
Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES**

Nº Sinistro: **3180508100**

Vitima: **PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180508100**.

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, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES**

Sinistro: **3180508100**

Vítima: **PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

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 3180508100** 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 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, 22 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180508100

Vítima: PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

Data do Acidente: 11/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

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

Comprovante de residência

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

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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: **3180508100**

Nome do(a) Examinado(a): **PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROFESSORA ALICE ELISA MELO nº 224 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4357536 - SSP**

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

Data e local do exame: **06/12/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

**TRAUMATISMO CRANIANO
FRATURA FECHADA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA**

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM DE HEMATOMA POR CRANIOTOMIA + OSTEOSÍNTESE DE TÍBIA DIREITA
EVOLUIU COM PSEUDARTROSE DE TÍBIA DIREITA E SEM INTERCORRENCIAS CIRÚRGICAS DO CRANIO.
NO MOMENTO, ESTÁ EM PROCESSO DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO PARA REOPERAR LESÃO NA TÍBIA (PSEUDARTROSE)**

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

**DIFÍCULDADE EM RESPONDER AS PERGUNTAS E EM USO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO.
DEFORMIDADE ANGULAR GROSSEIRA PERNAS DIREITA, COM ENCURTAMENTO MACROSCÓPICO E CLAUDICAÇÃO**

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:

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
FARÁ NOVA CIRURGIA DA PERNAS DIREITA**

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): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

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.
PACIENTE AGUARDA REOPERAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO -**

Médico Perito: FELIPE TAVARES SENA CRM:5349/PB

Felipe Tavares Sena
Ortopedista - Pt e Tornártico
CRM 5349 PB
TEOT 913284



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").

Endereço do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Pedro Henrique dos Santos Nunes	940.519.031-07	Aluno de Comunicação
Endereço	Número	Complemento
Rua Profª Alice Olisa Melo	924	
Bairro	Cidade	Estado
Mangabeira	João Pessoa	Pará
Email	CEP	58000-000
Vdme.spirit@gmail.com	Telefone (DDD)	83/99811-5088

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.

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

29 VIII. 2018

PROTOCOLO

ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ATÉ R\$ 10.000,00

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | |
|--|--|
| <input checked="" 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 |

- CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
- CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3987		40725	8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

- CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

José Henrique dos Santos Nunes
Local e Data

Pedro Henrique dos Santos Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01935.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01935.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 10:33 horas do dia 11 de outubro 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 **Pedro Henrique dos Santos Alves**, CPF nº 710.512.234-07, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Caminhão, filho(a) de Lidiane Jussara dos Santos e Ghertton Germano de Souza Alves, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/05/2000 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Alice Eliza de Melo, Nº 224, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Depósito Rosa Gás, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98861-5906.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Ana Cavalcanti de Albuquerque Teixeira Lima, Próximo à Antiga Aec, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/11/17 23:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS, VERMELHA, 2006/2006, PLACA MNG8782/PB, CHASSI 9C2KC08106R870834, registrada em nome de Gabriel Bernardino da Cruz, quando ao tentar desviar de um CARRO NÃO IDENTIFICADO acabou sendo trancado, perdendo o controle e vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 01.06.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU e deu entrada dia 12.11.2017, às 00h10; Que não deseja representar criminalmente; 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, 11 de outubro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

Noticiante
 COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A. 29 OUT. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Pedro Henrique dos Santos Alves	440.512.231-04	11/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

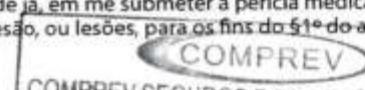
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



29/11/2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e Data

José Pessoa, 15 de Outubro de 2018

Pedro Henrique dos S. Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 807/087, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1881899, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES idade 17 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 11/11/2017, na Rua Ana Cavalcanti de Albuquerque Teixeira Lima, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 23:10 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 VIII. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 26 de Julho de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

CREIS Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40 DECLARAÇÃO

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Av. Diógenes Chianca, 1777

Água Fria - CEP 58053-900

João Pessoa - PB

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 807/087, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1881899, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES idade 17 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 11/11/2017, na Rua Ana Cavalcanti de Albuquerque Teixeira Lima, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 23:10 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 VIII. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 26 de Julho de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

CREIS Região: 10171

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000040725-8

Nr. da Autenticação 7F4FABC2598C82A2

LUCIA DE FATIMA DOS SANTOS
RUA PROFA ALICE EUZA MELO, 224 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)

Emissao: 19/09/2018 Referencia: Set/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA / BPC MONOFA 0,220, Km25- Cinta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58011-660
Rotaria: 10 - 5 - 262 - 3870 NF medidor: 00001307835 CNPJ: 09.995.183/0001-40 Iiac Est: 16.015.623-0

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica nº 02502-642

Cód. para Det. Automática: 00004066767.

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Set / 2018	18/09/2018	18/10/2018	518.519.034-63 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/406676-7

Canal de contato:

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
20/08/18 50896	19/09/18 51202	1	308	28
Demonstrativo				
001 DIFERENÇA 00000000-00000000 VSL/BASE/CON. ANO INIC./FIM/PERÍODO CONSUMO Titular/Titular (CMER) /CMER /CMER Pe/Definir/RS (0,00%) (3,7164%)				
0801 Consumo até 30kWh-BR	30.000 0,279170	9,19	9,19	27
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000 0,488910	32,78	32,78	27
0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR	120.000 0,702470	64,29	64,29	27
0801 Consumo acima de 220kWh-BR	86.200 0,790500	67,12	67,12	27
0801 Adic. B Vermeche	17,97	17,97	17,97	27
0810 Subsídio	59,17	59,17	59,17	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIB.SERV. ILUM.PÚBLICA	10,52	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 07/2018	1,48	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 07/2018	4,93	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	0,71	0,00	0,00	0,00
0802 BEM SEGURO FÁCIL - ACE 09/2018	5,34	0,00	0,00	0,00
0806 Devolução Subsídio	-40,52	0,00	0,00	140

CC1: Código de Classificação do Item TOTAL 251,98 289,52 72,77 289,52 -2,17 -10,01

Média últimos meses (kWh)
435 VENCIMENTO 11/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 251,98

Histórico de Consumo (kWh)
505 | 495 | 495 | 407 | 483 | 411 | 497 | 400 | 389 | 1 389 | 340 | 403
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO
f6fb.53d4.6819.df7a.0109.7e38.44fd.540d.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,18	0,00	Serviços de Dist. de Energia/PE	48,99	18,88
DIC TRIMESTRAL	10,38	NOMINAL	Companhia de Energia	78,64	31,21
DICANUAL	20,77	220	Serviço de Transmissão	7,30	3,30
FIC MENSAL	3,23	0,00	Encargos Fictícios	11,13	4,41
FIC TRIMESTRAL	6,47	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	102,59	40,11
FICANUAL	12,95	LIMITE INFERIOR	Outras Serviços	5,34	2,11
DMC	2,94	0,00	Total	251,98	100,00
DICRI	12,22	LIMITE SUPERIOR	Valor do EUR/USD (Ref. 7/2018) R\$1,46		

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso(s) faturado(s) apurado(s) relacionado(s) permanecendo em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 02/10/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de seu suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso tenha efetuado o pagamento dia(s) faturado(s) acima, desconsiderar esse item na ação. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de não implemento. - Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$40,52. Requisito Tarifário-Vigência: 29/08/18-Res. ANEEL nº 2.439-Baixa Tarifa 16,41% Médio Requisito Tarifário-Vigência: 26/08/18-Res. ANEEL nº 2.439-Ata Tarifa 16,75% Médio - Leitura confirmada. - Contato Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - ACE - () - - O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

PARAIBA
energisa
Rotaria: 10 - 5 - 262 - 3870
Matrícula: 408676-2018-09-8
836500000002-8 51980149000-3 04066762018-7 09800005019-9



