Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**

Nº Sinistro: **3180385552**
Vitima: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**
Data do Acidente: **24/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180385552.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**

Nº Sinistro: **3180385552**
Vitima: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**
Data do Acidente: **24/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180385552**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**

Nº Sinistro: **3180385552**
Vitima: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**
Data do Acidente: **24/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180385552**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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

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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180385552 **Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**

Data do Acidente: 24/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Autorizacao de pagamento

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	708.964.434-00	ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: ANTÔNIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		CPF titular da conta: 708.964.434-00	Profissão: AUTONOMO
Endereço: R. ANTÔNIO ANASTACIO		Número: 96	Complemento:
Bairro: MANGABEIRA	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PB	CEP: 58073-171
Email:			Telefone (DDD): 83-9 8801-0051

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[ ] **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
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome	NRO
BANCO BRADESCO	237

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2340	0	0014250	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

JOÃO PESSOA, 01 de AGOSTO de 2016

Local e Data

x Antonio Marcio dos Santos Batista

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017


Bradesco
International
6504 9475 1770 0100
05/23
ANTONIO M DOS SANTOS BATI
elo


AGÊNCIA
CONTA
AUTHORIZED SIGNATURE
NO EXTERIOR
Banco24Horas
ATM
pulse
Diners Club
DISCOVER

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
9ª Delegacia Distrital da Capital

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 07445.01.2018.1.02.009

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07445.01.2018.1.02.009, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:25 horas do dia 23 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 9ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Alves de Azevedo Neto, matrícula 1564862, e lavrado por Carlos Antônio Duarte Félix, Escrivão de Polícia, matrícula 1356828, ao final assinado, compareceu **Antonio Marcio dos Santos Batista**, CPF nº 708.964.434-00, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria dos Santos Batista e Aristeu da Silva Batista, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/01/1978 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antônio Anaastácio, Nº 96, bairro José Américo, tendo como ponto de referência Próximo Ao Reboque São José, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98698-8927.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Cemitério Senhor da Boa Sentença, João Pessoa/PB, bairro Varadouro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/02/18 16:00h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 24/02/18, por volta das 16:00h, quando conduzia a motocicleta de marca SHINERAY XY50 PHOENIX, cor vermelha, ano 2013/2014, de placa OET-6241/PB, chassi nº LXYXCBL04E0530877, registrada em nome de Alyson da Silva Medeiros, por uma via que fica localizada no Bairro do Varadouro, nesta cidade de João Pessoa/PB, ao desviar de um veículo de placa não identificada, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer luxação anterior do joelho esquerdo e trombose da artéria poplítea esquerda, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos.

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, 23 de julho de 2018.

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.082-8

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão de Polícia

Antonio Marcio dos Santos Batista
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
Noticiante

Boletim de ocorrencia

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	708.964.434-00	24.02.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

Declaracao de Inexistencia de IML

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.

João Pessoa, 01 de Agosto de 2018

Local e Data

x Antonio Marcio dos Santos Batista

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

2340 / B.MANGABEIRA-U.JPES.
R.JOSEFA TAVEIRA,730
JOAO PESSOA PB
58055-000

0140

O13

EMISSAO - 20180518 - ENVEL. 0140
TP-C

ANTONIO M DOS SANTOS BATI
ANTONIO ANASTACIO PE 96 CASA
JOAO PESSOA PB
58073-171

7209036539063760000000522930240518

Você acaba de receber o **Cartão de Débito Bradesco** e todas as informações que você precisa para utilizá-lo de forma prática e segura.

ANTONIO M DOS SANTOS BATI

CARTÃO DE DÉBITO CLASSIC BRADESCO ELO INTERNACIONAL

Agora, seu **Cartão de Débito Elo** é internacional. Além de utilizar o seu cartão para **compras e saques no Brasil**, você também pode usar para **saques no exterior** de forma prática e segura.

Comprovante de residencia

COMO DESBLOQUEAR:

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de **Autoatendimento Bradesco** seguindo as instruções da tela. A partir de então, você já poderá utilizá-lo quando e como quiser.

SENHA:

Se este for o seu primeiro cartão
Utilize a senha de 6 dígitos que você cadastrou na agência.

Se for reposição do cartão
Sua senha continua a mesma.

Em casos de esquecimento da senha, realize o recadastramento no Autoatendimento Bradesco com o uso da Biometria. Basta acessar a opção "Cadastrar Senha" e escolher uma nova senha de 6 dígitos.

COMPRE COM DÉBITO:

Pague suas compras com o Cartão de Débito. Basta digitar sua senha de 6 dígitos. O valor exato é debitado na sua conta-corrente, você não precisa esperar pelo troco, e o melhor: não tem cobrança de tarifa. Seu cartão é aceito em milhares de estabelecimentos nas principais maquininhas.

Consulte ou altere seu limite diário de compras pelo Fone Fácil > conta-corrente > outros serviços > limites de compra.

PASSE NO DÉBITO
SEGURO PRÁTICO SEM TARIFA

Em caso de perda ou roubo, ligue imediatamente para o Fone Fácil Bradesco, ou dirija-se até a Agência Bradesco mais próxima para os procedimentos de cancelamento e reposição do cartão.

Bradesco Cartões

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALYSON DA SILVA MEDEIROS,

RG nº 3016964, data de expedição 23/04/2013 Órgão SSDS, portador do CPF nº 071.767.894-60, com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) AV. JOSEFA TAVEIRA, nº 101, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA cujo o condutor era ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Veículo: MOTO
Modelo: STINGRAY XY50 PHOENIX
Ano: 2013/2014
Placa: OEI-6241
Chassi: LXYXCCC04B0530877
Data do Acidente: 24.02.18
Local e Date: JOÃO PESSOA 27.07.18

Declaracao do proprietario do veic

CARTÓRIO VIEIRA BATISTA

Alyson da Silva Medeiros.

Assinatura do Declarante

_____

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangabeira - CEP 58055-110 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3229-6888 / 3229-6889

Reconheco. como autentica a verdadeira: a(s) Firma(s) de: ALYSON DA SILVA MEDEIROS
Em test.da verdade. Joao Pessoa-PB 27/07/2018 14:37:18
ALCENLAUE FELIX FERNANDES - ESCREVENTE AUTORIZADO
[2018-035201]EMOL:R$ 49,48 FAMEP:R$ 0,20 FEMP:R$ 1,90 ISS:R$ 0,47
SELO DIGITAL: AH634465-GIXA
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

2º OFÍCIO DISTRITAL
Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangabeira
João Pessoa - PB
VIEIRA BATISTA

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

Documentacao medico - hospital

Boletim de Atendimento: 1064878

Identificação do paciente

ID 1264635	Nome ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA			Sexo Masculino
Data de nascimento 13/01/1978	Idade 40 anos 1 mes 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DOS SANTOS BATISTA			Pai ARISTEU DA SILVA BATISTA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) SIMONE ALVES BARBOSA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986968927		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2232983		Nº Cns 700106923795919	
Local de procedência BR 230			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58082040	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DISTRITO INDUSTRIAL
Número SN	Complemento		Bairro DISTRITO INDUSTRIAL

Admissão

Data e Hora 24/02/2018 17:10:07	Número da guia/ficha 1000006004698	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 RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

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

Dados clínicos

Paciente acidente de motocicleta com lesões no braço.

Isaias J. Santiago de Souza
Enfermeiro
COREN-PB 500757

Diagnóstico	CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	Tempo 01min 57seg

Imprimir

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454556 - Tel.:

Impresso por: SAULO SOUTO MONTENEGRO
Em: 13/03/2018 15:47:12

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		1064878	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento: 13/01/1978	Idade:	Sexo: Masculino	CNS: 700106923795919	Prontuário: 107339
Tempo de Internação:		Convênio: SUS		Plantão: DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE *(SAULO SOUTO MONTENEGRO - 13/03/2018 15:46:51)*

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Realizado enxerto dermoepidermico.

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: SAULO SOUTO MONTENEGRO

Número Conselho: 1909

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

INTERNO. S/N -
CNES: 454547 - Tel.:

Impresso por: CIBELLE AMORIM RICARTE DE OLIVEIRA
Em: 11/03/2018 09:42:51

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		1064878	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
13/01/1978		Masculino	700106923795919	107339
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(CIBELLE AMORIM RICARTE DE OLIVEIRA - 11/03/2018 09:42:39)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

CLINICA MEDICA

PACIENTE ESTAVEL CLINICAMENTE, COM RELATO DE TRATAMENTO INTERROMPIDO PARA TUBERCULOSE. JA AVALIADO PELA CCIH (07/03) QUE . ORIENTOU INICIAR ESQUEMA COXCIP CONFORME PESO. PACIENTE PESA 55KG
TESTE RAPIDO MOLECULAR (06/03/18)= RESISTENTE A RIFAMPICINA

CONDUTA=
SUGIRO ACRESCENTAR NA PRESCRICAO ESQUEMA COXCIP (04 CP VIA ORAL PELA MANHA)
SUGIRO CULTURA DE ESCARRO E REAVALIACAO DA CCIH

Cibelle Amorim Ricarte
Medica CRM-PE 8036
CNS: 702505726447340

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: CIBELLE AMORIM RICARTE DE OLIVEIRA **Número Conselho: 8036**

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:
FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
Em: 09/03/2018 06:05:22

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		1064878	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
13/01/1978		Masculino	700106923795919	107339
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS - 09/03/2018 06:02:38)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

HD.: 1-luxação traumática do joelho E + trombose da arteria poplítea (trombectomia em 24/02) + fasciotomia na perna D + investigação de tuberculose.
Queixa de dor na area do fixador externo, sem saida de secreção e sem febre.
Aguarda pareceres da infecto. CM. Cardio.
Aguarda RNM de joelho esq
vpm

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS **Número Conselho: 9603**

Dr Francinelio Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404579057800

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: BRUNO DE LUNA ROMA
Em: 07/03/2018 07:13:53

aciente ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		Boletim de Atendimento 1064878	Data/Hora Entrada 24/02/2018 17:10:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/01/1978	Idade	Sexo Masculino	CNS 700106923795919	Prontuário 107339
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(BRUNO DE LUNA ROMA - 07/03/2018 07:13:46)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#luxação traumática do joelho esq. + trombose de artéria poplitea (trombectomia feita dia 24/02/2018)
paciente com boa perfusão distal do mie, fasciotomia medial da perna direita com bom aspecto. Paciente evolui sem queixas. Diurese e dejeçoes preservadas. Relatado pela enfermagem que paciente abandonou tratamento de tuberculose.
conduta: mantida
aguardo rnm de joelho esquerdo

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075

BRUNO DE LUNA ROMA
CRM-PB 10075

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: BRUNO DE LUNA ROMA
Em: 06/03/2018 08:35:08

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		1064876	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
13/01/1978		Masculino	700106923795919	107339
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(BRUNO DE LUNA ROMA - 06/03/2018 08:35:02)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#luxação traumática do joelho esq. + trombose de artéria poplítea (trombectomia feita dia 24/02/2018)
paciente com boa perfusão distal do mie. fasciotomia medial da perna direita com bom aspecto. Paciente evolui sem queixas. Diurese e dejeçoes preservadas. Relatado pela enfermagem que paciente abandonou tratamento de tuberculose.
conduta: mantida
aguardo rnm de joelho esquerdo

Seção: POSTO IB - ENF [illegible] Leito: [illegible] - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075

Dr Bruno de Luna Roma
MEDICO
CRM-PB 10075

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: BRUNO DE LUNA ROMA
Em: 05/03/2018 06:56:26

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		1064878	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
13/01/1978		Masculino	700106923795919	107339
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(BRUNO DE LUNA ROMA - 05/03/2018 06:56:20)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#luxação traumática do joelho esq. + trombose de artéria poplítea (trombectomia feita dia 24/02/2018)
paciente com boa perfusão distal do mie, fasciotomia medial da perna direita com bom aspecto. Paciente evolui sem queixas. Diurese e dejeçoes preservadas. Relatado pela enfermagem que paciente abandonou tratamento de tuberculose.
conduta: parecer da clinica medica.

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075
Bruno de Luna Roma
MÉDICO
CRM-PB 10075

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: BRUNO DE LUNA ROMA
Em: 04/03/2018 07:07:10

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		1064878	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
13/01/1978		Masculino	700106923795919	107339
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(BRUNO DE LUNA ROMA - 04/03/2018 07:07:05)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#luxação traumática do joelho esq. + trombose de artéria poplítea (trombectomia feita dia 24/02/2018)
paciente com boa perfusão distal do mie. fasciotomia medial da perna direita com bom aspecto. Paciente evolui sem queixas. Diurese e dejeçoes preservadas.
conduta: mantida.

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075
Dr. Bruno de Luna Roma
MÉDICO
CRM-PB 10075

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:

Impresso por: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
Em: 03/03/2018 06:56:56

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		1064878	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
13/01/1978		Masculino	700106923795919	107339
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 03/03/2018 06:56:51)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#luxação traumática do joelho esq. + trombose de artéria poplítea (trombectomia feita dia 24/02/2018)
paciente com boa perfusão distal do mie, fasciotomia medial da perna direita com bom aspecto.
conduta: mantida.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9007
Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS **Número Conselho: 10575**

13 ORT

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Impresso por: ALDENIO AMORIM DE LIMA
Em: 02/03/2018 10:24:22

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		1064878	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento 13/01/1978	Idade	Sexo Masculino	CNS 700106923795919	Prontuário 107339
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(ALDENIO AMORIM DE LIMA - 02/03/2018 10:24:01)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DO JOELHO ESQ. + TROMBOSE DE ARTÉRIA POPLÍTEA (TROMBECTOMIA FEITA DIA 24/02/2018)
PACIENTE COM BOA PERFUSÃO DISTAL DO MIE, FASCIOTOMIA MEDIAL DA PERNA DIREITA COM BOM ASPECTO.
CONDUTA: MANTIDA.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9007
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA
Em: 28/02/2018 09:31:31

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		1054878	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento 13/01/1978	Idade	Sexo Masculino	CNS 700106923795919	Prontuário 107339
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA - 28/02/2018 09:31:26)*

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

4 DIH
LUXAÇÃO DE JOELHO - FIXADOR EXTERNO
FASCIOTOMIA sem sinais inflamatorios

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL. MI COM BOA PERFUSAO. PORÉM NAO PALPEI PULSOS DISTAIS NO MIE

CURATIVO DIARIO
SOLICITO ECODOPPLER ARTERIAL

20/04

Seção: BLOCO - URPA ENF **Leito: LEITO URPA - 9007**
Profissional responsável pela informação: MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA **Número Conselho: 5013**

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel.:

Impresso por: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
Em: 25/02/2018 10:06:14

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		1064878	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento: 13/01/1978	Idade	Sexo: Masculino	CNS: 700106923795919	Prontuário: 107339
Tempo de Internação		Convênio: SUS		Plantão: DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - 25/02/2018 10:06:09)*

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

LUXAÇÃO DO JOELHO ESQ 1 DPO
FO LIMPA
RX OK
~~BOA PERFUSÃO~~
V. da Cirurgia Vascular 1º DPO Trombose arterial

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9007
Profissional responsável pela informação: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Número Conselho: 6913

25/02/2018 # Cir. Vascular
= 1º DPO - Embolectomia ou trombectomia de artéria poplítea esquerda + Fasciotomia medial.
Paciente evoluindo sem dor com boa função motora do pé E, com pulso tibial posterior no MIE pouco diminuído (Doppler mostra fluxo trifásico) e com sensor de pulso de 100%.
Mantendo anticoagulação.
Conduta: Manter anticoagulação e aquecer o MIE.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Antonia Maria dos Santos Batista BE/Prontuário:

Idade: _____ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: _____ Data: /

Clínica/Setor: Plástica - ZITQ EMP: _____ LK: _____

Cirurgia: Enxerto dermoepidérmico

Cirurgião: Saulo Montenegro 1° Assistente: _____

2° Assistente: _____ 3° Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Heraulio

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Área cruenta para E	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Enxerto dermoepidérmico	

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 13/03/18

Saulo S. Montenegro
Cirurgia Plástica
CRM: 1909

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Antonio Marcio S. Batista
IDADE: 40 DATA NASCIMENTO: 10/06/1978 ENFERMARIA: LEITO:
CIRURGIA: Cirurgia Bariátrica
CIRURGIÃO: Dr. Saulo Maciel
ANESTESIA: Raqui
ANESTESISTA: Raquel
INSTRUMENTADOR:
DATA: 13/3/18 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO: 15:00 FIM: CIRURGIA: 15:00 16:45
ÍNDICE 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.			MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		SF	02	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAINA ISOBARICA				JELCO Nº20	01	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAINA PESADA	01			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	X	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	01	PVPI DEGERMANTE	X	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	X	LÂMINA BISTURI Nº24	03	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAINA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
BUPIVACAINA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	03	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA Nº 95	01	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	03	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	02	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL N		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT PAM	
DEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº15		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	02	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	02	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
NA SÓDICA	02	FERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
LIDOCAINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GEL/ÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASETRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES		FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº		( ) CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº		( ) DESFIBRILADOR	
Dipirona		JELCO Nº18	01			( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº18				( ) FOCO CENTRAL	
						( ) MICROSCÓPIO	
Morfina	N 45		01			( ) OXÍMETRO DE PULSO	
						( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
						( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
						( ) SERRA	
						CIRCULANTE	

Paciente em tratamento de TB.

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 15/03/18 PRONTUÁRIO: 1064878

PACIENTE: Antonio Moraes dos Santos Filho SEXO: COR: Pardo IDADE: 40 anos

PRESSÃO ARTERIAL: 12x8 PULSO: 55 bpm RESPIRAÇÃO: 50/100 TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGUÍNEO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: Vide prontuário

AP. RESPIRATÓRIO: Eupnéico (Pet. em TB pulmonar) AP. CIRCULATÓRIO: Estável

AP. DIGESTIVO: Refluxo ESTADO MENTAL: Orientado DROGAS EM USO: RISPE

PRÉ-ANESTÉSICO: — ESTADO FÍSICO (ASA):

DOENÇA DA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fasciotomia

CIRURGIA REALIZADA: Enxerto Dermo-epidérmico para angioma

CIRURGIÃO: Dr. Saulo Monteiro AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 15:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALOR EM R$:

ANESTESISTA: Dr. Hercules / Nathan (MKL) CIP: CRM-PB:

15:00

500 ml SR

± Agulha de anestesia checada
± Paciente monitorizado (ECG, Oxi, PULSO, PA)

ANOTAÇÕES: RS 100 RS 100

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Bupivacaína pesada 15 mg (L 007/17 V 05/19)
2. Fentanil 150 mcg
3. Ketamina 25 mg
4. Midazolam 2 mg
5. Dipirona 2 g
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.

TOTAL: 500 ml

DESTINO DO PACIENTE: ☐ ADT ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

① Paciente sintado, assepsia e antissepsia com alcool 70%, punção com agulha Quincke 25, a nível de L3-L4, LCR límpido, normal, sem intercorrencia, com injeção de ①.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

CARIMBO E ASSINATURA

DATA: [illegible] PRONTUÁRIO: [illegible]

NOME DO PACIENTE: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BRISTA
Idade: [illegible] anos Sexo: MASCULINO Profissão:
Patologia principal: FEMUR DE PRATO [illegible]
Cirurgia: [illegible] Anestesia proposta:

Dor no peito, angina?
Infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] 6M
Pressão alta? X
Sopro, febre reumática?
Arritmia, taquicardia: [ ] espontânea
aos esforços [ ] peq [ ] médios
Edema de MMII: [ ] Tarde [ ] Verão
Dispnéia de decúbito [ ]
aos esforços [ ] peq [ ] médios
Asma brônquite.
Tosse catarro? Icor
Fumante: há 20 anos. Parou há X
Desmaios, tonturas?
Convulsões, abalos, tremores?
Fraqueza muscular, miopatia?
Dor nas juntas, artrite, colagenose?
Problema de coluna?
lista social X
Alcoolatra: há anos. Parou há

Diabetes? X
Doença da tiróide?
Mudança no hábito intestinal?
Modificação no apetite?
Queimação, azia, H de hálito, dor?
Nauseas, vômitos? Icor:
Mudança no hábito intestinal?
Alteração na cor das fezes?
Perda de peso s dieta?
Hepatite, icterícia, malaria, Chagas?
Anemia?
Sangramento? Onde?
Hematomas manchas roxas?
Gripe, febre, resfriado?
Está ou pode estar grávida? (DUM.
Tem problema de surdez, visão?
Teve febre alta quando foi operado?
Recebeu Transf. sangue? Há X
Aceita transf sangue numa emergência? X

Alergia a drogas? X
Quadro clínico?
Tratamento?
Alergia a pó, lã, odores, alimentos? X
Quadro clínico?
Tratamento?
Alergia a derivado de borracha? X
Quadro clínico?
Tratamento?
PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos)
A criança é prematura?
A criança tem 1 de desenvolvimento
A criança está gripada, c tosse, febre?
A criança tem outra doença?
ATECIDENTES FAMILIARES DE:
[ ] diabetes [ ] doença cardíaca [ ] miopatia
[ ] Febre alta durante a anestesia?
[ ] Problema durante a anestesia?
Qual?

Dados importantes (Ex Anamnese e/ou EF): Paciente em tratamento c. TB há 3 dias. Abandonou. Tratamento prévio. Relata ter sido vítima de queda de moto há 17 dias c/ fratura de fêmur E.

Cirurgias / Anestesias Prévias / Complicações: Fratura de perna E

Medicamentos (Dietas): Esquema RIPE

EXAME FÍSICO
Peso Altura PA P Motivado desidratado
Coração: dess - cianótico - disp. taquip - cianótico - taquicardico - insuficiência
Ausculta: RCR 2T BNF
Dentadura/prótese (inf sup) (móvel/fixa): Não
Dentes
Abertura de boca: Normal
Pescoço retal/curto
Tireóide/ausência de pescoço
Coluna/limitada
Mallampati: 1 - 2 - 3 - 4 distância externo-mento: 12.5 cm 12.5

Anotar de preferência exames com < 01 mês
Exames Subsidiários - DATA: 12/09/18
Hb= 10,9 Ht= 34,5 Glic= 82 Cr= 1,3 Ur= 49
Na= K= TG= TS=
Plaq= 328000
Coagul. [X] Normal [ ] Alterada TP= TP= 13,5 ITP= 25,2 INR= 1,0
RX tórax / / /
ECG / / /

Avaliação clínica

Jejum suficiente, termo assinado, membro marcado,

DATA: /

RETORNOS: [ ] NÃO [ ] SIM Motivos [ ] Exames complementares [ ] Encaminhado p/Clínica Qual
(VIDE VERSO)

MÉDICO CRM

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL
DATA: ___/___/___
[ ] Liberado para cirurgia
[ ] Resolver na internação - motivo(s)
[ ] Resolver no SO - motivo(s)
[ ] NÃO LIBERADO P/CIRURGIA - motivo(s)

PROBLEMAS GRAVES

MPA drogas/dose

MÉDICO CRM

ENDERÇAMENTO:

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA BE/PRONTUÁRIO 1. .878
IDADE: 38 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 24/2/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO

CIRURGIÃO: DR ROBERTO SANTOS 1º ASS: DR BRICIO KELTON
2º ASS: DR MATHEUS MR 1 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
LUXAÇÃO ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
REDUÇÃO INCRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQ	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
DESCRIÇÃO:
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
X ENFERMARIA ___ TERAPIA INTENSIVA
___ RESIDÊNCIA ___ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: 24/2/2018

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSEI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Decúbito dorsal
Incisão:	
Achados:	Área exausta para E
Conduta:	- Preparo da área receptora - Retirada do enxerto - Aplicação do enxerto - Cuidados
Fechamento:	
Observação:	

Sonio S. Montenegro
Cirurgia Plástica
CRM: 1909

João Pessoa, 13/03/18

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

HOSPITAL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

ANTIBIOTICOPROFILAXIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS

Incisão:

2 INCISOES EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA E 2 EM FACE ANTERIOR DE PERNA ESQUERDA

Achados:

Conduta:

REDUÇÃO INCRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQ SOB AUXILIO DE ESCOPIA

CURATIVOS

RX DE CONTROLE

Fechamento:

Observação:

PACIENTE SERÁ ABORDADO PELA CIRURGIA VASCULAR POR RISCO DE LESÃO ARTERIAL/VENOSA

Médico/CRM:

João Pessoa, **24/2/2018**

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Antonio Marcos dos Santos Sales BE/Prontuário: ___

Idade: 40 Sexo: (X)Masculino ( )Feminino Cor: ___ Data: 24/02/15

Clínica/Setor: Vascular/Urgência EMP: ___ LR: ___

Cirurgia: Embolectomia de art. poplítea + fasciotomia

Cirurgião: Franklyn/Andre 1º Assistente: Marcos Barbosa

2º Assistente: ___ 3º Assistente: ___

Instrumentador: ___ Anestesista: ___

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Lesão (Trombose) de artéria poplítea	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Embolectomia de artéria poplítea + Fasciotomia medial	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim (X)Não. Descrição: ___

Biopsia de Congelação: ( )Sim (X)Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa 24/02/15

Médico/CRM: ___

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Antonio Marcio dos Santos Batista
IDADE: 40 a | PRONTUÁRIO: 70648 | ENFERMARIA: | LEITO:
CIRURGIA: TVO. Lig. de Refluxo mesenterio + Fixação em gastrostomia (E) + lesão de antrite pólipo (E)
CIRURGIÃO: Dr. Roberto Santos + (R2) Dr. Matheus + Dr. Flavio
ANESTESIA: Raiz
ANESTESISTA: Dr. Marcos Tinicius + Dr. Luiz (R2)
INSTRUMENTADOR:
DATA: 24/02/18 | HORA: CIRURGIA: | ANESTESIA: INICIO: 20:20 | CIRURGIA: | FIM:
ESTADO FÍSICO DE RISCO DE CIRURGIA: ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASA V ()
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.
ALMENTANILA	
BUPIVACAINA ISOBÁRICA	V
BUPIVACAINA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
FENTANILA	
LIDOCAINA S/VASO	
MIDAZOLAM	
MORFINA	V
NEOSTIGMINA	
PROPOFOL	
SUFENTANILA	
TIOPENTAL	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
ÁGUA DESTILADA	1
BUPIVACAINA	
DIPIRONA	
DOPAMINA	
FENTANILA	
GENTAMICINA	V
HIDROCORTISONA	1
LIDOCAINA GELÉIA	
MASSENTRONA	V
MIDAZOL	
NEOSTIGMINA	
PLASMA	
TRAMADOL	
ONDANSETRONA	

SOLUÇÕES	QTD.
ALCOOL ETÍLICO 70%	2
PVPI DEGERMANTE	2
PVPI TINTURA	2
PVPI TÓPICO	
SABÃO ANTISÉPTICO	

MATERIAIS	QTD.
AGULHA 13X4,5	
AGULHA 25X0	1
AGULHA 25X8	1
AGULHA 40X12	1
AGULHA PERIDURAL Nº14	
AGULHA PERIDURAL Nº17	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA RAQUI Nº25G	1
AGULHA RAQUI Nº26G	
AGULHA RAQUI Nº27G	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	
ATADURA DE CREPOM 150m	10
ATADURA GESSADA	
BOLSA DE COLOSTOMIA	
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	1
CATETER HEMODIÁLISE ARTERIAL Nº	4
CATETER EPIDURAL Nº14	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CERA PARA OSSO	
COLETOR URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRÚRGICAS (PAC)	10
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUÇÃO	
ELETRODOS	
EQUIPO MACROGOTAS	5
EQUIPO TRANSF. SANGUE	1
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	10
ESPARADRAPO	1
GAZES (PAC)	10
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLÍTICO	
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº14	
LÂMINA BISTURI Nº23	1
LÂMINA BISTURI Nº24	1
LÂMINA DE DERMATOMO	
LÂMINA DE ENXERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	10 10
LUVA ESTERIL Nº7,0	1
LUVA ESTERIL Nº7,5	1
LUVA ESTERIL Nº8,0	1
LUVA ESTERIL Nº8,5	1
MASCARA CIRÚRGICA	10 1
SAIDA TUBAS	
PERFURADOR DE SORO	
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	1
SERINGA 5ML	1
SERINGA 10ML	1
SERINGA 20ML	1
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
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	
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 0	1
FIO ALGODÃO C/A Nº	
FIO ALGODÃO C/A Nº	
Fios (PAC)	10 1
Cadarço	10 1

FIOS	QTD.
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº 5,0	1
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 DRENA. VENTRICULAR	
PRÓTESE VASCULAR	
KIT PAM	
FIXADOR EXTERNO	1

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

EQUIPAMENTOS
( ) ASPIRADOR
( ) BISTURI ELÉTRICO
( ) CAPNÓGRAFO
(X) CARDIOMONITOR
( ) DESFIBRILADOR
( ) FOCO AUXILIAR
(X) FOCO CENTRAL
( ) MICROSCÓPIO
(X) OXÍMETRO DE PULSO
(X) PRESSÃO NÃO INVASIVA
( ) PERFURADOR ELÉTRICO
( ) SERRA

CIRCULANTE: [illegible] Nunes
Coren-MG 624976
Téc. de Enfermagem
COREN-MG 624976

Lote: 090269 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - INFEM FEMOR - 360 - ESTÉRIL
Fabric.: 26/09/2017 Val.:09/2022
Registro ANVISA Nº:80083650037
Material: Aço Inox / Alumínio
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3539-1910 - comercial@sartori.ind.br

Lote: 090133 Código: AF35 B 450
FIXADOR EXTERNO ESTÉRIL 8 X 0 X 45 X 200 X 0
Fabric.: 21/09/2017 Val.:09/2022
Registro ANVISA Nº:80083650026
Material: Aço Inox F138
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3539-1910 - comercial@sartori.ind.br

HEETSHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 24/02/18 PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Antonio Marcio dos Santos SEXO: M COR: IDADE: 40.

PRESSÃO ARTERIAL 120/74 PULSO 100 RESPIRAÇÃO eupneico TEMPERATURA afebril PESO 70 GRUPO SANGUINEO

ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRURGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VNP.

AP. RESPIRATÓRIO Eupneico. AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO Disgusiem. ESTADO MENTAL L.O.T.E. DROGAS EM USO consumidor álcool

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA ESTADO FISICO (ASA) ASA II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO luxação do joelho Esquerdo

CIRURGIA REALIZADA fixação externa + Exploração vascular

CIRURGIÃO Dr Roberto AUXILIARES Dr thiago Dr Bricio

INÍCIO DA ANESTESIA 21:00 TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R$

ANESTESISTA Dr Marcos Vinicius / Dr Luisa CRM-PB

HORA	21:00	22:00	23
HSD / ASSE	21 SOC	22:00	23:00

Checagem do aparelho de anestesia e UP #16 Mon
Acesso a ddl
Monitorização PANI, ECG, Cx pulsol

ANOTAÇÕES: RAQUI / CATETERIZAÇÃO / FIXAÇÃO / CIRURGIA

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

TÉCNICA Raquianestesia lombar (Sentada)

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1 Bupisobárica 0,5% 17,5mg
2 Morfina 80mg
3 Clonidina 45mg
4 Cefazolina 2g
5 Dipirona 2g
6 Dexametasona 10mg
7 Ondasetrona 8mg
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

DESTINO DO PACIENTE: ☐ APA ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☒ OUTROS UCP

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Sentada, asepsia e antisepsia com álcool 70%, punção em L2-L3 25G Quincke mediana e única, LCR (+) claro sem sangue. Anestesia, se injetou D+2. Cateter de O2 2L/min.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

CRM/CORIR

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HUTSOL

Nome: Marcelo Moreno BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: _____ Data: ___/___/___

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Retirada de F.E

Cirurgião: Dr Sávio 1° Assistente: Dr Dr Beth. [illegible]

2° Assistente: _____ 3° Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
hte gs falha	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Retirada de F.E	

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, ___/___/___

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HRPTSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	DD + Raqui Assepsia + antissepsia
Incisão:	Medial no terço proximal da perna esquerda Dissecção dos vasos poplíteos
Achados:	Trombose de artéria poplítea Ausência de lesão venosa
Conduta:	Embolectomia de art. poplítea esquerda com Fogarty 4F c/ saída de trombos recente Fluxo trifásico na art. tibial posterior Arteriorrafia c/ Prolene 5-0 Fasciotomia medial
Fechamento:	Hemostasia Cimetino
Observação:	

João Pessoa, 24/07/15

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

PEETSHL

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	1) [illegible] em DD
	2) [illegible] + [illegible]
Incisão:	3) [illegible]
	4) [illegible]
Achados:	
Conduta:	
Fechamento:	
Observação:	

João Pessoa, ___/___/___

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

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	ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
DADOS DE NASCIMENTO	13/01/78
NOME DA MÃE	MARIA DOS SANTOS BATISTA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.064.878
Nº PRONTUARIO	107.339
DATA DO ATENDIMENTO	24/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:10
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO ANTERIOR DO JOELHO E + TROMBOSE DA ARTÉRIA POPLÍTEA E
CID 10	S 83.1 + I 74.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, em baixa velocidade, apresentando dor de forte intensidade na região do joelho E desde então. Relato de uso de pequena quantidade de álcool. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do joelho E - AP e P
Exames de Laboratório

TRATAMENTO:

Luxação anterior do joelho E ao RX. Trombose da artéria polplítea E. Realizado internamento e tratamento cirúrgico com redução incruenta pelo Dr. Roberto Santos e Dr. Bricio Kelton no 1º tempo da equipe da Ortopedia; da lesão arterial pelo Dr. Frankly Andrade e Dr. Marcos Barbosa da equipe da Cirugia Vascular no 2º tempo; da luxação pelo Dr. Sávio Bruno Barros e Dr. Roberto Correia no 3º tempo da equipe da Ortopedia e da lesão de pele pelo Dr. Saulo Montenegro no 4º tempo da equipe da Cirurgia Plástica. Paciente solicitou alta hospitalar em 28/03/2018.

ALTA HOSPITALAR:	28/03/18
DATA DA EMISSÃO:	27/06/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CIRURGIÃO
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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

DETRAN - PB

Nº 01317640267 7

46C159CBE06

VEICULO

18074

41624L PB

CONTRAN

VERMELHA

DUT

DUT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 01317640267 7
46615968606

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

2017000198474-2

VIA: 1

00/00000000

ALYSON [illegible] ALBUQUERQUE
RUA [illegible] SN
MANGABEIRA
58059190 JOÃO PESSOA - PB

PLACA: [illegible]

NOME ANTERIOR

PLACA ANTERIOR: [illegible]

CHASSI: 1KXXCBL04E0530372

ESPÉCIE TIPO: PASSAGEIRO/NAO ADIC

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: L/SUBURBAN XL 6.0 PHOENIX

ANO FAB.: 2013 ANO MOD.: 2014

CAPACIDADE: 2.749 KG

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO

N. Motor: [illegible]

JOÃO PESSOA - PB

DATA: 12/06/2017

909670

DENATRAN

CONTRAN

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 17 SET 2018
Nome:

3180385552
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
708.964.434-00

DUT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PB

Nº 01317640267 7

46615968006

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

CONTRAN

PARTIC

VERMELHA

BEM RESERVA DE DOMINIO

17221

12/06/201

DUT

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

_____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

_____

LOCAL E DATA: _____

_____
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas mindébitos até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

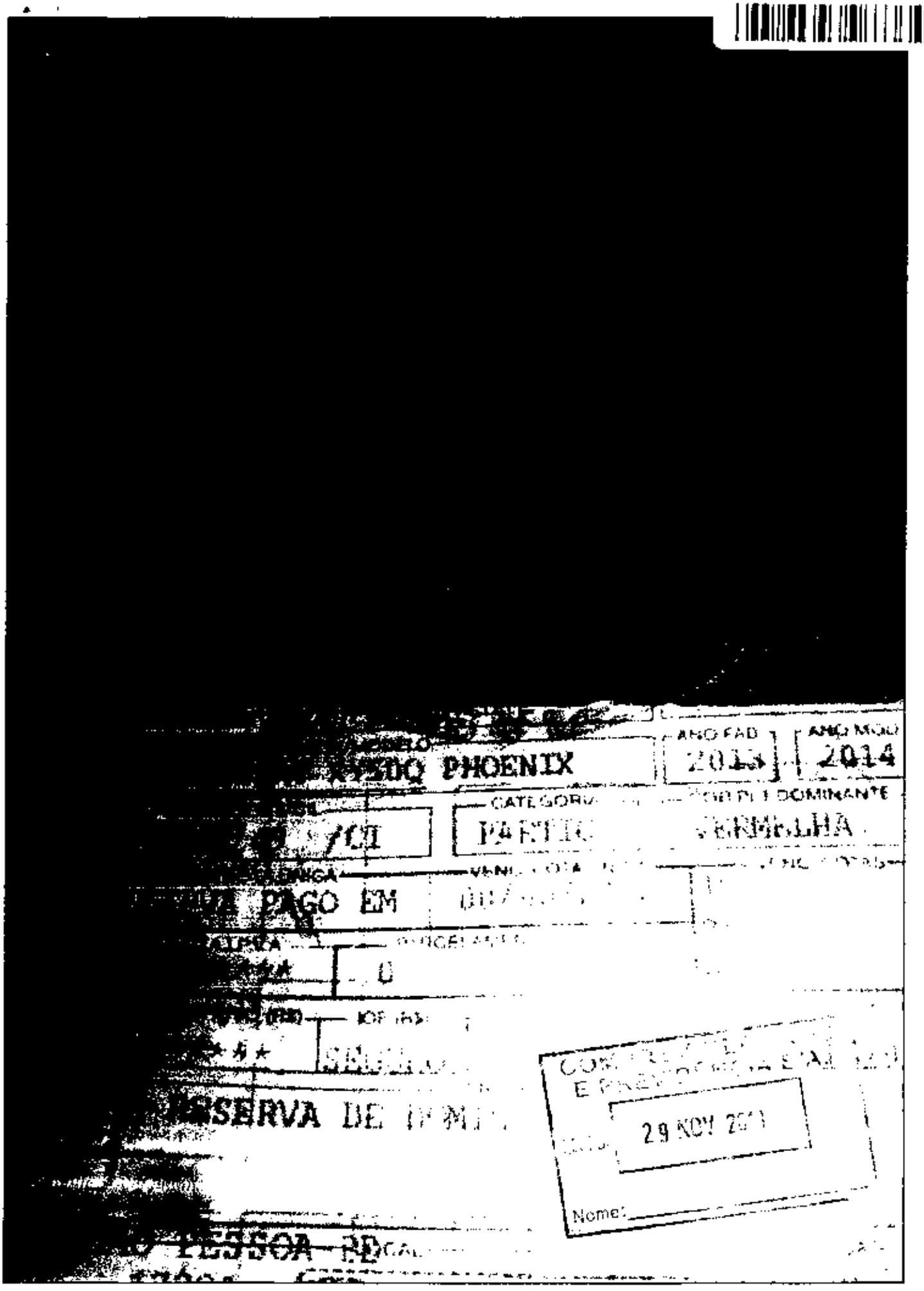
b) O adquirente terá prazo máximo de 30(trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

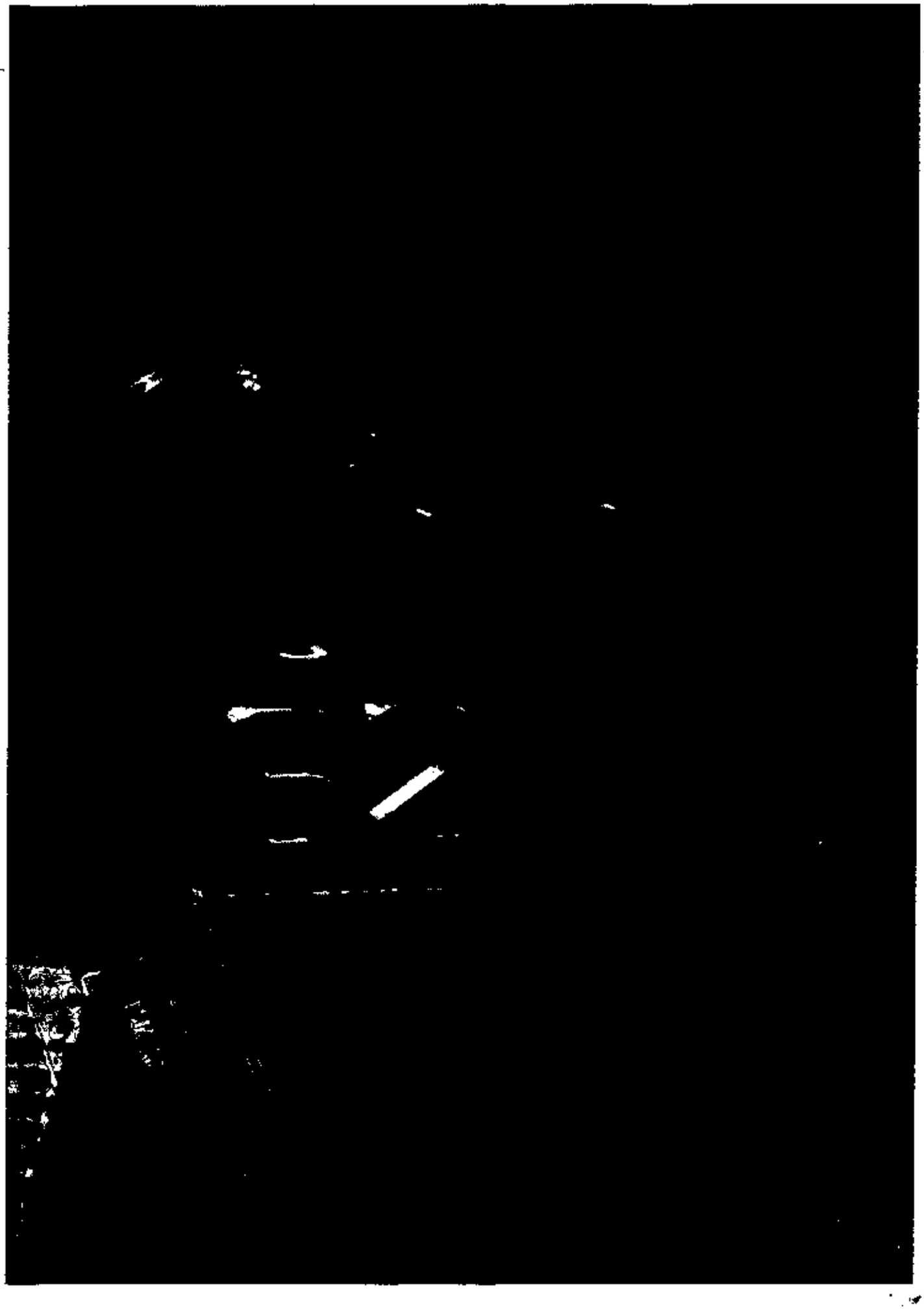
c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

DUT


PHOENIX
ANO FAB
2013
ANO MOD
2014
CATEGORIA
PARTIC
COR DO DOMINANTE
VERMELHA
PAGO EM
29 NOV 2013
Nome:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0304658/18
Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
CPF: 708.964.434-00

Data do Acidente: 24/02/2018
CPF de: Próprio Titular do CPF: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

Outros

ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA : 708.964.434-00
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: 06/08/2018	Data do cadastramento: 20/08/2018
Nome: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF/CNPJ: 708.964.434-00	CPF: 164.083.787-65
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	Nathalia Beatriz Braga Costa

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

DATA DO ACIDENTE 24.02.18 CPF DA VÍTIMA 708.964.434-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 2.232.983

A VÍTIMA É ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

ENDEREÇO DO PORTADOR R. ANTONIO ANASTACIO

Nº 96 COMPLEMENTO _____ BAIRRO MANGABEIRA

CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58073-171

E-MAIL _____ TELEFONE 83) 98801-0051

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01.08.18

IDENTIDADE 2.232.983

ASSINATURA Antonio Marcio

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

Rejane Reino de Santana
Agente da Companhia Carioca
Mat. 3.477.828-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

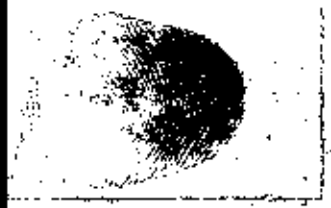
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-236



Alyson da Silva Medeiros.

CARTEIRA DE IDENTIDADE

(LEI Nº 7.116 DE 29/08/83)

071.767.894-60

CARTORIO JOAO PESSOA

NASC.N.42123 FLS.223 LIV.A39

JOÃO PESSOA-PB 04/09/1966

NACIONALIDADE

JOSÉ SOARES DE MEDEIROS

MARIA DA LUZ SARAIVA DA SILVA

FILIAÇÃO

ALYSON DA SILVA MEDEIROS

NOME

3.016.964 -2 VIA 23/04/2013

REGISTRO GERAL DATA EXPEDIÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

De: Jose Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocola
em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse periodo, solicito imprim uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedim padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros

Seguradora LIDER

Rua da Assembleia, 100 – 21° andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta for

Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

Seguradora LIDER

www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21° andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0304658/18

Número do Sinistro: 3180385552

Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATIST/

Data do acidente: 24/02/2018

CPF: 708.964.434-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

Outros

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: 20/09/2018 Nome: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA CPF: 708.964.434-00	Data do cadastramento: 20/09/2018 Nome: Alexandre Tavares Belfort CPF: 024.208.707-86
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	Alexandre Tavares Belfort

Seguradora LÍDER (/)

Buscar no site

A COMPANHIA | SEGURO DPVAT | PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) | CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS | SALA DE IMPRENSA | TRABALHE CONOSCO | CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminh DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180385552 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
CPF/CNPJ: 70896443400

Posição em 17-09-2018 10:45:08
Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada q à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
DUT	Vítima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/08/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/y4___snUfg1kxlwISSmVVC2 api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx___q3eFIIfyeUOXUNh6FbTCpM4=)
28/08/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eUsGRTf7MJxsbliQxPs3WA== api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx___q3eFIIfyeUOXUNh6FbTCpM4=)

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx) (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx) A A A

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de:	ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
Nº Sinistro:	3180385552
Vitima:	ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
Data do Acidente:	24/02/2018
Cobertura:	INVALIDEZ

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180385552**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT ilegivel

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 17 SET 2018
Nome:

DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS

Daniela Fidelis

seg 17/09/2018 11:19

Para:Amandha Tavares <amandha.tavares@seguradoralider.com.br>; luiz.domingos@seguradoralider.com.br <luiz.domingos@seguradoralider.com.br>; alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br <alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br>;

Cc:Cássia Cristina <inspetoriadpvat@comprev.com.br>;

(0800)

Prezados,

Segue abaixo a relação de documentos que não constam em nossos sistemas, foram recebidos pela Comprev, que pertencem a outra Seguradora.

3180210706 REGIVALDO MACEDO DOS SANTOS – Carta da vítima, procuração por instrumento público, declaração de ausência do IML, informativo Lei Nº 16.278.Receptora: Não identificado no site da Seguradora Líder. Processo não localizado em nossos sistemas.

3180385552 ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA – DUT e carta de pendência da Seguradora Líder. Receptora: SEGURADORA LÍDER DPVAT – OPERAÇÃO CORREIOS. Processo não localizado em nossos sistemas.

Informo que a documentação mencionada acima será encaminhada pelo nosso portador.

Favor acusar recebimento.

Atenciosamente,

COMPREV SEGUROS, PREVIDÊNCIA E EMPRÉSTIMO | 90 ANOS 1927 - 2017

Daniela Fidelis
DPVAT
Tel.: (21) 2505-2090 **Fax:** (21) 2505-2070
dpvat@comprev.com.br

Seguradora LÍDER

Outros

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**

Nº Sinistro: 3180385552
Vítima: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**
Data do Acidente: **24/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180385552**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT ilegível

RECEBIDO
19 OUT 2018
Seguradora Líder DPVAT

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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

Carta nº 13291537

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
RUA ANTONIO ANASTACIO PEREIRA, 96
CIDADE DOS COLIBRIS
CEP 58073-171 - JOAO PESSOA - PB

519

B134295367 2BR

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

DATA DO ACIDENTE 01.01.18 CPF DA VÍTIMA 708.964.434-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ANTONIO ANASTÁCIO FERREIRA, 96

Nº 96 COMPLEMENTO BAIRRO MANGABEIRA

CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58073171

E-MAIL JRUBENSFILHO@yahoo.com.br TELEFONE 83) 9-8801-0051

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15.10.18

IDENTIDADE 2.232.983

ASSINATURA Antonio Marcio dos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0304658/18

Número do Sinistro: 3180385552

Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATIST/ **Data do acidente:** 24/02/2018

CPF: 708.964.434-00 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

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: 23/10/2018	Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 708.964.434-00	CPF: 102.109.247-99
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	Paulo Victor Soares Sant'Ana

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0304658/18

Número do Sinistro: 3180385552

Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Data do acidente: 24/02/2018

CPF: 708.964.434-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Outros

Sinistro

DUT

Outros

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: 07/12/2018	Data do cadastramento: 07/12/2018
Nome: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 708.964.434-00	CPF: 760.547.217-04
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

SINISTRO 3180385552 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
CPF/CNPJ: 70896443400

Posição em 21-11-2018 12:28:56

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
DUT	Vitima	Não Conforme	

RECEBIDO
03 DEZ 2018
Seguradora Líder DPVAT

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

2017

****

OET6241

PASSA / CICLOMOTOR GASOLINA

I/SHINERAY XY50Q PHOENIX 2013 2014

PARTICULAR VERMELHA

28/03/2018

JOAO PESSOA 20/11/2018

OET6241

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: **2017**
Proprietário: **********
Placa: **OET6241**
Combustível: **GASOLINA**
Marca/Modelo: **I/SHINERAY XY50Q PHOENIX**
Espécie/Tipo: **PASSA / CICLOMOTOR**
Ano de Fabricação: **2013**
Ano Modelo: **2014**
Categoria: **PARTICULAR**
Cor Predominante: **VERMELHA**
Vencimento Licenciamento: **28/03/2018**
Observação:
Restrição:
Financeira:
Município: **JOAO PESSOA**
Situação: **EM CIRCULACAO**
Data da Consulta: **20/11/2018**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 29 NOV 2018
Nome:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0304658/18

Número do Sinistro: 3180385552

Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Data do acidente: 24/02/2018

CPF: 708.964.434-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

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: 07/12/2018	Data do cadastramento: 07/12/2018
Nome: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 708.964.434-00	CPF: 760.547.217-04
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO