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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190208353 **Vítima: MARIA ROSA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 11/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ROSA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA ROSA DOS SANTOS**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **001**
Agência: **000003501-7**
Conta: **000010064571-2**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima: 076 344 744 79

Nome completo da vítima: Maria Rosa dos Santos

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Maria Rosa dos Santos

CPF: 076 344 744 79

Profissão: Recuso

Endereço: Rua Botafogo

Número: 394

Complemento:

Bairro: Alto da Cruz

Cidade: Mandacaru

Estado: PB

CEP: 58027-631

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3501 7 (Informar o dígito se existir) CONTA: 64571 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e avaliação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia aceitação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa - PB 19/03/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Maria Rosa dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE LUCENA PB

D.S.P.C. DELEGACIA DE LUCENA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAI

Ocorrência nº 100/2019

Aos doze dias do mês de março do ano de 2019, nesta Unidade Policial de Lucena/PB, onde presente se encontrava a Delegada de Policia Dra **RUBENITA DA NÓBREGA RÉGIS**, comigo escrivão do seu cargo ao final assinado, aí por volta das10:45 min compareceu : **MARIA ROSA DOS SANTOS**, brasileira, casada, 39 anos, doméstica, natural de Cabedelo/PB, filha de Arlindo José dos Santos e de Rosa Joana dos Santos,RG2.274.293 SSP/PB CPF 076 344 744 79,residente na Rua Rita Raquel de Vasconcelos,420,Maria Rita Fagundes, Lucena/PB,fone 986189560. A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de **FALSIDADE IDEOLOGICA** (CP artº 299), tendo declarado que compareceu a esta Delegacia de Policia Civil, para registrar que no dia 11/11/2018, por volta das 9:30 min, foi vitima de acidente nas proximidades do Posto de gasolina de Costinha nesta cidade de Lucena, quando vinha de carona na motocicleta **HONDA NXR 150 ESD,ANO 2014/2014,COR VERMELHA, PLACA QFF1405/PB,CHASSI 9C2KDO540ERO55866, EM NOME DE GESSICA MORAES PEREIRA** guiada na ocasião por **JOBISON DE MORAES DO NASCIMENTO**, ocasião em que uma outra motocicleta não identificada colidiu na traseira da motocicleta em que a noticiante vinha, fazendo com que o condutor perdesse o controle e viesse ao solo, que somente a noticiante sofreu maiores lesões,que foi socorrida pelo **SAMU** local até o **Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena em João Pessoa** onde deu entrada por volta das 12:17 min, tendo alta hospitalar no dia 18/11/2018 após passar por procedimentos cirúrgicos. O **referido é verdade, dou fé**.

NOTICIANTE Maria Rosa dos Santos

ESCRIVÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima: 076 344 744 79

Nome completo da vítima: Maria Rosa dos Santos

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Maria Rosa dos Santos

CPF: 076 344 744 79

Profissão: Recuso

Endereço: Rua Botafogo

Número: 394

Complemento:

Bairro: Alto da Cruz

Cidade: Mandacaru

Estado: PB

CEP: 58027-631

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3501 7 (Informar o dígito se existir) CONTA: 64571 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e avaliação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia aceitação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa - PB 19/03/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Maria Rosa dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

SAMU 192 REGIONAL JOÃO PESSOA

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

PREFEITURA DE JOÃO PESSOA

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	ID da Ocorrência	USB / USA / MT	Nº / Equipe	Plantão:	Hora de Saída da Base	Hora de Chegada no Local
11/11/19	2253343	☑ USB ☐ USA ☐ MT	57	☑ Dia ☐ Noite	10:00 Hs	: Hs

Paciente / Usuário: Maria Rosa de Santos | Idade: 38 | Sexo: ☐ Masc ☐ Fem | Telefone:

Local da Ocorrência: ☐ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☐ Outro:

Logradouro: Rua Professor | Bairro: Costinha | Médico Regulador: Clemente

Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro: Desconhecido

QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:

DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento

HEETSHC
Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

Motivo: Trauma

▷ CAUSAS EXTERNAS
- ▷ Acidente de Trânsito
  - ☐ Colisão carro x moto
  - ☐ Queda de moto
  - ☐ Atropelamento por:
  - ☐ Colisão carro x carro
  - ☐ Capotamento
  - ☐ Outro:
- ☐ F.A.F.
- ☐ F.A.B.
- ☐ Agressão Física
- ☐ Afogamento
- ☐ Queda - Altura aproximada:
- ☐ Soterramento / Desabamento
- ☐ Choque Elétrico
- ☐ Outro:

☐ TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem: COMPREV
Responsável: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
Hospital de Destino: 19 MAR. 2019
Responsável: PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

ANTECEDENTES

- ☐ AIDS
- ☐ Alcoolismo
- ☐ AVC
- ☐ Convulsões
- ☐ Diabetes
- ☐ Doença Cardíaca
- ☐ Doença Infecto-contagiosa
- ☐ Doença Mental
- ☐ Doença Renal
- ☐ Droga
- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Internamentos Anteriores
- ☐ Problemas Respiratórios
- ☐ Medicamentos de uso Contínuo

Quais?

1. DADOS VITAIS
P.A: 140X100 FC: 69 FR: 15 HGT: — SpO2 - S/O2: 95 SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Infortunio [illegible]

Intervenções: [illegible]

Evolução do Enfermeiro:

PCT [illegible] queixa de [illegible] com suspeita de [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

ACP bolo N32 + 500 ml soro [illegible]

2 - VIA AÉREA:
☑ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
☑ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:
☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:
☐ Não ☑ Sim - Local: Joelho esquerdo

3.2 - PERFUSÃO
☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO
☑ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.
☑ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
ECGL 15

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal ____ semanas

Encontrado: ☑ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: ____
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS
☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☑ Colar cervical P
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireidostomia
☐ Curativo
☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros
☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☐ Prancha Longa
☐ Punção venesa
☐ Sonda gástrica
☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): ____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA
☑ Não
☐ Sim
Objetos:

Entregues a / Local: ____ Assinatura com Carimbo do recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: ____ MATRÍCULA: ____
TEC. ENFERMAGEM: Sulma COREN: ____
ENFERMEIRO(A): Thais Moreira COREN: 349299
MÉDICO(A): ____ CRM: ____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento
NOME: ____ RG / CPF: ____
ASSINATURA (RUBRICA): ____ Observação: ____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

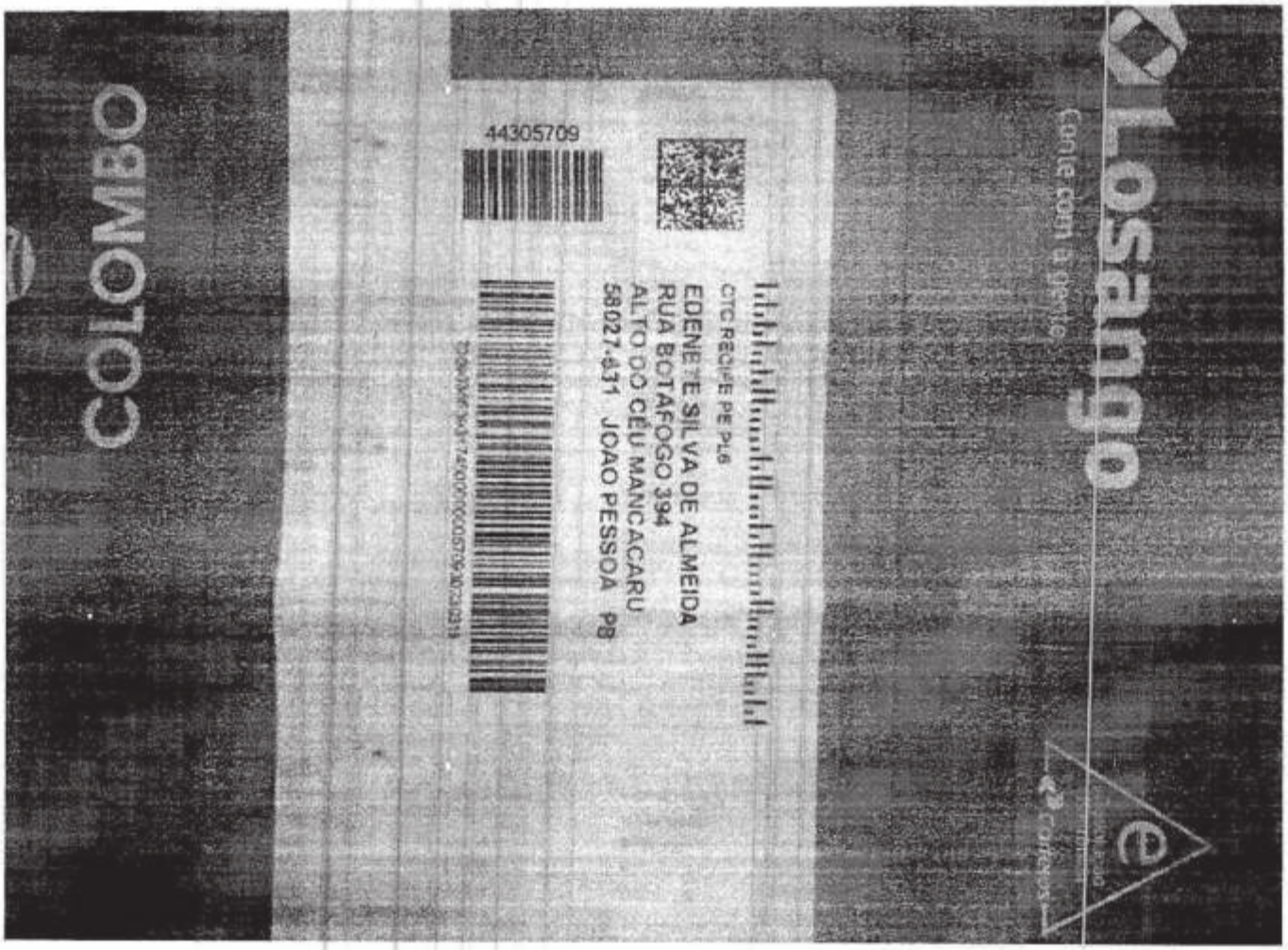
CLIENTE: MARIA ROSA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03501-7

CONTA: 000010064571-2

Nr. da Autenticação 5BCF57BF5BC85E70



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JEANKLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE, 151 - PALAIS - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58058-334 (AC: 1)

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
BR 230 KM 24 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-900
CNPJ: 09.280.183/0001-40 - INSC. EST. 16.316.825-0

Emissão: 21/01/2019 - Referência: Jan/2019
Classificação: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFASICO
Roteiro: 12 - 5 - 202 - 450 - Nº medidor: 00000257509

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica NNNN 324 751
Cód. para Débito Automático: 000 1683587

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	21/01/2019	18/02/2019	010.842.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o tranche de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
19/12/18	3515	21/01/19	3737	1	222	33

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos	Valor Bruto (R$)	ICMS (R$)	Alq. ICMS	Base de Cálculo (R$)	PIS/COFINS (R$)	Alq. PIS/COFINS (%)	Contribuição (R$)
0801	Consumo em kWh	222,000	0,876010	194,17	194,17	25	48,54	194,17	1,89	9,20
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			11,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL			195,22	194,17		48,54	194,17	1,89	9,20

CC: Código de Classificação do Item

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
161	28/01/2019	R$ 195,22

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18
44	20	4	180	221	223	197	200	190	224	220	222

RECEBIMENTO AO FISCO

85f1.69f1.dd42.d3c2.aaed.644b.9cc1.1932

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Indicadores de Qualidade (12 meses anteriores)

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	5,19	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,38	
DIC ANUAL	20,77	
FIC MENSAL	3,25	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,47	
FIC ANUAL	12,93	
DMIC	2,94	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)		
NOMINAL		220
CONTRATADA		
LIMITE INFERIOR	-10%	201
LIMITE SUPERIOR	+10%	231

Discriminação	Valor (R$)	%
Distribuição de Baixa Tensão	48,54	24,87
Compra de Energia	90,91	46,57
Geração de Transmissão	7,15	3,66
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]
Impostos Diretos e Encargos	38,39	[illegible]
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	195,22	100,00

Valor do KWh (Ref. 11/2018) R$ 0,8765

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

PARAÍBA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
Roteiro: 12 - 5 - 202 - 450 Matrícula: 1698358-2019-5-1-2	28/01/2019	R$ 195,22

83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

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

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046502754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Rosa dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 076 344 744 -79

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Rosa dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 076 344 744 / 79, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto 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: Rua Agente Fiscal José G. Duarte		Número: 157	Complemento:
Bairro: Changaleira	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58056-384
E-mail:			Tel.(DDD):

Local e Data: João Pessoa - PB 19/03/19

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gessica Moraes Pereira,

RG nº 3358377, data de expedição 02/09/05, Órgão SSP PB, portador do CPF nº 09408292405, com domicílio na cidade de Lucena, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Av David de Souza Falcão, nº 549, 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 Maria Rosa dos Santos, cujo o condutor era Jobson de Moraes do Nascimento

Veículo: moto
Modelo: HONDA NXR 150 BROS ESD
Ano: 2019
Placa: QFF 1405 PB
Chassi: 9C2KD0540ER055866
Data do Acidente: 11-11-18
Local e Data: Lucena, 16 Janeiro 2019

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cartório Jacinto Paulo Neto

Gessica Moraes Pereira
Assinatura do Declarante

Jobson de Moraes do Nascimento
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TABELIONATO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TITULOS E OFICIO DE REGISTRO DE DIVERSIS, DE TITULOS E DOCUMENTOS E CIVIS DAS PESSOAS JURIDICAS
Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
GESSICA MORAES PEREIRA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Lucena, 16 de janeiro de 2019. Em test[illegible] verdade.
Sely de Mendonça Luna Freire ()
Válido somente com o selo AHY42107-C3F9

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	MARIA ROSA DOS SANTOS
DADOS DE NASCIMENTO	12/03/80
NOME DA MÃE	ROSA JOANA DOS SANTOS
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.121.534
Nº PRONTUARIO	112.233
DATA DO ATENDIMENTO	11/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:17
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR E
CID 10	S 72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, há cêrca de 2 hs, apresentando queixas de dor em joelho E e coxa E, com limitação dos movimentos e encurtamento + edema do membro inferior. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da bacia E - AP
RX da coxa E - AP e P
RX do joelho E - AP e P

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade distal do femur E aos RX. Sem alteração ao outrpo RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Teófilo Vanomark no 1º tempo e pelo Dr. Andrier Farias e Dr. João Paulo Linhares no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 18/11/18

DATA DA EMISSÃO: 15/02/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1121534

Identificação do paciente

ID **1344590**	Nome **MARIA ROSA DOS SANTOS**			Sexo **Feminino**
Data de nascimento **12/03/1980**	Idade **38 anos 8 meses 8 dias**	Estado civil	Religião	Prontuário **112233**
Mãe **ROSA JOANA DOS SANTOS**			Pai **ARLINDO JOSE DOS SANTOS**	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) **- ESPOSO(A)**	
DDD Móvel **83**	Fone Móvel **988589501**		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento **RG (IDENTIDADE)**	Número documento **2274293**		Nº Cns **706801254829527**	
Local de procedência **LUCENA**			Tipo **MUNICIPIO**	UF **PB**
Email	Naturalidade **CABEDELO**		CBO/R	

Endereço

CEP **58315000**	Município de residência **LUCENA**	UF **PB**	Logradouro **PROJETADA**
Número **SN**	Complemento		Bairro **CENTRO**

Admissão

Data e Hora **11/11/2018 12:17:23**	Número da pulseira **1000006837012**		Convênio **SUS**
Especialidade **CIRURGIA GERAL**		Clínica	
Classificação de risco			Origem do paciente **RUA**
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Detalhe do acidente **QUEDA / OUTROS**

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA _____ **X** _____ **mmHg**	Pulso	Temperatura

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por **FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL**	Tempo **01min 02seg**

Imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: MARIA ROSA DOS SANTOS			**Número Prontuário:** 112233
Data de 12/03/1980	**Sexo:** Feminino	**Data de Internação:** 12/11/2018 07:56:05	**Data de Alta:** 18/11/2018 07:55:04

Motivo da alta:
ALTA HOSPITALAR

Conduta:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO SEM INTERCORRÊNCIAS NO DIA 16/11 POR DR. ANDRIE E DR. JOÃO PAULO

Resumo da Internação:

Resultado de Exames:
RX E TC

Tratamento:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO SEM INTERCORRÊNCIAS NO DIA 16/11 POR DR. ANDRIE E DR. JOÃO PAULO

Diagnóstico:
72.4 - Fratura da extremidade distal do fêmur

Recomendações:
NÃO DEAMBULAR , USO DE ANTICOAGULANTE POR 28 DIAS , USO DE ANTIBIÓTICO POR 7 DIAS , ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO HTOP

Data: 18/11/2018

GLAUBER MELO NAVAIS MIRANDA
CRM: 9220 - PB

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1121534

Identificação do paciente

ID 1344590	Nome MARIA ROSA DOS SANTOS			Sexo Feminino
Data de nascimento 12/03/1980	Idade 38 anos 7 meses 30 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ROSA JOANA DOS SANTOS			Pai ARLINDO JOSE DOS SANTOS	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) WALTER FIDELIS - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988589501		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2274293		Nº Cns	
Local de procedência LUCENA			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade CABEDELO		CBO/R	

Endereço

CEP 58315000	Município de residência LUCENA	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 11/11/2018 12:17:23	Número da pulseira 1000006837012	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA 130 x 40 mmHg	Pulso 91	Temperatura 37°

Exames complementares

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

Dados clínicos

Paciente vítima de acidente de moto, suspeita de fratura de femur, segue avaliada aos cuidados da equipe de plantão.

Recivaldo Batista
Enfermeiro
COREN: 312

Diagnóstico	CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL	Tempo 01min 02seg

Imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Paciente **MARIA ROSA DOS SANTOS**		BAE **1121534**	Data/Hora Entrada **11/11/2018 12:17:23**	Data Baixa
Data de nascimento **12/03/1980**	Idade **38a 7m 30d**	Sexo **Feminino**	CNS	Telefone de Contato **(83) 983589501**
Mãe **ROSA JOANA DOS SANTOS**				Prontuário
Endereço **PROJETADA, SN**		Bairro **CENTRO**	Município **LUCENA**	UF **PB**
Acidente **QUEDA / OUTROS**	Motivo **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Profissional **INNARTHA LISLEY MANIÇOBA XAVIER**	Nº Cons. Regional **8074/**
Data/Hora Classificação **11/11/2018 12:17:23**			Data/Hora Prescrição **11/11/2018 12:37:39**	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 2H COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO E COXA ESQUERDOS, COM
MITACAO DE MOVIMENTO E ENCURTAMENTO DO MEMBRO.
NEGA VOMITOS E PERDA DE CONSCIENCIA
ABD FLACIDO E INDOLOR
MV+ SEM RA
TORAX SEM ALTERACES
MMSS: NDN
NEGA ALERGIA

CD; AVALIACAO DA ORTO
ALTA DA CIRUGIA GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO EM 100ML SF0,9% EV)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
R52.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

MARIA ROSA DOS SANTOS

INNARTHA LISLEY MANIÇOBA XAVIER
(: 8074/)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 11/11/2018 12:18:25

[illegible]

GRAVE COMPLETO (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE CP)

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Paciente **MARIA ROSA DOS SANTOS**		BAE **1121534**	Data/Hora Entrada **11/11/2018 12:17:23**	Data Baixa
Data de nascimento **12/03/1980**	Idade **38a 7m 30d**	Sexo **Feminino**	CNS	Telefone de Contato **(83) 988589501**
Mãe **ROSA JOANA DOS SANTOS**				Prontuário
Endereço **PROJETADA, SN**		Bairro **CENTRO**	Municipio **LUCENA**	UF **PB**
Acidente **QUEDA / OUTROS**	Motivo **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Profissional **DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE**	Nº Cons. Regional **165843/SP**
Data/Hora Classificação **11/11/2018 12:17:23**			Data/Hora Prescrição **11/11/2018 14:02:38**	

\namnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 3 HORAS .

QUEIXA-SE DE DOR NA COXA ESQUERDA

AO EF: ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E EDEMA (+/4+) DA COXA ESQUERDA

RAIOX : FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO

CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

Conduta

Internar Paciente

Diego Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8047
TEOT 15589

MARIA ROSA DOS SANTOS

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 11/11/2018 12:18:25

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Impresso por: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
Em: 16/11/2018 14:00:47

Paciente **MARIA ROSA DOS SANTOS**		Boletim de Atendimento **1121534**	Data/Hora Entrada **11/11/2018 12:17:23**	Data/Hora Saída
Data de nascimento **12/03/1980**	Idade **38**	Sexo **Feminino**	CNS	Prontuário **112233**
Tempo de Internação		Convênio **SUS**		Plantão **DIURNO**
Data de Entrada **11/11/2018 12:17:23**	Data Internação **12/11/2018 07:56:05**	Permanência na Unidade: **5d 1h 43min**		Permanência no Leito: **3d 5h 39min**

EVOLUÇÃO MEDICA *(LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 16/11/2018 14:00:30)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: VPM, RAIOX DE CONTROLE E HEMOGRAMA

STAFF: DR ANDRIER E DR JOAO PAULO

Seção: HTOP - APARTAMENTO 07 Leito: LEITO 01
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO **Número Conselho: 8491**

Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM: 8491

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Maria Rosa dos Santos BE/Prontuário: 11 415 34

Idade: _____ Sexo: ( )Masculino (X)Feminino Cor: _____ Data: 16/12/14

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tratamento de Fratura do Fêmur Dist. (E)

Cirurgião: Dr. Amaurier 1° Assistente: Dr. [illegible]

2° Assistente: Dr. 3° Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ___:___ Término ___:___

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fratura do Fêmur	
Distal (E)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tratamento de Fratura	
do Fêmur Distal (E)	

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 8184-RN
CRM 10894-PB

João Pessoa, 16/12/14

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) DDH Não Anestesia
2) Anestesia Anestesiologia, CLE

Incisão:

1) Ilíaco lateral do Fêmur (E)
2) Dissecção por Planos
3) Hemostasia

Achados:

1) Fratura do Fêmur Distal (E)

Conduta:

(E) Redução cruenta + Fixação interna com Placa DCS
+
Parafuso isolado (Distal)
+
Parafuso bloqueado
+
Parafuso corticais +
Parafuso esponjoso Distal

Fechamento:

1) Sutura por Planos
2) Curativo estéril

Observação:

João Pessoa, 16/11/18

Médico/CRM: Dr. Victor Linhares Médico CRM 8184-RN CRM 10894-PB

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: MARIA ROSA DOS SANTOS
IDADE: 32 ANOS 11/15/34 PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: C7 LEITO: 01
CIRURGIÃO: FRAT DOS SANTOS DE FERNANDES
CIRURGIÃO AUXILIAR: MANOELIER PALDO XUK 2AUX
ANESTESIA: RAQUI + SEDAÇÃO
ANESTESISTA: DR. CLAUS
INSTRUMENTADOR: DEMILDA
DATA: 16/11/18 TEMPO CIRÚRGICO + ANESTESIA: INÍCIO 11:10 FIM 13:30 CIRURGIA: INÍCIO 12:15 FIM 14:00
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS)
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.
ALFENTANILA	
BUPIVACAINA ISOBÁRICA	
BUPIVACAINA HIPERBÁRICA	/
CETAMINA	
DROPERIDOL	
ETOMIDATO	
FENOBARBITAL	
FENTANILA	/
FLUMAZENIL	
ISOFLURANO	
L-BUPIVACAINA C/ VASO	
L-BUPIVACAINA S/ VASO	
LIDOCAINA C/ VASO	
LIDOCAINA S/ VASO	
MIDAZOLAN	/
MORFINA	/
NIMBIUM	
PANCURONIO	
PETIDINA	
PROPOFOL	
RAMIFENTANILA	
ROCURONIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETONIO	
TIOPENTAL	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
ÁGUA DESTILADA	
ATROPINA	
BENTRA	
DIMAZOLINA	
DEXAMETASONA	
DIPIRONA SÓDICA	
EFEDRINA	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
GLUCONATO DE CALCIO	
HIDROCORTISONA	
LIDOCAINA GELEIA	
ONDASENTRONA	/
PLASIL	
PROSTIGMINE	
PROTAMINA	
TENOXICAN	

SOLUÇÕES	QTD.
ALCOOL ETÍLICO 70%	/
PVPI DEGERMANTE	/
PVPI TINTURA	
PVPI TÓPICO	
SABÃO ANTISÉPTICO	

MATERIAIS	QTD.
AGULHA 13X4,5	
AGULHA 25X07	
AGULHA 25X08	
AGULHA 40X12	
AGULHA PERIDURAL Nº16	
AGULHA PERIDURAL Nº17	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA RAQUI Nº25G	
AGULHA RAQUI Nº26G	
AGULHA RAQUI Nº27G	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	
ATADURA DE CREPOM	
ATADURA GESSADA	
BOLSA P. COLOSTOMIA	
CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	
CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	
CATETER EPIDURAL Nº16	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CERA PARA OSSO	
COLET. URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUCÇÃO	
ELETRODOS	
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	
ESPARADRAPO	OK
GAZES	OK
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLÍTICO	
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	1
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº15	1
LÂMINA BISTURI Nº23	
LÂMINA BISTURI Nº24	
LÂMINA DE DERMATOMO	
LÂMINA DE ENXERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	
LUVA ESTERIL Nº7,0	
LUVA ESTERIL Nº7,5	
LUVA ESTERIL Nº8,0	
LUVA ESTERIL Nº8,5	
MASCARA CIRÚRGICA	
MULTIVIAS	
PERFURADOR DE SORO	
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	
SERINGA 10ML	
SERINGA 20ML	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	1
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	1
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SILICONE (LATEX)	1

FIOS	QTD.
FIO ALGODÃO S.A Nº	
FIO ALGODÃO S.A Nº	
FIO ALGODÃO C.A Nº	
FIO ALGODÃO C.A Nº	

FIOS	QTD.
FIO CAT. GUT CROMADO Nº	
FIO CAT. GUT CROMADO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE NYLON Nº 2-0	F
FIO DE NYLON Nº 3-0	F
FIO DE NYLON Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº 1-0	F
FIO POLIGLACTINA Nº 2-0	F
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIGLECAPRONE Nº	
FIO SEDA Nº	
FITA CARDÍACA	

MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRÚRGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNNER Nº	
FIO DE KIRSCHNNER Nº	
FIO STEINMAN Nº	
FIO STEINMAN Nº	
GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
HEMOST. ABSORVÍVEL	
KIT DERIVA. VENTRICULAR	
PRÓTESE VASCULAR	
KIT PAM	
FIXADOR EXTERNO	

EMPRESA
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS MALECLAR
PARAFUSOS MALECLAR
PLACA
PLACA

EQUIPAMENTOS
( ) ASPIRADOR
(/) BISTURI ELÉTRICO
( ) CAPNÓGRAFO
(/) CARDIOMONITOR
( ) DESFIBRILADOR
( ) FOCO AUXILIAR
(/) FOCO CENTRAL
( ) MICROSCÓPIO
(/) OXÍMETRO DE PULSO
( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
(/) PERFURADOR ELÉTRICO
( ) SERRA

CIRCULANTE

ENG. ASCIR 021-2

CX OHS/DCS - tm - 01
PLACA DCS LARGA 95º 10 FUROS - 01
PARAFUSO DESLIZANTE Nº 65 - 01
PARAFUSO CORTICAL Nº 34 - 03
PARAFUSO ESPONJOSO R-32 Nº 70 - 01 } TM
PARAFUSO CORTICAL R-16 Nº 90 - 1 } ORTHOLIFE

FICHA DE ANESTESIA

DATA: PRONTUÁRIO:

PACIENTE: SEXO: COR: IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL (BOM (REGULAR (MAU (PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (BOM (REGULAR (MAU (PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

ESTADO FÍSICO (ASA)

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGIÃO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R$

ANESTESISTA CRM-PB

ENFERMEIRA

SOLUÇÕES VENOSAS

P. ARTERIAL SISTÓLICA X DIASTÓLICA A

PULSO O

RESPIRAÇÃO ●

TEMPERATURA X

ANOTAÇÕES

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RADIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ PLEXO ☐ BLOQ NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA

SOLUÇÕES

	VOLUME ATÉ 10	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO		
GLICOSE	1		11	
NACL	2		12	
SANGUE	3		13	
RINGER	4		14	
TOTAL	5		15	
	6		16	
	7		17	
	8		18	
	9		19	
	10		20	

DESTINO DO PACIENTE

☐ APTA ☐ ENFERMARIA

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Clóvis Y. Aratani
Médico Anestesiologista
CRM-PB

F.ING.ASCIR.026-1

Nota de Sala Cirúrgica

HEBTOSC

NOME DO PACIENTE

IDADE BE PRONTUARIO ENFERMARIA LEITO

CIRURGIA

CIRURGIÃO PAUX

ANESTESIA

ANESTESISTA

INSTRUMENTADOR

DATA TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO FIM CIRURGIA INICIO FIM

INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)

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

GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTESICAS	QTD.
ALFENTANILA	
BUPIVACAINA ISOBARICA	
BUPIVACAINA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
ETOMIDATO	
FENOBARBITAL	
FENTANILA	1
FLUMAZENIL	
ISOFLURANO	
EVOBUPIVACAINA C/ VASO	
LEVOBUPIVACAINA S/ VASO	
LIDOCAINA C/ VASO	1
LIDOCAINA S/ VASO	
MIDAZOLAN	1
MORFINA	
NIMBIUM	
PANCURÔNIO	
PETIDINA	
PROPOFOL	1
RAMIFENTANILA	
ROCURÔNIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETÔNIO	
TIOPENTAL	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
AGUA DESTILADA	
ATROPINA	
BEXTRA	
CEFAZOLINA	
DEXAMETASONA	1
IPIRONA SODICA	
EFEDRINA	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
GLUCONATO DE CALCIO	
HIDROCORTISONA	
LIDOCAINA GELEIA	
ONDASENTRONA	
PLASIL	
PROSTIGMINE	
PROTAMINA	
TENOXICAN	

SBL

SOLUÇÕES	QTD.
ALCOOL ETILICO 70%	
PVPI DEGERMANTE	
PVPI TINTURA	
PVPI TÓPICO	
SABÃO ANTISEPTICO	

MATERIAIS	QTD.
AGULHA 13X4.5	
AGULHA 25X07	
AGULHA 25X08	
AGULHA 40X12	
AGULHA PERIDURAL N°16	
AGULHA PERIDURAL N°17	
AGULHA PERIDURAL N°18	
AGULHA RAQUI N°25G	
AGULHA RAQUI N°26G	
AGULHA RAQUI N°27G	
ALGODÃO ORTOPEDICO	
ATADURA DE CREPOM	
ATADURA GESSADA	
BOLSA P/ COLOSTOMIA	
CÂNULA P TRAQUEOSTOMIA N°	
CATETER DE OXIGÊNIO	1
CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	
CATETER EPIDURAL N°16	
CATETER EPIDURAL N°17	
CATETER EPIDURAL N°18	
CERA PARA OSSO	
COLET. URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRURGICAS	
COMPRESSAS CIRURGICAS	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUCÇÃO	
ELETRODOS	
EQUIPO MACROGOTAS	1
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	
ESPARADRAPO	
GAZES	
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLITICO	
JELCO N°14	
JELCO N°16	

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO N°18	
JELCO N°20	1
JELCO N°22	
JELCO N°24	
KIT SIST. DREN. TORAXICA N°	
LÂMINA BISTURI N°11	
LÂMINA BISTURI N°15	
LÂMINA BISTURI N°23	1
LÂMINA BISTURI N°24	
LÂMINA DE DERMATOMO	
LÂMINA DE ENXERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	
LUVA ESTERIL N°7.0	
LUVA ESTERIL N°7.5	
LUVA ESTERIL N°8.0	1
LUVA ESTERIL N°8.5	
MASCARA CIRURGICA	
MULTIVIAS	
PERFURADOR DE SORO	
SCALP N°19	
SCALP N°21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	
SERINGA 10ML	
SERINGA 20ML	
SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	
SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	
SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	
SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	
SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	
SONDA FOLEY 2VIAS N°12	
SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL N°	
TORNEIRINHA	1
TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
TUBO SILICONE (LATEX)	

FIOS	QTD.
FIO ALGODÃO S/A N°	
FIO ALGODÃO S/A N°	
FIO ALGODÃO C/A N°	
FIO ALGODÃO C/A N°	

FIOS	QTD.
FIO CAT. GUT CROMADO N°	
FIO CAT. GUT CROMADO N°	
FIO DE AÇO N°	
FIO DE AÇO N°	
FIO DE NYLON N°	
FIO DE NYLON N°	
FIO DE NYLON N°	
FIO POLIGLACTINA N°	1
FIO POLIGLACTINA N°	
FIO POLIGLACTINA N°	
FIO POLIPROPILENO N°	
FIO POLIPROPILENO N°	
FIO POLIPROPILENO N°	
FIO POLIGLECAPRONE N°	
FIO SEDA N°	1
FITA CARDIACA	

MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRURGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNNER N°	
FIO DE KIRSCHNNER N°	
FIO STEINMAN N°	
FIO STEINMAN N°	
GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
HEMOST. ABSORVIVEL	
KIT DERIVA. VENTRICULAR	
PROTESE VASCULAR	
KIT PAM	
FIXADOR EXTERNO	

EMPRESA
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS MALEOLAR
PARAFUSOS MALEOLAR
PLACA
PLACA

EQUIPAMENTOS
( ) ASPIRADOR
( ) BISTURI ELETRICO
( ) CAPNOGRAFO
( ) CARDIOMONITOR
( ) DESFIBRILADOR
( ) FOCO AUXILIAR
( ) FOCO CENTRAL
( ) MICROSCOPIO
( ) OXIMETRO DE PULSO
( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
( ) PERFURADOR ELETRICO
( ) [illegible]
( ) [illegible]

Iolanda [illegible]
Técnica de Enfermagem
COREN-[illegible]

FINO ASCIR 021-2

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:		1° Assistente:		
2° Assistente		3° Assistente	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo de Anestesia:	Hora Inicio:	Hora termino:	

Diagnostico(s) Pós-Opertório	CID

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código

Acidente durante ato cirúrgico 1°sim 2°não	Descreva:	
Biopsia de congelação:	1° sim	2° não
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1° enfermaria 3° residência	2° terapia intensiva 4° óbito durante ato cirúrgico

11 / 11 / 18
João Pessoa - Data

Ass. do Médico / CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

O RN em DDH sob anestesia
geral e inicio da TRC
foram feitas de fixação transitória
contra extensão
e RX de controle.

Fechamento:

Observação:

Data, João Pessoa ' ' **de** / / **de** 2

Assinatura/carimbo

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11 / 11 / 18 PRONTUÁRIO: 112539

PACIENTE: Mª Rosa dos Santos SEXO: F COR: IDADE: 38a

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 102 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL (x) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (x) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES Orgânica

AP. RESPIRATÓRIO Eupneica AP. CIRCULATÓRIO Eupnéico, Estável

AP. DIGESTIVO Nada ESTADO MENTAL Lúcido DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO — ESTADO FÍSICO (ASA) I

DOSE HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fx de Fêmur-R (D)

CIRURGIA REALIZADA Tração TRANSFIXAÇÃO

CIRURGIÃO Dr. Tiago AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 14:30 TÉRMINO DA ANESTESIA 14:50 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R$

ANESTESISTA Dr. Diego CPF CRM-PB

HORA	14:30	15:35				
N.O						
LEITO ENTRADA	(R) Leito	Transferido à URPA Respirando ar ambiente. Estável.				
PARÂMETROS (X Pressão Arterial, ● Frequência Cardíaca, V Pulsação, O Pressão Venosa)	220 / 200 / 180 / 160 / 140 / 120 / 100 / 80 / 60 / 40 / 20			SpO2: 100 FC: 100 PA: 121 x 68		
ANOTAÇÕES (Hemoglobina, Hematócrito, Diurese)	K+ 4 / Na 135					

☐ ESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ PLEXO ☐ BLOQ NERVOS ☒ OUTROS Sedação

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

SUCCIE	1 Midazolam 2mg	11	
SACO	2 Fentanil 100 mcg	12	
SONDA	3 Propofol 130 mg	13	
ENDOT.	4 Lidocaína 2% 100 60mg	14	
TUBO	5 Dexametasona 10mg	15	
DESTINO DO PACIENTE	6 Dipirona 2g	16	
☐ UTI ☐ ENFERMARIA	7 Cincoantecinula 4mg	17	
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8 Cefazolina 2g	18	
	9	19	
☒ OUTROS UPPA	10	20	

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

1) RNA monitorizada, O2 50% CN, Venóclise HSC 500

2) Sedação Venosa

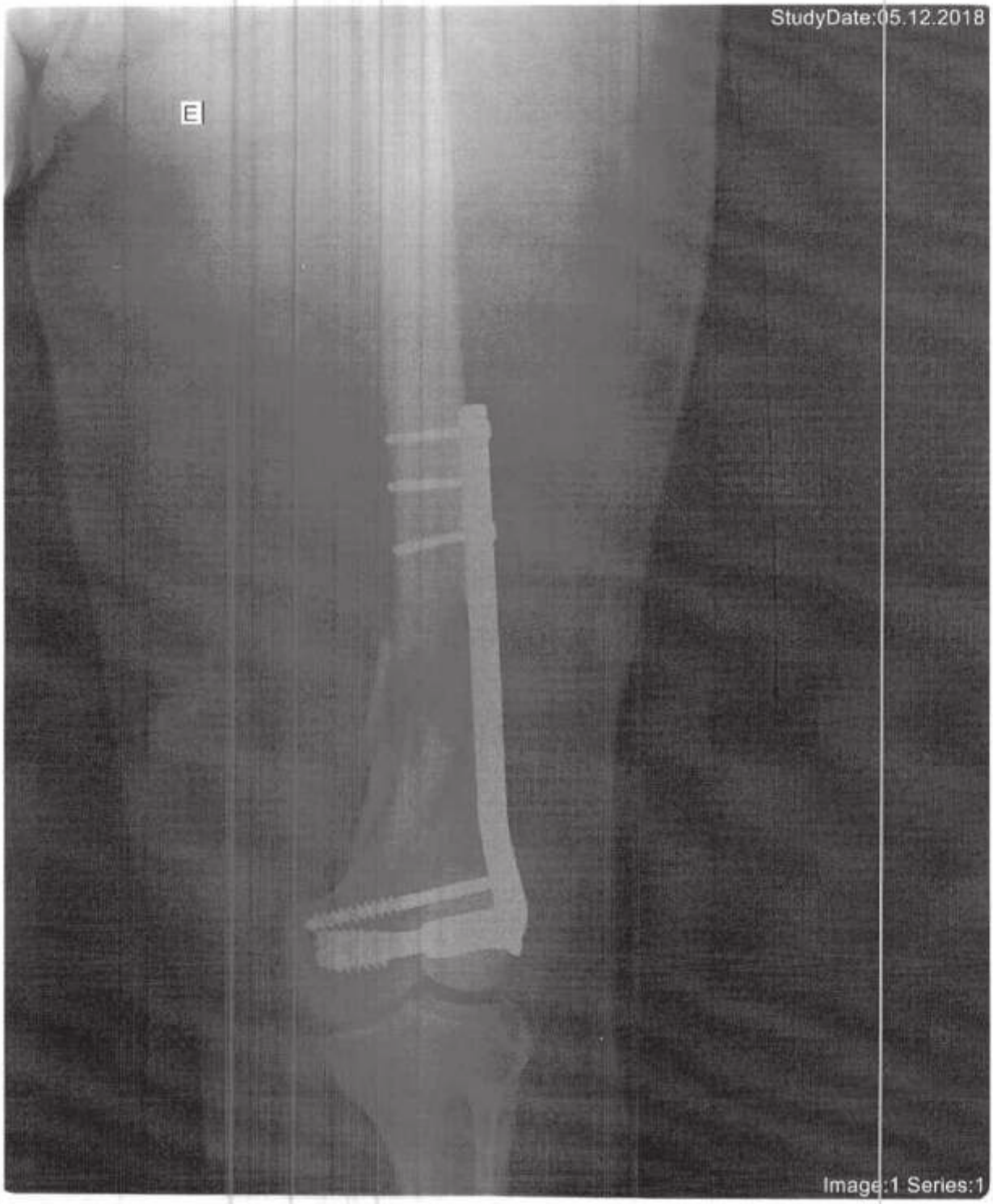
3) DDH, Proteção Plexos

4) Vigilância + Suporte

ASSINATURA DO ANESTESISTA

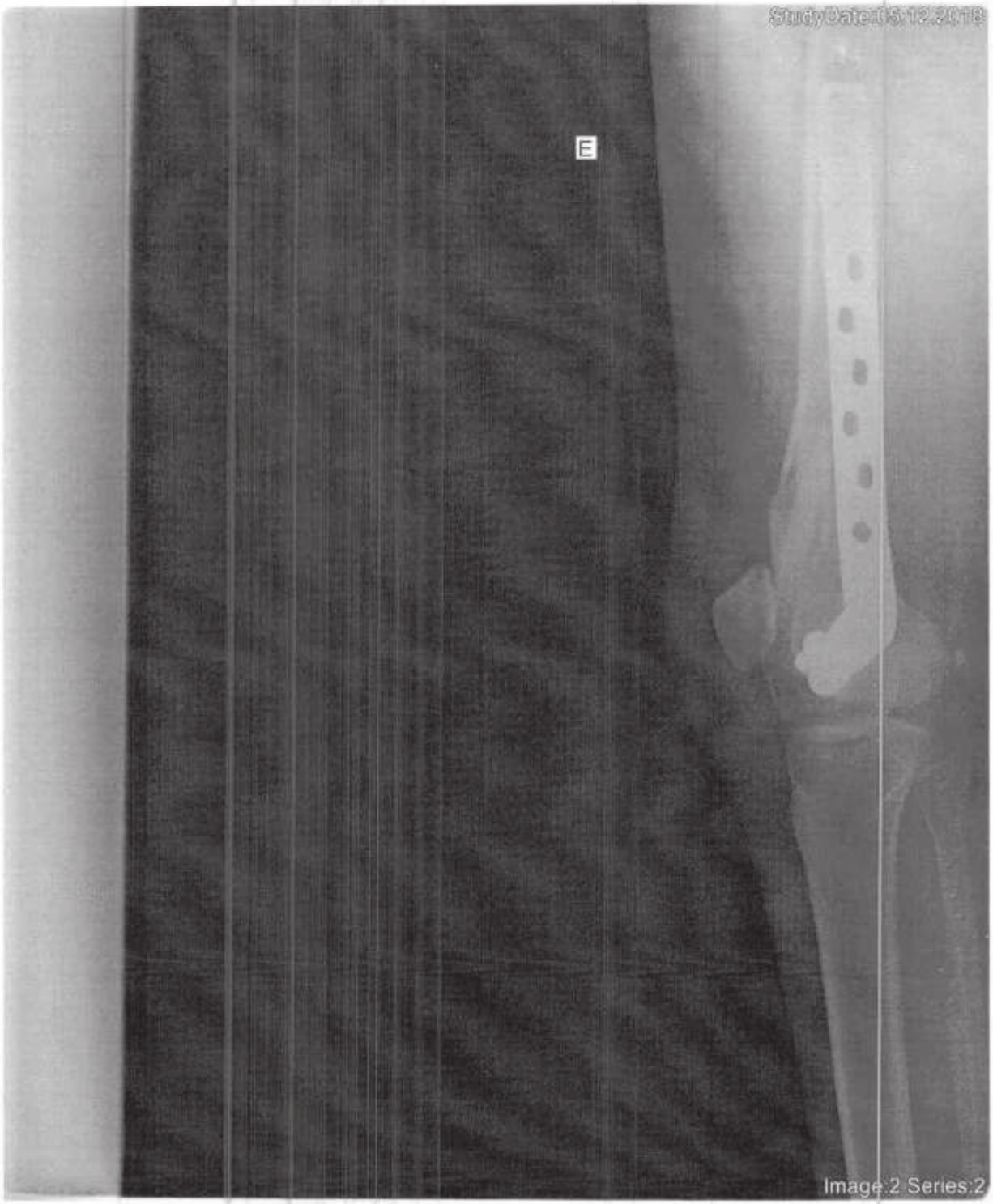
FORM. ABDIR 0041

PatientID:	000000080153	Sex:	Feminino
PatientName:	MARIA ROSA DOS SANTOS	BirthDate:	12.03.1980
		Age:	38a.

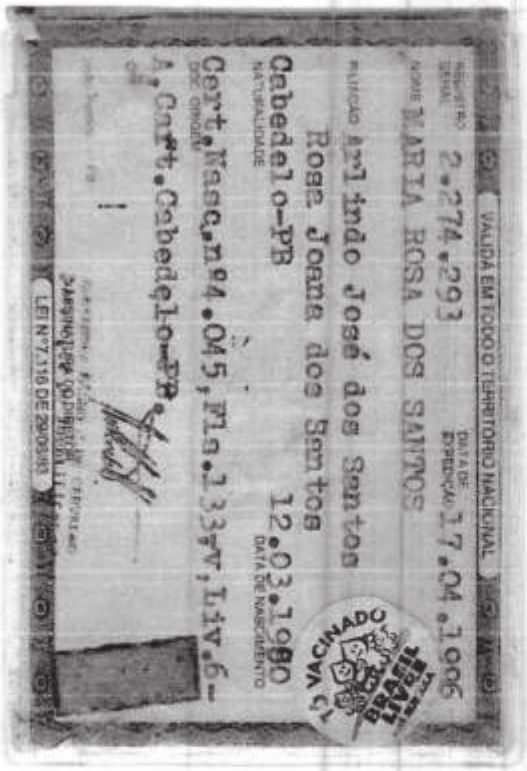


HTOP

PatientID:	000000080153	Sex:	Feminino
PatientName:	MARIA ROSA DOS SANTOS	BirthDate:	12.03.1980
		Age:	38a.



HTOP



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.274.293 DATA DE EXPEDIÇÃO 17.04.1986

NOME MARIA ROSA DOS SANTOS

FILIAÇÃO Arlindo José dos Santos
Rosa Joana dos Santos

NATURALIDADE Cabedelo-PB DATA DE NASCIMENTO 12.03.1980

DOC ORIGEM Cert.Nasc.nº4.045,Flg.133-V,Liv.6-A,Cart.Cabedelo-PB

VACINADO BRASIL LIVRE DA PÓLIO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.F 41

Maria Rosa dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
076.344.744-79
Nome
MARIA ROSA DOS SANTOS
Nascimento
12/03/1980

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2627728 SSP PB

CPF
046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
21/08/1982

FILIAÇÃO
ALEXÂNDRE DE ARAUJO DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA
B

Nº REGISTRO
01651269660

VALIDADE
16/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
29/06/2001

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/01/2014

ASSINATURA DO DIRETOR

66508356744
PB027919595

DETRAN PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR

894056231

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208353
Cidade: Lucena
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ROSA DOS SANTOS
Data do acidente: 11/11/2018
Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUPRACONDILIANA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 11 / IMAGENS PÁGINAS 18 E 19.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208353
Cidade: Lucena
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ROSA DOS SANTOS
Data do acidente: 11/11/2018
Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUPRACONDILIANA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 11 / IMAGENS PÁGINAS 18 E 19.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Rosa dos Santos, brasileiro(a), estado civil casada, profissão DOMÉSTICA, CI RG nº 2.274-293, CPF/MF nº 076.344.744-79, residente e domiciliado(a) à Rua RITA RAQUEL DE VASCONCELO, Cidade de LUCENA, Estado PARAÍBA, CEP: 58315-000, telefone 98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, 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 pericias 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.

Reconheço

Lucena, 25 de fevereiro de 2019.

Maria Rosa dos Santos

OUTORGANTE

CARTÓRIO CUNHA DOS SANTOS
IRACI CUNHA DOS SANTOS
TABELIÃ
Rua: São José 174
Fagundes - Lucena - PB
Telefones (83) 3293-1286 - 99884-1200

SELO DIGITAL
AIA40183-7201
Consulte Autenticidade em:
https://selodigital.tjpb.jus.br

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (MARIA ROSA DOS SANTOS(2079)). O referido é verdade. Dou fé.
25/02/2019 Usuário: POLYANA

Cartório de Registro Civil e Tabelionato
Iraci Cunha dos Santos
Oficial e Tabeliã
Rua. São José, 174 - Fagundes - Lucena/PB
Fones: (83) 3293-1286/3293-5195

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093113/19

Vítima: MARIA ROSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/11/2018

CPF: 076.344.744-79 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** MARIA ROSA DOS SANTOS

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA 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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

MARIA ROSA DOS SANTOS : 076.344.744-79

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 19/03/2019	Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE	Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 046.502.754-74	CPF: 930.630.914-72
ALEXANDRA CESAR DUARTE	IVANEIDE DE PAIVA FREIRE