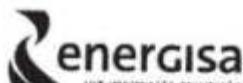
986353006
9815-5088
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29/08/2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/cota da energia elétrica... N° 011.618.757



Luz. Imaginação, Realização.
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-693
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

AGO/2018

APRESENTAÇÃO

27/08/2018

CONSUMO

192

VENCIMENTO

04/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,79

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

Rolêiro: 15-006-213-1150

83630000001-2 63790149000-2 10823142018-4 08700006019-1



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
04/09/2018	R\$ 163,79	1082314-2018-06-7



LUCIA DE FATIMA DOS SANTOS
RUA PROFESSOR ALICE ELISA MELO, 224 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58020000 (AD-1)

Emissão: 10/09/2018 Referência: Set / 2018 ENERGISA PARÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subsídio: RESIDENCIAL/BALCA RENDA BPC MONOFAZ 209 Km 25 - Crato Residencial - João Pessoa / PB - CEP: 580371-880
Refer.: 10-5-262-2879 N° medidor: 00001307836 CNPJ: 09.005.183/0001-40 Iret Ed: 16015/220

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°012.520.642
Cód. para Déb. Automático: 0004066767

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	18/09/2018	18/10/2018	518.519.034-53 nsc. Elet.

UC (Unidade Consumidora): 5/406676-7

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.408, de 25 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
20/08/18 50896	18/09/18 51202		206	39

Demonstrativo

CCN	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor baseado	Abat.	Consumo BSC	Consumo FSC	Consumo		
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.700	0,273170	8,19	8,19	27	2,21	8,19	0,07	0,20
0801	Consumo - 31 a 105kWh-BR	79.200	0,468310	32,78	32,78	27	8,85	32,78	0,26	1,22
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	120.300	0,702470	84,29	84,29	27	22,77	84,29	0,68	3,13
0801	Consumo acima de 220kWh-BR	86.700	0,780500	87,12	87,12	27	18,12	87,12	0,54	2,49
0801	Adic. B. Vermeira			17,27	17,27	27	4,66	17,27	0,14	0,67
0810	Subsídio			68,17	68,17	27	16,97	68,17	0,46	2,20

CCN - Código de Classificação do item TOTAL 251,98 289,52 72,77 299,52 2,17 10,01

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
435 11/10/2018 R\$ 251,98

Histórico de Consumo (kWh)											
505	496	495	407	483	411	400	368	399	340	403	
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

RESERVADO AO RISCO

f6fb.53d4.6819.df7a.0109.7e38.44fd.540d.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,19	0,00	BENEFÍCIOS DE SERVIÇOS DA ENERGISA/PB	46,99	18,85
DIC TRIMESTRAL	10,38	NOMINAL	Companhia de Energia	78,64	31,31
DIC ANUAL	20,77	220	Serviço de Transmissão	7,99	
FCM MENSAL	3,73	0,00	Encargos Setoriais	11,12	4,41
FCM TRIMESTRAL	6,47	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	102,59	40,71
FCM ANUAL	12,95	LIMITES INFERIOR	Outros Serviços	5,24	2,11
DMC	2,94	0,00	Total	251,98	100,00
DIC	12,22	LIMITES SUPERIOR			

99841-5088
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
Valido para EUSG-Ref. 7/2018/R\$71,45

29/01/2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARAIBA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
Rodovia: 10 - 5 - 262-2870 Matrícula: 406676-2018-9-8 83650000002-8 51960149000-3 04066762018-7 09800005019-9	11/10/2018	R\$ 251,98



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Dominick Arcayp noite inscrito (a) no CPF 091.469.164-31,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pedro Henrique dos Santos Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.519.926-04, do sinistro de DPVAT cobertura COMPREV - COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A, da Vítima Pedro Henrique dos Santos Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.519.394-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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
Bairro	Cidade	201	51208
Bom	Joaõ Pessoa	RS	58036-450
Email	adre.spvat@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		(83) 99811-5088	(83) 99811-5088

Joaõ Pessoa, 15 de Setembro de 2018
 Local e Data

Américo da Paixão Valer Beira
 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gabriel Bernardino da Cruz,
RG nº 3.932.431, data de expedição 29/10/2010
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 703.868.604-67 com
domicílio na cidade de Jacó Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Beta Lacerda Ney, nº 223,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gabriel Henrique dos Santos Alves, cujo o condutor era
Gabriel Henrique dos Santos Alves..

Veículo: Fiat motocicleta 110cc Aplic.

Modelo: Honda CG 150 Titânic KS.

Ano: 2006

Placa: MUG 8789/PB

Chassi: 9G9LCC08J06E8740834

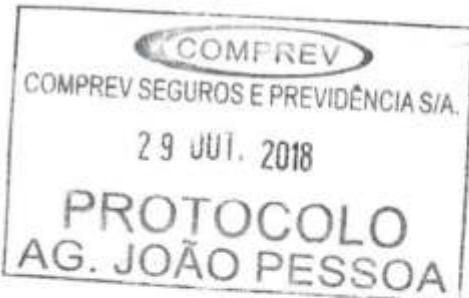
Data do Acidente: 21/10/2018

Llocal e Data:

Jacó pessoa 25 de outubro 2018

Gabriel Bernardino da Cruz CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA
Assinatura do Declarante

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





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

DADOS DE NASCIMENTO 21/05/00

NOME DA MÃE LIDIANE JUSSARA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.040.949

Nº PRONTUARIO 105.386

DATA DO ATENDIMENTO 12/11/17

HORA DO ATENDIMENTO 00:10

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) CONTUSÃO PARIETAL E + HEMORRAGIA EXTRADURAL AGUDA + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA D

CID 10 S 06.3 + S 06.4 + S 82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, agressivo, apresentando rebaixamento do nível de consciência + ferimento no couro cabeludo (região parietal) e dor + escoriações na perna D, além de ferimento contuso em dorso do pé D com dor e deformidade local. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

do crânio
RX da perna D - AP e P
RX da bacia - AP
RX do pé D - AP e P



TRATAMENTO:

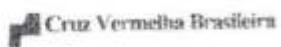
Contusão parietal E + hemorragia extradural à TC. Fratura dos ossos da perna D ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico hemorragia cerebral pelo Dr. George Mendes da equipe da Neurocirurgia, da fratura dos ossos da perna pelo Dr. Milton Linhares e Dr. João Henrique da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 23/11/17

DATA DA EMISSÃO: 01/06/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO - CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel:

Boletim de Atendimento: 1040949



Identificação do paciente				
ID 1229597	Nome PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES			Sexo Masculino
Data de nascimento 21/05/2000	Idade 17 anos 6 meses 9 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 105386
Mãe LIDIANE JUSSARA DOS SANTOS				Pai GHERTTON GERMANO DE SOUZA ALVES
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - PRIMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988817383	DDD Fixo	Fone Fixo 9888615906	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4357536	Nº Cns 898004864216284		
Local de procedência MANGABEIRA		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58056240	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Leradouro ANISIO BORGES MONTEIRO DE MELO
Número SN	Complemento		Bairro MANGABEIRA

Admissão

Data e Hora 12/11/2017 00:10:47	Número da pulseira 1000006290190	Convenio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	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

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29/01/2018

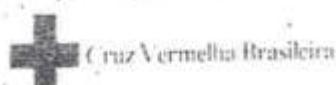
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Tempo
52seg

Diagnóstico

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

[Imprimir](#)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES	1040949	12/11/2017 00:10:47	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
21/05/2000	17	Masculino	(83) 988817383
Mãe		CNS	Prontuário
LIDIANE JUSSARA DOS SANTOS			
Endereço	Bairro	Município	UF
ANÍSIO BORGES MONTEIRO DE MELO, SN	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES	B346/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
12/11/2017 00:10:47		12/11/2017 07:40:42	
nºnvéio	Nº Matrícula		Senha
S			

Anamnese

#NCR# TCE POR ACIDENTE COM MOTOCICLETA, ADMITIDO COM RNC AO EXAME. SONOLENTO, EMITE PALAVRAS INAPROPRIADAS, NÃO ABRE OS OLHOS, LOCALIZA ESTÍMULOS DOLOROSOS. PUPILAS ISOCÓRICAS TCC REVELA HEDA TP DIREITO COM EFEITO DE MASSA ASSOCIADO A CONTUSÃO PARIETAL ESQUERDA, AUSÊNCIA DE DESVIO SIGNIFICATIVO DO SEPTO PELÚCIDO. FOI PRONTAMENTE ENCAMINHADO AO BLOCO CIRURGICO, ONDE FOI SUBMETIDO À DRENAGEM DO HEDA. NÃO HOUVERAM INTERCORRÊNCIAS DURANTE O PROCEDIMENTO. CD: VAGA EM UTI, SEGUE CUIDADOS NEUROCRÍTICOS

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A,

29/01/2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

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

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), DILUIR 4,0 ML

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

Diluir

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

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

Diluir

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

George Mendes
Residência de Trauma
08/11/2017

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

CABECEIRA ELEVADA A 30°

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição
S06.4	Hemorragia epidural

Conduta

Internar Paciente

George Mendes
Residência / Neurológico
CRM PB 2215

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 12/11/2017 00:11:39

Glasgow 15
Suficiente Compreensão

X
Dr. Gustavo Callaro Pachola
Neurocirurgião
CRM-PB 6830





AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data/Baixa
PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES	1040949	12/11/2017 00:10:47	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
21/05/2000	17		(83) 988817383
Mês	Sexo		Horário
LIDIANE JUSSARA DOS SANTOS	Masculino		UF
Endereço	Bairro		PB
ANISIO BORGES MONTERO DE M.E.O, SN	MANGARERA		Nº Cons. Regional
Acidente	Motivo		LEANDRO MAIA OLIVEIRA FERNANDES 8929/PB
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Data/Hora Classificação	Nº Matrícula	Data/Hora Prescrição	
1/2017 00:10:47		12/11/2017 00:31:40	Senha
Venio			
5			

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, SEM CAPACETE, SEM TOE, RELATANDO DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, ABDOME, TÓRAX LIVRES.

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6:6H

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

→ SOLUÇÃO FISIOLÓGICA (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE Perna Direita

CID10

Código	Descrição
RS2.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29 VIII. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA S/N PEDRO GONÇALVES JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES	1040949	12/11/2017 00:10:47	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
21/05/2000	17	Masculino	(83) 988817383
Mãe		CNS	Prontuário
LIDIANE JUSSARA DOS SANTOS			
Endereço	Barro	Município	UF
ANISIO BORGES MONTBRO DE MELO, SN MANGABEIRA		JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VÉICOLO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LEANDRO MAIA OLIVEIRA FERNANDES	8929/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
11/2017 00:10:47		12/11/2017 00:31:40	
vênia			Senha
3			

Anamnese

PA CIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SEM CAPACETE, SEM TCE, RELATANDO DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, ABDOME, TÓRAX LIVRES.

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29-01-2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Código	Descrição
R52.0	Dor aguda

Conduta



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES	BAE 1040949	Data/Hora Entrada 12/11/2017 00:10:47	Data Baixa
Data de nascimento 21/05/2000	Idade 17	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988817383
Mãe LIDIANE JUSSARA DOS SANTOS			Prontuário
Endereço ANÍSIO BORGES MONTEIRO DE MELO, SN	Bairro MANGABEIRA	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 105543/SP
Data/Hora Classificação 12/11/2017 00:10:47		Data/Hora Prescrição 12/11/2017 02:06:21	
Convênio 111S	Nº Matrícula		Senha

anamnese

paciente com história de queda de motocicleta (não sabe informar a hora).
agressivo na tentativa de comunicação
apresenta ferimento no couro cabeludo e dor na perna direita
ao exame físico: escoriações perna direita, fcc dorso do pé direito, deformidade no pé direito, nvc preservado no momento.
raiox: fratura diafisária da perna direita
sem radiografia do pé

CD: SOLICITO RAOX DA PE
AVALIAÇÃO DA CIR. GERAL

ETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 250 ML DE SF 0,9%)

ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%)

EFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S) (OBSERVAÇÕES: DILUIR)

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 OUT. 2018

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

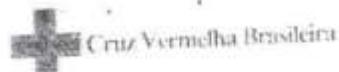
Conduta

Em observação

PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(105543/SP)

CRM-PB 165843
Medico
DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
Diego



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente
PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

Data de nascimento
21/05/2000

Idade
17

BAE
1040949

Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
12/11/2017 00:10:47

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 988817383

Prontuário:

Mãe
LIDIANE JUSSARA DOS SANTOS

Endereço
AVISIO BORGES MONTEIRO DE MELO, SN MANGABEIRA

Acidente
VEICULO X MOTO

Data/Hora Classificação
12/11/2017 00:10:47

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

UF
PE

UF
PE

Nº Cons. Regional:

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA 6800/PB

Data/Hora Prescrição
12/11/2017 09:08:20

Senha:

Convênio
S

Nº Matrícula

anamnese

1cito tc crânio controle

COMPREV

COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A:

29-06-2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Conduta

Em observação

PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6800

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
(6800/PB)

Billetim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 12/11/2017 00:11:39



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES	1040949	12/11/2017 00:10:47	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
21/05/2000	17		(83) 988817383
Mãe			Prontuário
LIDIANE JUSSARA DOS SANTOS			
Endereço	Bairro	Município	UF
ANÍSIO BORGES MONTEIRO DE MELO, SN	MANGABEIRA	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA	6913/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
12/11/2017 00:10:47		12/11/2017 03:18:43	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTOCICLETA (NÃO SABE INFORMAR A HORA) .
AGRESSIVO NA TENTATIVA DE COMUNICAÇÃO

APRESENTA FERIMENTO NO COURO CABELOUDO E DOR NA Perna DIREITA

AO EXAME FÍSICO: ESCORIAÇÕES Perna DIREITA, FCC DORSO DO PÉ DIREITO , DEFORMIDADE NO PE

DIREITO , NVC PRESERVADO NO MOMENTO.

RAIOX: FRATURA DIAFISÁRIA DA Perna DIREITA

SEM RADIOGRAFIA DO PÉ

CD: SOLICITO RAIOX DA PE
AVALIAÇÃO DA CIR. GERAL

ORTO

PCTE SONOLENTO COM FERIMENTO NO COURO CABELOUDO + EDEMA E ESCORIAÇÃO NA FRONTE

RX PE - SEM SINAIS DE FRATURA APARENTE (RX MAL FEITO)

SOLICITO TC CRANIO

AVALIAÇÃO DA NEURO

RX PE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

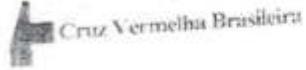
CID10

Conduta

Em observação

PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
(6913/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Documento de Alta

Nome:
PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

Data de
21/05/2000 Sexo:
Masculino

Data de Internação:

13/11/2017 09:45:15

Número Prontuário:
105386

Data de Alta:
23/11/2017 08:24:23

Motivo da alta:
ALTA HOSPITALAR

Conduta:
alta hospitalar

Resumo da Internação:
paciente vítima de acidente motociclistico dia 12/11/17, diagnóstico de fratura de ossos da perna , foi submetido tratamento cirúrgico com RAFI feito por dr Milton Linhares.Evoluiu sem intercorrências em 2dpo. e recebeu alta da ortopedia

Resultado de Exames:
exame físico e radiológico

Tratamento:
orientações analgesia reabilitação fisioterapia

Diagnóstico:
S82.2 - Fratura da diáfise da tibia

Recomendações:
orientação retorno ambulatorial dia 30/11/17

VÍTOR LINHARES LUGUINHO
CRM: 10294 - PB

Data: 23/11/2017





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 51 - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1040949



Identificação do paciente

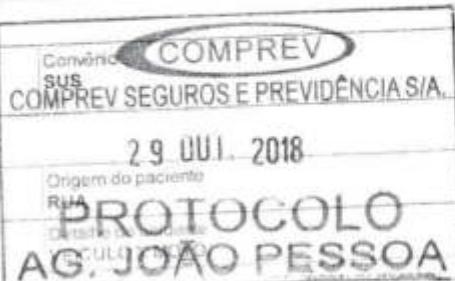
○ 1229597	Nome PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES	Sexo Masculino	
Data de nascimento 21/05/2000	Idade 17 anos 5 meses 22 dias	Estado civil Solteiro	Prontuário
Mãe LIDIANE JUSSARA DOS SANTOS		Pai GHERTON GERMANO DE SOUZA ALVES	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) MARIA DO CARMO - PRIMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988617383	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4357836		
Local de procedência MANGABEIRA		Tipo BAIRRO	PB
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	CBO/R	

Endereço

CEP 58066240	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro ANÍSIO BORGES MONTEIRO DE MELO
Número SN	Complemento		Bairro MANGABEIRA

Admissão

Data e Hora 12/11/2017 00:10:47	Número da pulseira 1000006290190	Clinica	CONVÉNIO SUS COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
Especialidade CIRURGIA GERAL			29 OUT. 2018
Classificação de risco			Origem do paciente RUA
Centro de atendimento	Motivo da atendiment ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Centro de atendime AG. JOÃO PESSOA



Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de atendimento Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ mmHg Fúcio Temperatura

Exames complementares

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

Dados clínicos
 Pct consciente, orientado, eupneico, vítima de
 acidente motociclístico, apresentando provável fratura
 em MID e ferimento corte contuso em região parietal
 à D com edema. Abdução

Diagnóstico

CID

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Tempo

52seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 3n - EDIFÍCIO GONDIM
CEP: 58036-500 - Tel.: 83-32165700

Impresso por: PEDRO
HENRIQUE GUTIERREZ
VARGAS FREITAS
Em: 21/11/2017 11:12:01

Paciente PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES	Boletim de Atendimento 1040949	Data/Hora Entrada 12/11/2017 00:10:47	Data/Hora Saída	
Data de nascimento 21/05/2000	Idade	Sexo Masculino	CNS 898004864216284	Prontuário 105386
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução médica (PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 21/11/2017 11:11:58)

EVOLUÇÃO

Descrição da evolução:

POI DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TIBIA E FIBULA DIREITA, POR DR. MILTON LINHARES E DR. JOÃO HENRIQUE.

CD: VPM

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Número Conselho: 10575

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 VIII. 2018

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: JOSE LOPES
DE SOUSA FILHO
Em: 17/11/2017 15:23:45

Paciente PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES	Boletim de Atendimento 1040949	Data/Hora Entrada 12/11/2017 00:10:47	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/05/2000	Idade	Sexo Masculino	Prontuário 105386
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

Evolução médica (JOSE LOPES DE SOUSA FILHO - 17/11/2017 15:23:30)

Evolução

Descrição da evolução:

PO (12/11/17) DRENAGEM DE HED.

COLUI SEM INTERCORRÊNCIAS NEUROLÓGICAS.

AO EXAME: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS.

FO SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

TC DE CRÂNIO (12/11): BOM ASPECTO PÓS-OPERATÓRIO.

Contusões parenquimatosas na região parietal esquerda (medindo cerca de 1,5 x 1,5 cm), parietal direita e frontal direita.

CD: LIBERADO PARA PROCEDIMENTO ORTOPEDICO

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO

Número Conselho: 6676





Cruz Vermelha Brasileira

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONZALO
CNPJ: 2582983 - Tel.: 8332165700GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: LEGNARDO PEREIRA DA
COSTA MATIAS

Em: 15/11/2017 09:38:41

Paciente	Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES	1040949	15/11/2017 09:10:47	
Idade	Sexo	NS	Pronto
21/05/2000	Masculino	1053866	Plantão
Tempo de Internação	Convenio SUS	198004864216284	DURNO

Evolução do paciente /LEON/ RDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 15/11/2017 09:38:34)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****Descrição da evolução:**

PO (12/11/17) DRENAGEM DE HET

EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS

AO EXAME: GLASGOW 15 , PUPIL
TC DE CRÂNIO (12/11) BOM ASPI
Contusões parenquimatosas na regCD: SUPORTE CLÍNICO + OBSER
SOL TC DE CRÂNIO + EXAMES L
COBRAR VAGA NA ENFERMÁRIAeção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEI
Profissional responsável pela informação: L.CÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOV
OLOGICAS.
S-OPERATORIO.
tal direita e ILC
reta.

DO OS 4 M+1 FO SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

NEUROLÓGICA.
TORIAIS.

Número Conselho: EG28

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: GEORGE DE
ALBUQUERQUE C MENDES
Em: 14/11/2017 10:26:49

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778590 - Tel.: 8332165700

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES	1040949	12/11/2017 00:10:47	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
		MASCULINO	898004364216284

Evolução do Paciente (GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES - 14/11/2017 10:26:36)

Evolução do Paciente

Descrição da Evolução:

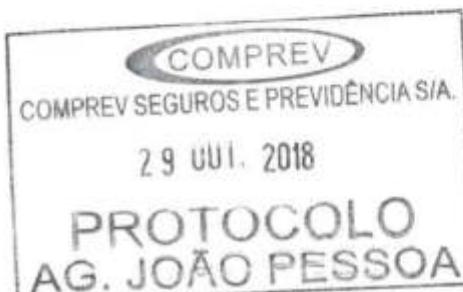
EVOLUIU SEM PROBLEMAS.

EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS NEUROLÓGICAS.
AO EXAME: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS MEMBROS.
FO SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

TC DE CRÂNIO DE CONTROLE (12/11): BOM ASPECTO PÓS-OPERATÓRIO.

CD: ALTA PARA ENFERMARIA

CD: ALTA PARA ENFERMARIA - FALTAS LEITO URPA EXTRA 01





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM
CNE/S: 2592983 - Tel.: 83321657/00

Impresso por: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
Em: 13/11/2017 10:51:32

Paciente	Idade	Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES		1040949	12/11/2017 00:10:47	
Data de nascimento		Sexo	CNS	Pronto atendimento
21/05/2000	Masculino	Convenio		105386
Tempo de Internação	SUS			Plano diaurno

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 13/11/2017 10:51:24)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRICAÇÃO DA EVOLUÇÃO:

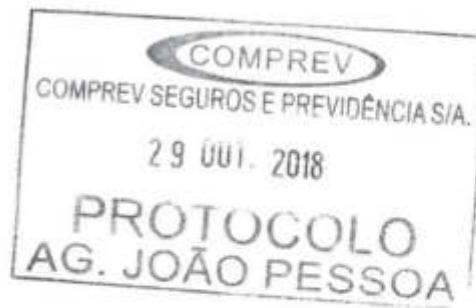
PO (12/11/17) DRENAGEM DE HED.

EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS NEUROLÓGICAS.

AO EXAME: GLASGOW 15 , PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. FO SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS
TC DE CRÂNIO DE CONTROLE (12/11): BOM ASPECTO PÓS-OPERATÓRIO.

CD: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA,
SOL. EXAMES GERAIS.

Seção: BLOCO - URPA - ENF-41 Lete: LEITO URPA EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS



Número Conselho: 6628

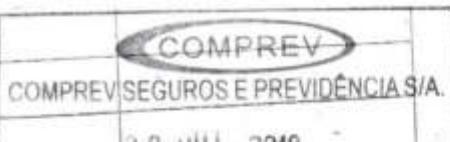




DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Nome: Pedro Henrique dos Santos Freitas BE/Brontarito: _____
 Idade: 17 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 21/11/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgião: Dr. Nelson Lins Neto 1º Assistente: _____
 2º Assistente: MR1 Pedro Henrique 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Henrique
 Tipo de Anestesia: Raqui-anestesia Horário: Início 08:00 Término 11:00



PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tratamento cirúrgico de fratura de tíbia	
Tratamento cirúrgico de fratura de fíbula	

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:

P. Henrique Freitas
Residente
Traumatologia
CRM-PB 10575

João Pessoa, 21/11/17



Nota de Sala Cirúrgica

REFERRAL

NOME DO PACIENTE

Pedro Henrique dos Santos Alves

IDADE

17

FRONTURÍGIO

104 D.O. G.S.

LEITO

CIRURGIA

Traçado de artéria + Fratura de tíbia + Fratura de maléolo interno

CIRURGÃO

Dr. M. J. Bon + Dr. J. S. Henrique + Dr. Pedro R. direito

ANESTESIA

Rosana

ANESTESISTA

Dr. Hercules

INSTRUMENTADOR

D. J. F. T. F.

DATA

2011/11/17

EMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO

FIM

CIRURGIA INÍCIO

3:00 11:30

PACIENTE: P. HENRIQUE DE CHAGAS - ASA I AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

USO DE LARANJA - ASA II

USO DE CONJUNTO DE LARANJA CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.

ALFENTANILA

MATERIAIS CONT.

QTD.

FIOS

QTD.

BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA

JELCO N°18

FIO CAT GUT CROMADO N°

BUPIVACAÍNA PESADA

JELCO N°20

FIO CAT GUT CROMADO N°

CETAMINA

JELCO N°22

FIO DE ACO N°

DORPERIDOL

JELCO N°24

FIO DE ACO N°

ETOMIDATO

KIT SIST DREN TORÁXICAN°

FIO DE NYLON N°

OBARBITAL

LÂMINA BISTURI N°1

FIO DE NYLON N°

XTANILA

LÂMINA BISTURI N°13

FIO POLIGLACTINA N°

TIVAZENIL

LÂMINA BISTURI N°21

FIO POLIGLACTINA N°

ISOFLURANO

LÂMINA BISTURI N°24

FIO POLIPROPILENO N°

LEVOBUPIVACAÍNA C VASO

LÂMINA DE DERMATÔNIO

FIO POLIPROPILENO N°

LEVOBUPIVACAÍNA S VASO

LÂMINA DE ENXERTO

FIO POLIPROPILENO N°

LIDOCAINA C VASO

LUVA DE PROCEDIMENTO FAR

FIO POLIPROPILENO N°

LIDOCAINA S VASO

LUVA ESTERIL N°3

FIO POLIGLELINE APRONE N°

MIDAZOLAN

LUVA ESTERIL N°5

FIO SEDA N°

MOREFINA

LUVA ESTERIL N°5

FITA CARDIACA

NIMBUM

MASCARA CIRÚRGICA

MATERIAL ESPECIAL

QTD.

PANCURÔNIO

MULTITINTAS

CATETER DE PIC

PETIDINA

PERFURADOR DE SORO

CIMENTO CIRÚRGICO

PROPÓFOL

SCALP N°18

CLIP TITÂNIO LIGADURA

RAMIFENTANILA

SCALP N°21

FIO DE KIRSCHNER N°

ROCURÔNIO

SERINGA 3ML

FIO DE KIRSCHNER N°

SEVOFLURANO

SERINGA 5ML

FIO STEINMAN N°

SUXAMETÔNIO

SERINGA 10ML

FIO STEINMAN N°

TIOPENTAL

SERINGA 20ML

CRAMPEADOR CIRÚRGICO

MEDICAÇÕES QTD.

SONDA ASP TRAQUEAL N°9

COMPREV

QTD.

ADRENALINA

SONDA ASP TRAQUEAL N°10

COMPREV SEGUROS

QTD.

GLÚA DESTILADA

SONDA ASP TRAQUEAL N°12

PREVIDÊNCIA S/A

ROPINA

SONDA ASP TRAQUEAL N°14

KIT FAM

QTD.

BEXTRA

SONDA FOLEY 2VIAS N°12

29/01/2018

QTD.

CEFAZOLINA

SONDA FOLEY 2VIAS N°14

EMPRESA

QTD.

DEXAMETASONA

SONDA NASOG. CURTA

QTD.

DIPRIMA SODÍCA

SONDA NASOG. LONGA

QTD.

EFEDRINA

SONDA URETRAL N°7

QTD.

FUROSEMIDA

TURNEIRINHA

QTD.

GLICOSE 5%

TUBO ENDOTRAQUEAL N°

QTD.

GLUCONATO DE CALCIO

TUBO ENDOTRAQUEAL N°

QTD.

HIDROCORTISONA

TUBO ENDOTRAQUEAL N°

QTD.

LIDOCAINA GELEIA

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

ONDASENTRONA

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

PLASIL

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

PROSTIGMINE

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

PROTAMINA

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

TENOXICAN

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

ex 4,5 T.M.

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

01 Placa Strecta

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

nta 8F.

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

08 Parafusos corticos

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

(04m² 30,03 m² 32,01 m² 34)

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

ex 3,5 Rompa 30

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

01 Placa 1/3 tubular off furos

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

06 Parafusos corticos m² 14

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

08 Parafusos corticos m² 14

TUBO SILICONE (LATEXI)

QTD.

08/1

paciente de fuso

QTD.

corren 431881

QTD.

REFERRAL



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



ABETESUL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDI sedoanestesia

Aspirar e antiséptico

Colocar muletas e compor amarração

Realizar o desvaneamento de M.I.D

Incisão:

Via de acesso medial e lateral da perna (D)

Avascular edessinhar por plumes

Achados:

Fratura de tibia e fibula (D)

Conduta:

Reduzir diretamente fratura de tibia

Fixar e estabilizar com plumb DCP 4,5 estreita de 8 furos + 6 parafusos corticais

Limpeza com SF

Sutura

Reduzir diretamente fratura de fibula

Fixar e estabilizar com plumb torno tubular de 7 furos + 6 parafusos corticais

Limpeza com SF

Sutura

Fechamento:

Curativos exteriores
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.
Rx de antibioticoterapia
29 VIII. 2018

PROTOCOLO

Observação:

Retirada gesso com ~1h de colagenase.

Médico/CRM:

Pedro Henrique Freitas
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10575

João Pessoa, 21 / 11 / 17

F(NG).ASCIR.009-1



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 21/11/17

PRONTUÁRIO: 1040940

PACIENTE: PEDRO HENRIQUE DOS ACRES	SEXO: M	COR: P	IDADE: 17
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO
ESTADO GERAL (BOM) REGULAR	(MAU) PESSIMO	RISCO CIRURGICO (BOM) REGULAR	(MAU) PESSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES OK		AP. CIRCULATÓRIO RIC 27,5CVFS	
AP. RESPIRATÓRIO MV 0 UU FUT 5CV	ESTADO MENTAL EFO 70	ESTADO FÍSICO (ASA) II	
AP. DIGESTIVO REG 3000 800			
PRE-ANESTÉSICO DOSE/HORA		DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRatura DE TIRO E FÍRULA (D)	
CIRURGIA REALIZADA TO CIRURGICO DE TIRAS E FÍRULAS (D)		AUXILIARES Dr Douglas	DURAÇÃO DA ANESTESIA 3h
CIRURGÃO Dr. Douglas	TERMINO DA ANESTESIA 10:30	QUANT. DE CH.	VALORES RS
INÍCIO DA ANESTESIA 03:30h	CPF	Dr. Henrique	Dr. Henrique Pereira Frindelo Médico Anestesiologista CRM 3774-P-11-1111
ESTESTISTA Dr. Henrique			
ATENDIMENTO 03h 9h 12h 10h			
O.2 N2O			
LÍQUIDOS VENOSOS	8.500 ml	8.500 ml	



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

29 JUL 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RADICULAR	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOC PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQUERÍOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
TECNICA	scopio monitor gado, anestesia + auxílio de shad fixo bursário				
LIQUIDOS	1. Bumadol 100 mg 0,25ml				
Glicose	2. Dihidrof 80 mcg	12			
NACI	3. Cefazolin 500 mg	13			
BANHO	4. Dexcurtozide 1mg	14			
RINGER	5. Cetacurfmecil 500 mg	15			
TOTAL	6. Fomecina 20	16			
ESTADO DO PACIENTE	7.	17			
<input type="checkbox"/> APT	8.	18			
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	9.	19			
<input type="checkbox"/> UTI	10.	20			
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	VER				
DESCRITIVO INTRATOC					
ONCO niquel 1300 miligrams 200 mg i.v. bolus (C) + (C), LIV (C), SC 20 mg bolus 100 ml intravenous					
ASSINATURA DO ANESTESISTA					
Dr. Henrique Pereira Frindelo Médico Anestesiologista CRM 3774-P-11-1111 F. INGLASOR 066-1					



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Pedro Henrique Cor: Pardo Data: 12/11/17
Idade: 17 Sexo: () Masculino () Feminino
Clínica/Setor: NCR EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Drenagem de HEDa
Cirurgião: George Mendes
2º Assistente: _____ Anestesista: André Scavaglia
Instrumentador: _____ Horário: Início 06:00 Término 07:15
Tipo de Anestesia: Geral

Hematoma

Procedimentos Cirúrgicos		Código
<u>Drenagem de HEDa</u>		COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 29/01/2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

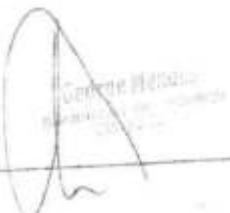
Acidente durante Ato Cirúrgico: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____



João Pessoa, 12/11/17

RELATÓRIO DE CIRURGIA

RECUSADO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posição supina e lateral esquerda da cabeça
2. Assafaz + ansepsis + exposição de campo
3. Bloqueio anestésico locorregional

Incisão:

4. Incisão arciforme FTP (D)
5. Dissecção subfascial da mímolo temporal
6. Craniotomia penetrotemporal (D)

Achados:

7. Ancoramento da dura-máter
8. Drenagem de HED
9. Termolezão (2) de artéria meningea media sangrante

Conduta:

10. Revisão da hemostasia
11. Osteossíntese
12. Implante do dreno subatâneo
13. Sutura do músculo temporal
14. Sutura do TSC + pele
15. Curativo etanol
16. Procedimento sem intercorrências

Fechamento:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Observação:

Médico/CRM:

Coronel Miltões
Médico Especialista

João Pessoa, 12/11/17

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE		<i>Pedro Henrique dos Santos Alves</i>	
IDADE	17	SEXO	M
CIRURGIA	7119	DATA	10/09/19
CIRURGÃO	DR. George	ENFERMAGEM	DR. TALU
ANESTESIA	Espal	ANESTESISTA	DR. Andre + DR. Luisa R.
INSTRUMENTADOR	SOCIO		
DATA	12/11/17	PERÍODO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	06:30
		CIRURGIA INÍCIO	06:30
		FIN	8:00
PACOTE DE RISCO DA CIRURGIA - ASA I AMER - AN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS			
ESTERILAR / DESINFECTADA / LIMPIDA / CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	GTD
ALFENTANILA		JELCO N°18	FIO CAT GUT CRONIAC N°
RULIVACAINA ISOBÁRICA		JELCO N°18	FIO CAT GUT CRONIAC N°
RULIVACAINA PESADA		JELCO N°22	FIO DE AGO N°
CETAMINA		JELCO N°24	FIO DE AGO N°
DROPERIDOL		KIT ESTERIL DREN TORAX N°	FIO DE NYLON N° 0
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	FIO DE NYLON N° 30
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	FIO POLIGLACTINA N° 20
TENTANILA		EVIN DEGERMANTE	FIO POLIGLACTINA N°
FLUMAZENIL		EVINTINTURA	FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO	FIO POLIPROPILÉNICO
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		SATIÃO ANTISEPTICO	FIO POLIPROPILÉNICO N° 40
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	MATERIAL ESPECIAL
LÍDOCAYNA C/VASO		AGULHA 13X43	QTD.
LÍDOCAYNA S/VASO		AGULHA 25X67	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR
MIDAZOLAM		AGULHA 23X68	LUVA ESTÉRIL N°8
MORFINA		AGULHA 44X12	LUVA ESTÉRIL N°8
NIMBULUM		AGULHA PERIDURAL N°6	MASCARA CIRÚRGICA
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°7	MULTIVIAS
PETDINA		AGULHA PERIDURAL N°8	PERFORADOR DE SORO
PROPOFOL		AGULHA RAQUI N°35G	SCALP N°19
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G	SERRINGA JML
SEVOFLURANO		ALGOÃO ORTOPÉDICO	SERRINGA SMU
EUXAMETÔNIO		ATADURA DE CRETON	SERRINGA 10ML
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERRINGA 20ML
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PVC X OSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8
ADRENALINA		CÂNULA PTRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10
AQUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12
ATROPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14
DIPRIONA SÓDICA		CERA PARA DRSO	SONDA NASOG. CURTA
EFEDRINA		COLAR DE PROTEÇÃO	SONDA URETRAL N°
FUROSEMIDA		COMPRESSAS <i>com 5</i>	TOUREENHIA
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°15
GLUCONATO DE CALÇO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°17
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO <i>3.2</i>	TUBO ENDOTRAQUEAL N°1
LÍDOCAYNA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
ONDASCENTRÔNA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	
TENOIXCAN		ESPAKADRAPO	
		GAZES <i>MM</i>	
		GAZES ALGODoadas	
		GEL ELETROLÍTICO	
		JELCO N°4	
		JELCO N°18	
01 Fraca Autotransfusional 1000 ml Institucional 1000 ml			
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.			
EMPRESA			
29 OUT. 2018			
PARAFUSOS CORTICais			
PARAFUSOS MALLEOLAS			
PARAFUSOS MALLEOLAS II			
PLACA			
PLACA			
EQUIPAMENTOS			
FIO ASPIRADOR			
FIBRISTURI CLETRICO			
FICAPNDRATO			
FICARDIOMONTOR			
FIDESFIBRILADOR			
FOCO AUXILIAR			
FOCO CENTRAL			
MICROSCÓPIO			



SOCIETATIS
ANESTHESIOLOGICAE

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12-11-2017

RJ

PACIENTE: Pedro Henrique da Cunha

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 90 / 70 RESPIRAÇÃO 18 LITROS X MINUTO RISCO CIRÚRGICO 1 NIVEL FREQUÊNCIA CARDÍACA X MINUTOS PESO 70KG
 ESTADO GERAL (IBOM) IRREGULAR X MUITO PESSIMO RISCO CIRÚRGICO 3 NIVEL FREQUÊNCIA CARDÍACA X MINUTOS PESO 70KG
 EXAMES COMPLEMENTARES V.N.P.
 AP. RESPIRATÓRIO Eufnéico
 AP. DIGESTIVO Despejum

AP CIRCULATÓRIO Estável
 ESTADO MENTAL VTC DROGAS EM USO

TIPO DE ANESTÉSICO

LÍQUIDOS

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGÃO

INÍCIO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

ANESTESISTA

ASA I

TÉRMINO DA ANESTESIA 8:00

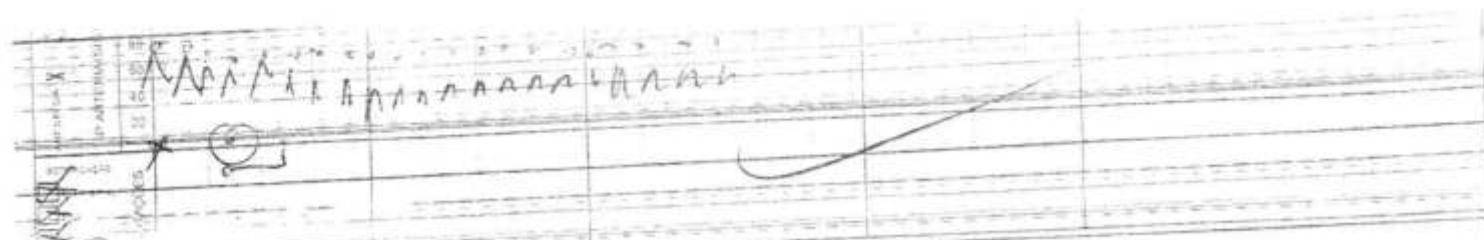
DURAÇÃO DA ANESTESIA

VALORES RS

CRM-PB

Dr Andre / Dr Luisa

RESPIRATÓRIO
 FASE DE INHALAÇÃO (50%) → (50%) → (50%) → 100%
 O2 21% 21% 21% 21% 21% 21% 21% 21% 21% 21%
 CO2 15% 31% 31% 31% 31% 31% 31% 31% 31% 31%
 TEE 118/53



	<input type="checkbox"/> ANESTÉSICO GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDÉRMICA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOCO FLEXO	<input type="checkbox"/> BLOCO NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
1. ANESTÉSICO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia geral					
2. AGENTS						
3. SEDATIVOS						
4. ANTICONVULSIVOS						
5. ANTIHISTAMÍNICOS						
6. ANTIARRÍTMICOS						
7. ANTIINFLAMATÓRIOS						
8. ANTIHIALURÔNICOS						
9. ANTIHISTAMÍNICOS H1						
10. ANTIHISTAMÍNICOS H2						
11. ANTIHISTAMÍNICOS H3						
12. ANTIHISTAMÍNICOS H4						
13. ANTIHISTAMÍNICOS H5						
14. ANTIHISTAMÍNICOS H6						
15. ANTIHISTAMÍNICOS H7						
16. ANTIHISTAMÍNICOS H8						
17. ANTIHISTAMÍNICOS H9						
18. ANTIHISTAMÍNICOS H10						
19. ANTIHISTAMÍNICOS H11						
20. ANTIHISTAMÍNICOS H12						

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29.VII.2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Outros: Fentanyl 300 mcg EL 11 COMPREV
 Etomidato 20 mg 12 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 Succinilchinel 100 mg 13 29.VII.2018
 Rocuronio 50 mg 14
 Cisatracurio 4 mg 15
 Dexmedetomidine 10 mcg 16
 Remifentanil 10 mcg 17
 Propofol 2 mg 18
 Etomidato 100 mcg 19
 Fentanyl 100 mcg 20
 Fentanyl monitorizado e controlado em PSO + flé 11/14
 Remifentanil 100 mcg em ASE flé 11/14 em DBA
 Etomidato com FiO2 100% sem bala e mísula, indução com Fentanyl 300 mcg, etomidato 20 mg, metocarbamol 100 mg, rocurônio 50 mg, succinilchinel 100 mcg / 100 mcg / 300 mcg
 Rocuronio 50 mg, Succinilchinel 100 mcg / 100 mcg / 300 mcg
 Propofol rápido 10% sob letargosuprid dose de 100 mcg / 100 mcg / 300 mcg
 Etomidato MAC 4, Cisatracurio 1 mg / 100 mcg / 300 mcg
 se com ausculta e sonda gástrica, ventilador mecanico controlado
 e volumétrico.



Atendimento: 000000912216

Idade: 17 anos

Paciente: PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

Data: 12/11/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

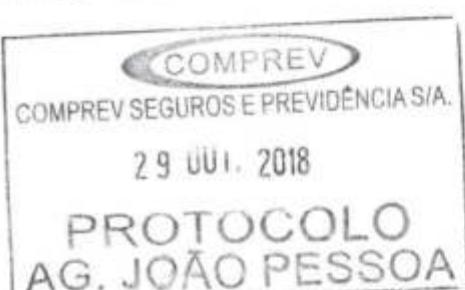
Exame controle evolutivo em relação ao estudo prévio de 12/11/2017, realizado neste serviço e armazenado em nosso sistema, evidenciando:

Craniotomia parietotemporal direita, com reposição do retalho osseo.

Redução do hematoma epidural parietotemporal direito.

Melhor caracterização dos hematomas intraparenquimatosos frontal direito e temporal esquerdo.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 12/11/2017 20:31.

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB



Atendimento: 000000911257

Idade: 17 anos

Paciente: PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

Data: 12/11/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

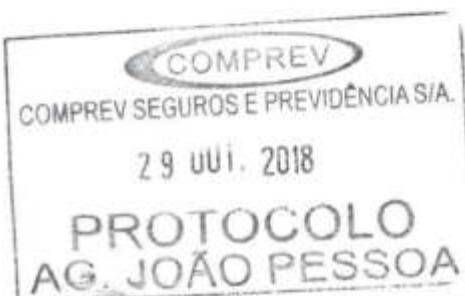
Técnica:

*** Exame realizado em caráter de urgência/ emergênica.
Imagens obtidas em aparelho de múltiplos detectores, sem a injeção endovenosa do meio de contraste iodado.

Análise:

Contusões parenquimatosas na região parietal esquerda (medindo cerca de 1,5 x 1,5 cm), parietal direita e frontal direita.
Hematoma extra-axial (epidural) temporoparietal à direita, com espessura máxima de 1,9 cm.
Desvio de estruturas da linha média (cerca de 0,4 cm).
Apagamento difuso de sulcos corticais.
Cisternas da fossa lateral, ventrículo lateral direito e III ventrículo comprimidos.
IV ventrículo com morfologia e dimensões preservadas.
Cerebelo e estruturas do tronco encefálico com coeficientes de atenuação adequados.
Aumento e densificação de partes moles extra-cranianas parietal direita.
Sinusopatia com sinus de agudização.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



HTOP

SANTOS ALVES, PEDRO HENRIQUE DOS Sexo Masculino Data de Nascimento 21/05/2000 Protocolo 00000045802 PatenteID 00000045802 Nome do protocolo PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES Data 29/01/2018 Comprovante de pagamento da taxa de abertura de protocolo COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.	
29/01/2018	
PROTÓCOLO	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

29 JUL. 2018

PROTOCOLO

Eduardo Henrique dos Santos Araújo

ASSINATURA LEGÍTIMA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

EMBRAZ
EMBRAZ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.357.536

DATA DE
EXPEDIÇÃO
26/01/2015

NOME

PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

FILIAÇÃO

GHERTTON GERMANO DE SOUZA ALVES
LIDIANE JUSSARA DOS SANTOS

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM

DATA DE NASCIMENTO
21/05/2000

CERT. NASC. Nº75886 - LIV. A-73 - FLS. 153 - CARTÓRIO 3º JOÃO

PESSOA-PB

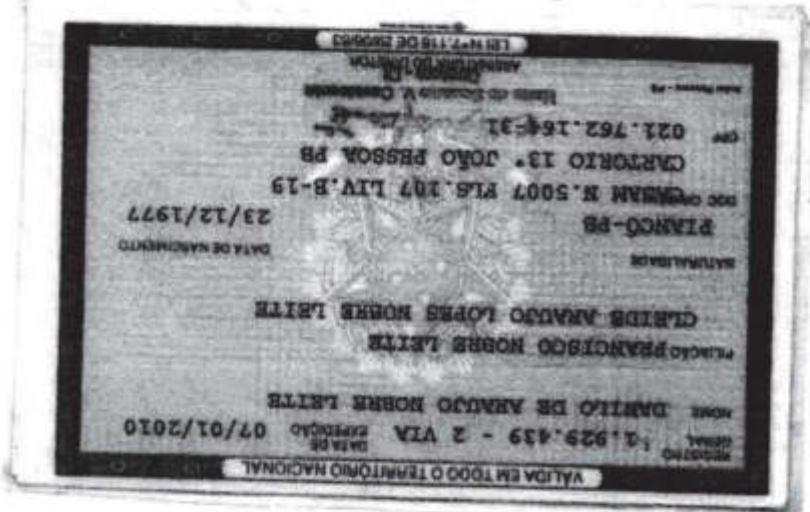
CH

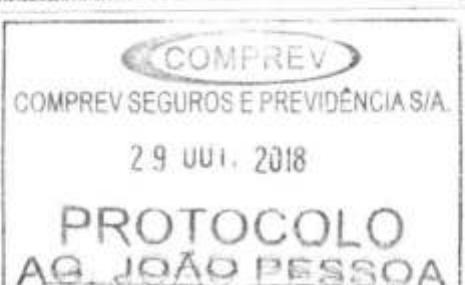
71051223407

MATRIZ-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.932.431

NOME GABRIEL BENARDINO DA CRUZ

DATA DE EXPEDIÇÃO 29/12/2010

FILHO DE JOSÉ MANOEL DA CRUZ FILHO

HELENA DIONISIO BERNARDINO

MATRIZ/IDADE

JOAO PESSOA-PB

DOC. CNHSC-N.13547 FLS.186-LIV.A14

CARTORIO JOAO PESSOA PB

CPF

Assinatura do Titular: Gabriel Bernardino da Cruz

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N°7.116 DE 29 DE JULHO DE 1983

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.932.431
DATA DE EXPEDIÇÃO	29/12/2010
GABRIEL BERNARDINO DA CRUZ	
FILHO(A) JOSÉ MANOEL DA CRUZ FILHO	
HELENA DIONÍSIO BERNARDINO	
NATURALIDADE	
JOÃO PESSOA-PB	
DOC. CINASC. N. 1.3547 FLS. 186 LIV. A14	
CARTÓRIO JOÃO PESSOA PB	
CIF	
João Pessoa - PB	
ASSINATURA DO CARTÓRIO	
LEI Nº 7.716 DE 25 DE MARÇO DE 1989	



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

29 VIII. 2018

• PROTOCO

PROTOCOLS

PROTOCOLLO

PROTÓCOLO
AG. IDÃO RESSOA

AG. JOAO PESSOA

— 55 — PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508100 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES **Data do acidente:** 11/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO PARIETAL À ESQUERDA E HEMORRAGIA EXTRADURAL AGUDA.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - CRANIOTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA E OSTE OSSÍNTESE. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			45 %	R\$ 6.075,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508100 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES **Data do acidente:** 11/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO PARIETAL À ESQUERDA E HEMORRAGIA EXTRADURAL AGUDA.
 FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.
 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - CRANIOTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA E OSTE OSSÍNTESE. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			45 %	R\$ 6.075,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508100 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 ALVES

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO
 FRATURA FECHADA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
 FARÁ NOVA CIRURGIA DA PERNAS DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM DE HEMATOMA POR CRANIOTOMIA OSTEOSÍNTESE DE TÍBIA DIREITA
 EVOLUIU COM PSEUDARTROSE DE TÍBIA DIREITA E SEM INTERCORRENCIAS CIRÚRGICAS DO CRANIO.
 NO MOMENTO, ESTÁ EM PROCESSO DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO PARA REOPERAR LESÃO NA TÍBIA
 (PSEUDARTROSE)
 DIFÍCILDE EM RESPONDER AS PERGUNTAS E EM USO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO.
 DEFORMIDADE ANGULAR GROSSEIRA PERNAS DIREITA, COM ENCURTAMENTO MACROSCÓPICO E CLAUDICAÇÃO

Sequelas permanentes: IMPOSSÍVEL AVALIAÇÃO, VÍTIMA COM MEMBRO INFERIOR DIREITO EM TRATAMENTO.
 APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.
 PACIENTE AGUARDA REOPERAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Médico examinador: FELIPE TAVARES SENA

CRM do médico: 5349

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508100 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
ALVES

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO
FRATURA FECHADA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
FARÁ NOVA CIRURGIA DA PERNAS DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM DE HEMATOMA POR CRANIOTOMIA OSTEOSÍNTESE DE TÍBIA DIREITA
EVOLUIU COM PSEUDARTROSE DE TÍBIA DIREITA E SEM INTERCORRENCIAS CIRÚRGICAS DO CRANIO.
NO MOMENTO, ESTÁ EM PROCESSO DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO PARA REOPERAR LESÃO NA TÍBIA
(PSEUDARTROSE)
DIFICULDADE EM RESPONDER AS PERGUNTAS E EM USO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO.
DEFORMIDADE ANGULAR GROSSEIRA PERNAS DIREITA, COM ENCURTAMENTO MACROSCÓPICO E CLAUDICAÇÃO

Sequelas permanentes: IMPOSSÍVEL AVALIAÇÃO, VÍTIMA COM MEMBRO INFERIOR DIREITO EM TRATAMENTO.
APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.
PACIENTE AGUARDA REOPERAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Médico examinador: FELIPE TAVARES SENA

CRM do médico: 5349

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Pedro Henrique dos Santos Alves.
Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Solteiro
Profissão: Ajudante de Caminhão
Identidade: 4.357.536 CPF: 110.512.239-07
Endereço: Rua Prof. Antônio Nobre Leite, 294,
Mangalinais, João Pessoa, Paraíba, CEP: 58000-000

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite
Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado
Profissão: Prestador de Serviços
Identidade: 1.929.439 SSP/PB - CPF: 021.762.164-31
Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

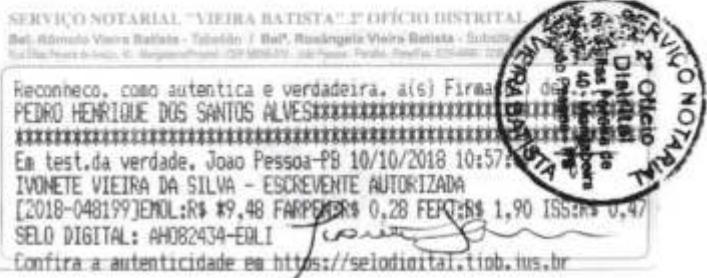


Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT .

Local e Data: João Pessoa, 15 de outubro de 2018.

Pedro Henrique dos Santos Alves *VIEIRA BATISTA*

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394299/18

Número do Sinistro: 3180508100

Vítima: PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

CPF: 710.512.234-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/11/2017

Titular do CPF: PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES : 710.512.234-07

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/11/2018
Nome: DANILDE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

DANILDE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394299/18

Vítima: PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

CPF: 710.512.234-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/11/2017

Titular do CPF: PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE : 021.762.164-31

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

PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS ALVES : 710.512.234-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018
Nome: DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA