01/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.248.605/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

31054-0843250-20150810

mai-2015

ASL-0099061/18  
marcela.lima.0111  
11/04/2018 13:31:13



ASL-0099061/18  
marcela.lima.0111  
11/04/2018 13:31:13

ASL-0099061/18  
marcela.lima.0111  
13:31:13

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099061/18

Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA  
CPF: 084.355.204-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/11/2017  
Titular do CPF: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

## 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  
Outros

**ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA : 061.329.594-32**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

**LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA : 050.424.914-22**

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

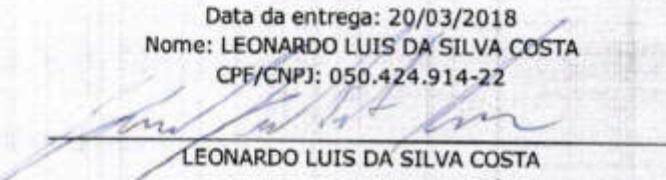
### ATENÇÃO:

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

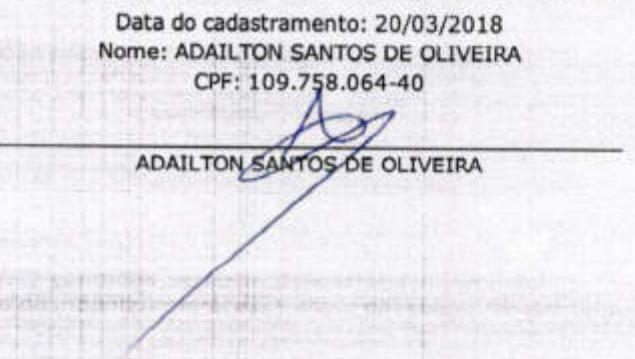
### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/03/2018  
Nome: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA  
CPF/CNPJ: 050.424.914-22

  
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2018  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

  
ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127713/18

Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA  
CPF: 084.355.204-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/11/2017

Titular do CPF: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

### 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  
Outros

**ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA : 061.329.594-32**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

**LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA : 050.424.914-22**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

#### ATENÇÃO:

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2018  
Nome: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA  
CPF/CNPJ: 050.424.914-22

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

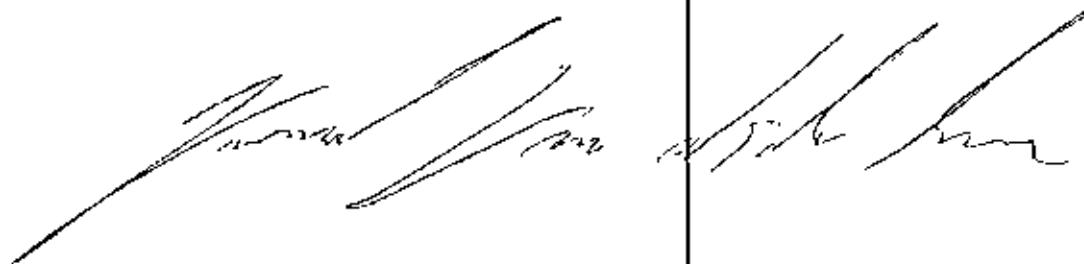
#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

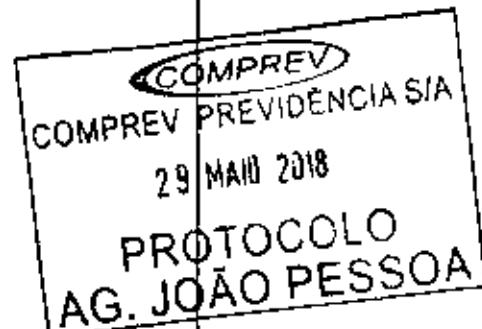
Data do cadastramento: 11/04/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

Em Leonoróz souis da Silva Costa, no Conselho de  
Procurador do Procurador do Dr. Eric Daniel  
Santos Silva, Sinalho: 3880164698, solicito uma  
nova perícia médica, visto que, los motivos de  
força maior o mesmo não pôde comprovar!

São Paulo, 23 de Maio de 2018.





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180164698      **Cidade:** Araruna      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIC DANIEL SANTOS SILVA      **Data do acidente:** 03/11/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 09/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO E NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180164698  
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Cidade: Araruna  
Data do acidente: 03/11/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO E FRATURA DO FEMUR DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO E DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO UMEMO ESQUERDO COM TIPOIA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO FEMUR DIREITO COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. FEZ 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA. SINISTRADO EVOLUIU COM DOR E COM BLOQUEIO LEVE DA ELEVAÇÃO E DA ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, APRESENTA TAMBEM HIPOTROFIA DE QUADRICEPS A DIREITA, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA COM REPERCUSSÃO LEVE NA SUA MARCHA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>		<b>23,75 %</b>	<b>R\$ 3.206,25</b>	

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180164698  
Vítima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

Cidade: Araruna  
Data do acidente: 03/11/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO  
FRATURA DO FÉMUR DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO E MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA EM 03/11/2017 E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO, E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO OMBRO ESQUERDO. FRATURA DO FÉMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM 03/11/2017 E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM 10/11/2017. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 20 CM NA FACE EXTERNA DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO,

**Sequelas permanentes:** NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO OMBRO ESQUERDO.  
NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/07/2018

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$3.206,25 REFERENTE A 25% DA LESÃO NO OMBRO ESQUERDO E 25% DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO  
REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## 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
				Total
			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

ATAMINAS KELY SANTOS MACEDO SILVA,  
brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão  
ABRUCUTONA, CI RG nº 3141013,  
CPF/MF nº 06132859432, residente e domiciliado(a) à Rua  
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA, 512,  
Cidade de ANARUVA, Estado  
PARAÍBA, CEP: 83386613863, telefone  
83387511209.

OUTORGADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o nº 050.424.914-22 e RG sob o nº 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359 ca D, Jardim das Acáias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

COMPARECER E PREVISÃO DE CONSULTA

MAR. 2018

PROTOCOLO

AG 108124

João Pessoa, 15 de Maio de 2018.

L. OFICIAL  
1. OFICIAL  
M. OFICIAL

Atamiria Kely Santos Macedo Silva



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

ATAMIRAS KELLY SANTOS NACEDO SILVA,  
brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão  
ABRUTUZEROM, CI RG nº 3141013,  
CPF/MF nº 06132853432, residente e domiciliado(a) à Rua  
RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA, 511,  
Cidade de ANARVINA, Estado  
Paraíba, CEP: 83386618863, telefone  
83386618863, 87387511208.

OUTORGADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o n.º 050.424.914-22 e RG sob o n.º 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359 ca D, Jardim das Acáias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ~~ao outorgado~~.  
LICENÇA SE - ROSE PREVIL - 13:35:29

MAR. 2018

PROTÓCOLO

AG 108 24

Santo Antônio, 15 de Março de 2018.



Atamiras Kelly Santos Nacido Silva



---

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Carta nº 12593845

A/C: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180141352 ASL-0099061/18  
**Vitima:** ERIC DANIEL SANTOS SILVA  
**Data Acidente:** 03/11/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **COMPREV SEGURADORA S/A** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Carta nº 12593845

A/C: ERIC DANIEL SANTOS SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180141352 ASL-0099061/18  
**Vitima:** ERIC DANIEL SANTOS SILVA  
**Data Acidente:** 03/11/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **COMPREV SEGURADORA S/A** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Carta nº 12593960

A/C: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180141352 ASL-0099061/18  
**Vitima:** ERIC DANIEL SANTOS SILVA  
**Data Acidente:** 03/11/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

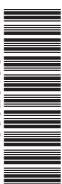
Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **COMPREV SEGURADORA S/A** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Carta nº 12593960

A/C: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180141352 ASL-0099061/18  
**Vitima:** ERIC DANIEL SANTOS SILVA  
**Data Acidente:** 03/11/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **COMPREV SEGURADORA S/A** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

**Nº Sinistro:** 3180164698

**Vitima:** ERIC DANIEL SANTOS SILVA

**Data do Acidente:** 03/11/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

**Nº Sinistro:** 3180164698

**Vitima:** ERIC DANIEL SANTOS SILVA

**Data do Acidente:** 03/11/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vitima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** ERIC DANIEL SANTOS SILVA

**Nº Sinistro:** 3180164698

**Vitima:** ERIC DANIEL SANTOS SILVA

**Data do Acidente:** 03/11/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698.**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vitima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180164698**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

**Sinistro:** **3180164698**

**Vítima:** **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

**Data do Acidente:** **03/11/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180164698** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Carta n°: 12980119

A/C: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

Nº Sinistro: 3180164698  
Vitima: ERIC DANIEL SANTOS SILVA  
Data do Acidente: 03/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA

Valor: R\$ 3.206,25

Banco: 237

Agência: 000000793-5

Conta: 0000012682-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.206,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

**Sinistro:** **3180164698**

**Vítima:** **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

**Data do Acidente:** **03/11/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180164698** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ATAMIRES KELY SANTOS MACEDO SILVA**

Nº Sinistro: **3180164698**

Vitima: **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180164698**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180164698**

Nome do(a) Examinado(a): **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA nº 0 - CENTRO - ARARUNA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3489124 - SSP**

Data e local do acidente: **03/11/2017 JOAO PESSOA/PB**

Data e local do exame: **11/06/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO E FRATURA DO FEMUR DIREITO.**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO UMEMO ESQUERDO COM TIPOIA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO FEMUR DIREITO COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. FEZ 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**SINISTRADO EVOLUIU COM DOR E COM BLOQUEIO LEVE DA ELEVAÇÃO E DA ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, APRESENTA TAMBEM HIPOTROFIA DE QUADRICEPS A DIREITA, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A DIREITA COM REPERCUSSÃO LEVE NA SUA MARCHA.**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO E DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO.**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180164698**

Nome do(a) Examinado(a): **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA nº 0 - CENTRO - ARARUNA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3489124 - SSP**

Data e local do acidente: **03/11/2017 JOAO PESSOA/PB**

Data e local do exame: **27/07/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO**

**FRATURA DO FÉMUR DIREITO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA EM 03/11/2017 E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO, E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO OMBRO ESQUERDO.**

**FRATURA DO FÉMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM 03/11/2017 E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM 10/11/2017. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 20 CM NA FACE EXTERNA DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.**

**LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO,**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO E LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)).

Vítima em tratamento       Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180164698**

Nome do(a) Examinado(a): **ERIC DANIEL SANTOS SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL MARTINS TEIXEIRA nº 0 - CENTRO - ARARUNA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3489124 - SSP**

Data e local do acidente: **03/11/2017 JOAO PESSOA/PB**

Data e local do exame: **27/07/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO**

**FRATURA DO FÉMUR DIREITO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA EM 03/11/2017 E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO, E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO OMBRO ESQUERDO.**

**FRATURA DO FÉMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM 03/11/2017 E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM 10/11/2017. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 20 CM NA FACE EXTERNA DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DIFICULDADE DE AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E USO DE MULETA UNILATERAL DE APOIO.**

**LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO,**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE NO OMBRO ESQUERDO E LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

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

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

084355204-20

Nome completo da vítima

Enic-Daniel Santos Silva

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Proibição
ATAMIRIS KELLY Santos Macêdo Silva	06132958432	ABRICUTDN
Endereço	Número	Complemento
Rua Manoel Martins Teixeira	511	
Bairro	Estado	CEP
CENTRO	PB	58233-000
Email	Telefone (DDD)	
	83 386613863	

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

## FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- RECUSO INFORMAR       SEM RENDA  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00       R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

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

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

AGÊNCIA N.R.

D/V

CONTA N.R.

D/V

0038  
(Informar dígito se existir)

00017136  
(Informar dígito se existir)


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

João Pessoa, 15 de Maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Atamiris Kelly Santos Macêdo Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

084355204-20

Nome completo da vítima

Eric Daniel Santos Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Pro
ATAMIRIS KELLY SANTOS MACEDO SILVA	0613298472	11/04/2018
Endereço	Número	Complemento
Rua Maracel Manoela Teixeira		
Bairro	Estado	CEP
Jardim	17221-029	58233-000
Email		Telefone (DDD)
		83 8866188603

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

BANCO Name

AGÊNCIA N°: 0038 DV:   
(Informar dígito se existir)

CONTA N°: 00017136 DV:  
(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA N°:	CONTA N°:	DV:
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)

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

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal