

**Boletim de Atendimento: 1084451**



|                                            |                                                                       |                                       |                                              |                   |         |                      |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------|---------|----------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>           |                                                                       |                                       |                                              |                   |         |                      |
| ID<br>1292250                              | Nome<br>RENAN DOS SANTOS MELO                                         |                                       |                                              | Sexo<br>Masculino |         |                      |
| Data de nascimento<br>11/03/1999           | Idade<br>19 anos 2 meses 15 dias                                      | Estado civil                          | Religião                                     | Prontuário        |         |                      |
| Mãe<br>MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS AMANCIO | Pai<br>JOSENILDO HONORADO DE MELO                                     |                                       |                                              |                   |         |                      |
| Escolaridade                               | Responsável (Parentesco)<br>MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS AMANCIO - MAE |                                       |                                              |                   |         |                      |
| DDD Móvel<br>83                            | Fone Móvel<br>986141266                                               | DDD Fixo                              | Fone Fixo                                    |                   |         |                      |
| Tipo documento                             | Número documento                                                      | Nº Cns<br>708100580707635             |                                              |                   |         |                      |
| Local de procedência<br>ALTO DO MATEUS     | Tipo<br>BAIRRO                                                        |                                       | UF<br>PB                                     |                   |         |                      |
| Email                                      | Naturalidade<br>RIO TINTO                                             | CBO/R                                 |                                              |                   |         |                      |
| <b>Endereço</b>                            |                                                                       |                                       |                                              |                   |         |                      |
| CEP<br>58074709                            | Município de residência<br>JOAO PESSOA                                | UF<br>PB                              | Logradouro<br>ANDREZA CUNHA BATISTA DA SILVA |                   |         |                      |
| Número<br>164                              | Complemento                                                           | Bairro<br>JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA     |                                              |                   |         |                      |
| <b>Admissão</b>                            |                                                                       |                                       |                                              |                   |         |                      |
| Data e Hora<br>26/05/2018 09:46:09         | Número da pulseira<br>1000059885114                                   | Convênio<br>SUS                       |                                              |                   |         |                      |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL            | Clínica                                                               |                                       |                                              |                   |         |                      |
| Classificação de risco                     | Origem do paciente<br>RUA                                             |                                       |                                              |                   |         |                      |
| Caráter de atendimento                     | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA                      | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO |                                              |                   |         |                      |
| <b>Indicadores e Transporte</b>            |                                                                       |                                       |                                              |                   |         |                      |
| Caso policial<br>Não                       | Plano de saúde<br>Não                                                 | Veio de ambulância<br>Não             | Trauma<br>Não                                |                   |         |                      |
| Meio de transporte<br>SAMU                 | Quem transportou                                                      |                                       |                                              |                   |         |                      |
| <b>Sinais Vitais</b>                       |                                                                       |                                       |                                              |                   |         |                      |
| PA<br>X mmHg                               | Pulso                                                                 | Temperatura                           |                                              |                   |         |                      |
| <b>Exames complementares</b>               |                                                                       |                                       |                                              |                   |         |                      |
| Ralo X [ ]                                 | Sangue [ ]                                                            | Urina [ ]                             | TC [ ]                                       | Líquor [ ]        | ECG [ ] | Ultrasonografia [ ]  |
| Dados clínicos                             |                                                                       |                                       |                                              |                   |         |                      |
| Diagnóstico                                |                                                                       |                                       |                                              |                   |         |                      |
| Atendido por<br>KELLY DE SOUZA BARBOSA     |                                                                       |                                       |                                              |                   |         | Tempo<br>01min 42seg |

temporibus



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1084451



## Identificação do paciente

|                                            |                                                                       |                   |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ID<br>1292250                              | Nome<br>RENAN DOS SANTOS MELO                                         | Sexo<br>Masculino |
| Data de nascimento<br>11/03/1999           | Idade<br>19 anos 2 meses 15 dias                                      | Estado civil      |
| Mãe<br>MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS AMANCIO | Pai<br>JOSENILDO HONORADO DE MELO                                     | Religião          |
| Escolaridade                               | Responsável (Parentesco)<br>MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS AMANCIO - MAE | Prontuário        |
| DDD Móvel<br>83                            | Fone Móvel<br>986141268                                               | DDD Fixo          |
| Tipo documento                             | Número documento                                                      | Fone Fixo         |
| Local de procedência<br>ALTO DO MATEUS     | Nº Cns<br>708100580707635                                             |                   |
| Email                                      | Naturalidade<br>RIO TINTO                                             | UF<br>PB          |
|                                            | CBO/R                                                                 |                   |

## Endereço

|                 |                                        |                                   |                                              |
|-----------------|----------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| CEP<br>58074709 | Município de residência<br>JOAO PESSOA | UF<br>PB                          | Logradouro<br>ANDREZA CUNHA BATISTA DA SILVA |
| Número<br>164   | Complemento                            | Bairro<br>JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA |                                              |

## Admissão

|                                    |                                                  |                                       |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Data e Hora<br>26/05/2018 09:45:09 | Número da pulseira<br>1000059885114              | Convênio<br>SUS                       |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL    | Clinica                                          |                                       |
| Classificação de risco             | Origem do paciente<br>RUA                        |                                       |
| Caráter de atendimento             | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO |

## Indicadores e Transporte

|                            |                       |                           |               |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não       | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>SAMU | Quem transportou      |                           |               |

## Sinais Vitais

|              |       |             |
|--------------|-------|-------------|
| PA<br>X mmHg | Pulso | Temperatura |
|--------------|-------|-------------|

## Exames complementares

|                                        |            |           |        |            |         |                     |
|----------------------------------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|
| Ralo X [ ]                             | Sangue [ ] | Urina [ ] | TC [ ] | Líquor [ ] | ECG [ ] | Ultrasonografia [ ] |
| Dados clínicos                         |            |           |        |            |         |                     |
| Diagnóstico                            |            |           |        |            |         |                     |
| Atendido por<br>KELLY DE SOUZA BARBOSA |            |           |        |            |         |                     |
| CID                                    |            |           |        |            |         |                     |
| Tempo<br>01min 42seg                   |            |           |        |            |         |                     |

Imprimir

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: RENAN DOS SANTOS MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000037013-3

---

Nr. da Autenticação 66543CEEA8B9C5AA

MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS AMANCIO  
RUA ANDREZA CUNHA BATISTA DA SILVA, 184 - JOSE AMERICO  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58003030 (AG. 1)

Emissão: 17/09/2018 Referência: Set / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B-200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-9

Roteiro: 9 - 5 - 410 - 2080

Nº medidor: 00001398593

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ: 09.095.182/0001-40 Insc. Est. 16.015.523

Nota Fiscal / Conta de Energia S/ônica Nº 2.457.12  
Cód. para Dct. Automática: 00002022

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

| Conta referente a         | Apresentação | Data prevista da<br>proxima leitura | GPE/ENPJ/RANI               |
|---------------------------|--------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Set / 2018                | 17/09/2018   | 17/10/2018                          | 357.225.643-7<br>Insc. Est. |
| UC (Unidade Consumidora): |              |                                     | 5/830325-7                  |
| Canal de contato          |              |                                     |                             |

| Anterior               |                               | Atual      |                      | Constante        |        | Consumo    |            | Dias      |            |      |
|------------------------|-------------------------------|------------|----------------------|------------------|--------|------------|------------|-----------|------------|------|
| Data                   | Leitura                       | Data       | Leitura              |                  |        |            |            |           |            |      |
| 17/08/18               | 17473                         | 17/09/18   | 17857                |                  |        |            | 194        |           | 31         |      |
| Demonstrativo          |                               |            |                      |                  |        |            |            |           |            |      |
| CCI                    | Descrição                     | Quantidade | Tarifa c/            | Valor Base Calc. | Avg.   | Item (R\$) | Base Calc. | Por (R\$) | Cófigo (R) |      |
|                        |                               |            | Tributos Total (R\$) | ICMS (R\$)       | ICMS   |            | Por (R\$)  | Por (R\$) | Por (R\$)  |      |
| 0601                   | Consumo em kWh                | 194,000    | 5,758520             | 154,93           | 154,93 | 27         | 41,83      | 154,93    | 1,25       | 5,75 |
| 0601                   | Adc. B. Vermelha              |            |                      | 14,16            | 14,16  | 27         | 2,92       | 14,16     | 0,11       | 0,53 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                               |            |                      |                  |        |            |            |           |            |      |
| 0607                   | CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA    |            |                      | 6,78             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00       | 0,00 |
| 0604                   | JUROS DE MORA 05/2018         |            |                      | 1,47             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00       | 0,00 |
| 0604                   | JUROS DE MORA 07/2018         |            |                      | 0,60             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00       | 0,00 |
| 0605                   | MULTA 06/2018                 |            |                      | 3,27             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00       | 0,00 |
| 0605                   | MULTA 07/2018                 |            |                      | 3,19             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00       | 0,00 |
| 0605                   | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2018 |            |                      | 0,72             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00       | 0,00 |
| 0605                   | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018 |            |                      | 0,54             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00       | 0,00 |





PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

001/004



**Minha NET:**

- Ⓢ BDA LARGA NET
- Ⓢ EMPRESAS 60 MEGA PD
- Ⓢ FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL - 1L

**descrição**

- Ⓢ NET VIRTUA +
- Ⓢ NET Fone

**total**

145,00  
54,99

Valor total  
199,99

**NET VIRTUA +**

**Mensalidade NET VIRTUA +**

01/09/18 a 04/09/18 MENSALIDADE VIRTUA BDA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA PD 145,00

Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA + 145,00

Total NET VIRTUA + 145,00

**NET Fone**

| SERVIÇO        | DURAÇÃO  |
|----------------|----------|
| LIGAÇÃO LOCALS | 02min00s |
| ACRÉSCIMO      | 54,99    |
| Total NET Fone | 54,99    |



**TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER  
SOBRE A TV E O ENTRETENIMENTO**

Os grandes astros de Hollywood, as dicas dos melhores filmes, séries e as atrações mais quentes da TV por assinatura, você encontra na revista **MONET**. Confira também um superguia com a programação da **NET**, incluindo o **NOW**.

**Acesse net.com.br/monet e assine já!**

**Prêmio Veículos de Comunicação > Melhor Revista Customizada**

Assinatura disponível para clientes NET, consulte disponibilidade em sua cidade.

1 - Para atendimento presencial consulte as endereços no site net.com.br  
- Exte o desligamento de sua linha efetuada e pagamento até a data de vencimento, NET Manda ao Serviço/SICP.  
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, serão cobrados nos meses seguintes.  
- Deficiente Auditivo e de Fala Ligue 8000 721 7707 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).  
- Ligue 4084-7777 para atendimento técnico, reclamações e compra de serviços (posto de ligação local).

- Central de Atendimento NET: 0800-7217707  
(deficientes auditivos)  
Ouvidoria 80007010100

REGISTROS DE ATENDIMENTO:  
967182798728744,  
967182798730425,  
967182798730526,  
967182798730510,  
96718279130554

**Autenticação Mecânica**

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASILIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL.

| Cliente               | Identificação para Débito  | Mês Referência | Vencimento | Valor  |
|-----------------------|----------------------------|----------------|------------|--------|
| JOSE EDUARDO DA SILVA | NET SERVICOS 9070145270823 | Setembro/2018  | 10/10/2018 | 199,99 |

84640000001-0 99990296201-1 81010907000-5 00144440401-4



MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS AMANCIO  
RUA ANDREZA CUNHA BATISTA DA SILVA, 184 - JOSE AMERICO  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58003030 (AG. 1)

Emissão: 17/09/2018 Referência: Set / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B-200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-9  
Roteiro: 9 - 5 - 410 - 2080 Nº medidor: 00001398593

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ: 09.095.182/0001-40 Insc. Est. 16.015.523

Nota Fiscal / Conta de Energia S/ônica Nº 2.457.12  
Cód. para Dct. Automática: 00002022

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

| Conta referente a         | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | GPE/ENPJ/RANI               |
|---------------------------|--------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Set / 2018                | 17/09/2018   | 17/10/2018                       | 357.225.643-7<br>Insc. Est. |
| UC (Unidade Consumidora): |              |                                  | 5/830325-7                  |
| Canal de contato          |              |                                  |                             |

| Anterior               |                               | Atual      |                       | Constante        |        | Consumo    |            | Dias      |             |      |
|------------------------|-------------------------------|------------|-----------------------|------------------|--------|------------|------------|-----------|-------------|------|
| Data                   | Leitura                       | Data       | Leitura               |                  |        |            |            |           |             |      |
| 17/08/18               | 17473                         | 17/09/18   | 17857                 |                  |        |            | 194        |           | 31          |      |
| Demonstrativo          |                               |            |                       |                  |        |            |            |           |             |      |
| CCI                    | Descrição                     | Quantidade | Tarifa c/             | Valor Base Calc. | Atq.   | Item (R\$) | Base Calc. | Por (R\$) | Cóteo (R\$) |      |
|                        |                               |            | Tributos Totais (R\$) | ICMS (R\$)       | ICMS   |            | Por (R\$)  | Por (R\$) | Por (R\$)   |      |
| 0601                   | Consumo em kWh                | 194,000    | 5,758520              | 154,93           | 154,93 | 27         | 41,83      | 154,93    | 1,25        | 5,75 |
| 0601                   | Adc. B. Vermelha              |            |                       | 14,16            | 14,16  | 27         | 2,92       | 14,16     | 0,11        | 0,53 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                               |            |                       |                  |        |            |            |           |             |      |
| 0607                   | CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA    |            |                       | 6,78             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00        | 0,00 |
| 0604                   | JUROS DE MORA 05/2018         |            |                       | 1,47             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00        | 0,00 |
| 0604                   | JUROS DE MORA 07/2018         |            |                       | 0,60             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00        | 0,00 |
| 0605                   | MULTA 06/2018                 |            |                       | 3,27             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00        | 0,00 |
| 0605                   | MULTA 07/2018                 |            |                       | 3,19             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00        | 0,00 |
| 0605                   | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2018 |            |                       | 0,72             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00        | 0,00 |
| 0605                   | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018 |            |                       | 0,54             | 0,00   | 0          | 0,00       | 0,00      | 0,00        | 0,00 |

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

001/004



**Minha NET:**

- Ⓢ BDA LARGA NET
- Ⓢ EMPRESAS 60 MEGA PD
- Ⓢ FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL - 1L

**descrição**

- Ⓢ NET VIRTUA +
- Ⓢ NET Fone

**total**

145,00  
54,99

Valor total  
199,99

**NET VIRTUA +**

**Mensalidade NET VIRTUA +**

01/09/18 a 04/09/18 MENSALIDADE VIRTUA BDA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA PD 145,00

Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA + 145,00

Total NET VIRTUA + 145,00

**NET Fone**

| SERVIÇO         | DURAÇÃO   |
|-----------------|-----------|
| LIGACÕES LOCAIS | 02min/10s |
| ACABATURA       | 54,99     |
| Total NET Fone  | 54,99     |



**TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A TV E O ENTRETENIMENTO**

Os grandes astros de Hollywood, as dicas dos melhores filmes, séries e as atrações mais quentes da TV por assinatura, você encontra na revista **MONET**. Confira também um superguia com a programação da **NET**, incluindo o **NOW**.

**Acesse net.com.br/monet e assine já!**

**Prêmio Veículos de Comunicação > Melhor Revista Customizada**

Assinatura disponível para clientes NET, consulte disponibilidade em sua cidade.

1 - Para atendimento presencial consulte as endereços no site net.com.br  
- Exte o desligamento de sua linha efetuada e pagamento até a data de vencimento, NET Manda ao Serviço/SICP.  
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, serão cobrados nos meses seguintes.  
- Deficiente Auditivo e de Fala Ligue 8000 721 7707 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).  
- Ligue 4084-7777 para atendimento técnico, reclamações e compra de serviços (posto de ligação local).

- Central de Atendimento NET: 0800-7217707  
(deficientes auditivos)  
Ouvidoria 80007010100

REGISTROS DE ATENDIMENTO:  
907182798728744  
907182798730425  
907182798730526  
907182798730518  
90718279130554

**Autenticação Mecânica**

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASILIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESE, BANRISUL, CADA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL.

| Cliente               | Identificação para Débito  | Mês Referência | Vencimento | Valor  |
|-----------------------|----------------------------|----------------|------------|--------|
| JOSE EDUARDO DA SILVA | NET SERVICOS 9070145270823 | Setembro/2018  | 10/10/2018 | 199,99 |

84640000001-0 99990296201-1 81010907000-5 00144440401-4



JJA 26.315.11

26.315.11 - Bairro Manaira

Maria Rosa, 82 - Bairro Manaira

Documentário de Pagamento

CTPS: 0014629 / 60034

001 537 384-05

JOSE EDUARDO DA SILVA

AV MARIA ROSA, 00182

MANAIRA

59038-460 JOAO PESSOA PB

DOS NETS

Código-NET  
907/014527082

Vencimento  
10/10/2018

Valor  
199,99

Forma de Pagamento  
BOLETO BANCÁRIO

CPF/CNPJ  
455.536.024-91

PARA 25 VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSSE NET.COM.BR

001/004

Orientante:

em e telefone sempre atualizados.  
Lr, expete Minha NET - Minha Assinatura.  
elemento de seus serviços NET, durante o  
análise técnica, estará sujeito a cobrança

Minha NET:

BDA LARGA NET

EMPRESAS 60 MEGA FID

FONE EMPRESA BRASIL

TOTAL 11

descrição

② NET VIRTUA +

③ NET FONE

total

145,00

54,99

12 FEV. 2019

PROTOCOLO

Valor total

199,99

A+



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Lemos Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Remam dos Santos Melo inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 704.521.234-88 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima  
Remam dos Santos Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.521.234-88, 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<br><u>Av. Maria Rosa</u> |                              | Número<br><u>58</u>     | Complemento             |
| Bairro<br><u>Alamaina</u>         | Cidade<br><u>João Pessoa</u> | Estado<br><u>PB</u>     | CEP<br><u>58038-400</u> |
| Email                             |                              | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)  |

João Pessoa de outubro de 2018  
Local e Data

Alexandra Lemos Duarte  
Assinatura do Declarante

COMPREV Seguros Líder  
15 JUL 2018  
AG. JOÃO PESSOA  
PROTOCOLADO

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alexandra Lemos Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Remam dos Santos Melo inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 704.521.234-88 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima  
Remam dos Santos Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.521.234-88, 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<br><u>Av. Maria Rosa</u> |                              | Número<br><u>58</u> | Complemento             |
| Bairro<br><u>Itaiana</u>          | Cidade<br><u>João Pessoa</u> | Estado<br><u>PB</u> | CEP<br><u>58038-400</u> |
| Email                             | Telefone comercial(DDD)      |                     | Telefone celular (DDD)  |

João Pessoa de outubro de 2018  
Local e Data

Alexandra Lemos Duarte  
Assinatura do Declarante





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mateus Lucas Paulino Romalho,  
RG nº 3343630, data de expedição 22/07/2005  
Órgão SSP, portador do CPF nº 00807527483, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Jose Othmarino de Souza, nº 509,  
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 Renan dos Santos Melo, cujo o condutor era  
Renan dos Santos Melo.

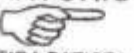
Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda/NRX Blue Mix 65.  
Ano: 2010  
Placa: MOU 5434/PB  
Chassi: 9C2K00520AR030027  
Data do Acidente: 16/09/18  
Local e Data: João Pessoa - PB 20/06/18.

CARTÓRIO

  
VIEIRA BATISTA

Mateus Lucas Paulino Romalho  
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO

  
VIEIRA BATISTA

Renan dos Santos Melo  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Bat. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bat. Rosângela Vieira Batista - Substituto

Rua São Pedro de Alcantara, 40 - Mangabeira Foz - CEP 50050-010 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: (33) 4401.1329/4401.1330

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas (s) de: Renan dos Santos Melo - PB

MATEUS LUCAS PAULINO ROMALHO - PB

Em test.da verdade, João Pessoa-PB 20/06/2018 14:58:54

Fabio Roberto C. Batista - ESCRIVENTE AUTORIZADO

[2018-029051]EMOL:R\$ 18,96 FARPEN:R\$ 0,56 FEPT:R\$ 7,80 ISS:R\$ 0,94

SELO DIGITAL: AHB04566-MAYB, AHB04567-ROGS

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tfpb.jus.br>

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mateus Lucas Paulino Romalho,  
RG nº 3343630, data de expedição 22/07/2005  
Órgão SSP, portador do CPF nº 00807527483, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Jose Othmarino de Souza, nº 509,  
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 Renan dos Santos Melo, cujo o condutor era  
Renan dos Santos Melo.

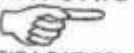
Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda/NRX Blue Mix 65.  
Ano: 2010  
Placa: MOU 5434/PB  
Chassi: 9C2K00520AR030027  
Data do Acidente: 16/09/18  
Local e Data: João Pessoa - PB 20/06/18.

CARTÓRIO

  
VIEIRA BATISTA

Mateus Lucas Paulino Romalho  
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO

  
VIEIRA BATISTA

Renan dos Santos Melo  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Bat. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bat. Rosângela Vieira Batista - Substituto

Rua São Pedro de Alcantara, 40 - Mangabeira Foz - CEP 50050-010 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: (33) 4408113/3344081

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas (s) de: Renan dos Santos Melo - PB

MATEUS LUCAS PAULINO ROMALHO - PB

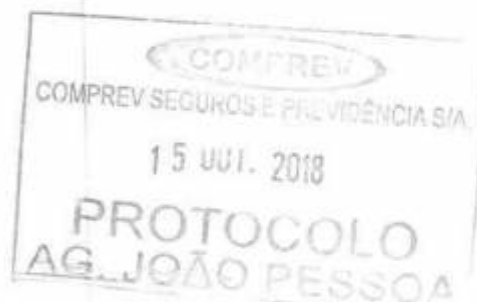
Em test.da verdade, João Pessoa-PB 20/06/2018 14:58:54

Fabio Roberto C. Batista - ESCRIVENTE AUTORIZADO

[2018-029051]EMOL:R\$ 18,96 FARPEN:R\$ 0,56 FEPT:R\$ 7,80 ISS:R\$ 0,94

SELO DIGITAL: AH04566-MAYB, AH04567-RGGG

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tfpb.jus.br>







## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RENAN DOS SANTOS MELO

DATA DE NASCIMENTO 11/03/99

NOME DA MÃE

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 108960

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1084451

DATA DO ATENDIMENTO 26/05/18

HORA DO ATENDIMENTO 09:46

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA X CARRO

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

CID 10 S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NA REGIÃO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX OMBRO ESQUERDO, RX CLAVÍCULA ESQUERDA

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX CLAVÍCULA - FRATURA DISTAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

ALTA HOSPITALAR: 07/06/18

DATA DA EMISSÃO: 22/08/18



Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB



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:

Tel:

CNES: 6121221

|                                                        |                            |                                                    |                                                 |                                              |
|--------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>RENAN DOS SANTOS MELO</b>               |                            | BAE<br><b>1084451</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>26/05/2018 09:46:09</b> | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>11/03/1999</b>                | Idade<br><b>19a 2m 15d</b> | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS<br><b>708100580707635</b>                   | Telefone de Contato<br><b>(83) 986141268</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS AMANCIO</b>      |                            |                                                    |                                                 | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>ANDREZA CUNHA BATISTA DA SILVA, 164</b> |                            | Bairro<br><b>JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA</b>           | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                 | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                      |                            | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>           | Profissional<br><b>ALISSON CORDEIRO MOREIRA</b> | Nº Cons. Regional<br><b>10942/PB</b>         |
| Data/Hora Classificação<br><b>26/05/2018 09:46:09</b>  |                            | Data/Hora Prescrição<br><b>26/05/2018 09:56:13</b> |                                                 |                                              |

## Anamnese

PACIENTE SOCORRIDO PELO SAMU APÓS COLISÃO MOTO VS CARRO COM QUEIXA DE DOR EM REGIAO  
AVICULAR ESQUERDA

É COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, NEGA CONSUMO DE ALCOOL, DESMAIO, NAUSEAS E VÔMITOS. NEGA DOR TORÁCICA E ABDOMINAL; SEM QUEIXA EM MEMBROS E MOBILIDADE PRESERVADA, COM EXCEÇÃO DO MSE. CONSCIENTE E ORIENTADO, EG 15, COM ESCORIAÇÕES EM COTOVELO DIREITO.

CD: ROTINA TRAUMA

AV. ORTO

ALTA DA C. GERAL E A DISPOSIÇÃO PARA REAVALIAÇÃO SE NECESSARIO

## MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: +100ML SF)

## CUIDADOS

**SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA**

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

LOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

جیڈ 10

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |

### Conduta

Em observação

RENAN DOS SANTOS MELO

ALISSON CORDEIRO MOREIRA  
(CRM: 10942/PB)





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

Número: \_\_\_\_\_

Paciente: Bennan dos Santos Melo

Prontuário: 1084451

Procedimento: TTO Cirúrgico Fratura de 1/3 distal de Clavícula

Data: 05/06/2018

SUS: (X) Não SUS ( )

Médico: Drº Tiago + Drº Renu + Daniel (R1)

DISPENSACÃO CME

| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO                                                | QUANTIDADE |
|------------|---------------------------------------------------------------------|------------|
| Artsintese | Fios de Kirschner Nº 2.0                                            | 02         |
|            | Obs.: 01 ficou no paciente e foi contado e o outro usado como guia. |            |
|            |                                                                     |            |
|            |                                                                     |            |
|            |                                                                     |            |
|            |                                                                     |            |
| Artsintese | Fios de Kirschner 2.0                                               | 03         |

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO  | QUANTIDADE |
|------------|-----------------------|------------|
| B-Braun    | Agulha de plexo A 100 | 01         |
|            |                       |            |
|            |                       |            |
|            |                       |            |
|            |                       |            |

ASSINATURA DO MÉDICO

Daniel Conserva Arruda  
CRM 11184

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Arvalua 476.693 PR



**SUS**

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 1/1

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HTOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HTOP

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Rennan dos Santos Melo

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1084451

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

01 agulha de plexo A 100 - B - Braun  
02 Fios de Kirschner 2,0 -> Art. Síntese  
Obs: Ficou no paciente, 01 e foi cortado o outro como guia.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS

( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD, ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS

( ) CPF

*Assinatura*  
**DR. Daniel Consueiro Arruda**  
MÉDICO  
CRM 123456  
SP

COMPROMISSO  
15.01.2008  
P20080115  
AC-10





HOSPITAL  
BRASILEIRO

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: RENAN DOS SANTOS MELO BE/PRONTUÁRIO: 1084451  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: 05/06/2018  
CLÍNICA /SETOR: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: ORTOPEDIA  
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA ESQUERDA  
CIRURGIÃO: DR RENNAR 1º ASS: DR TIAGO FORMIGA  
2º ASS: DANIEL MR1 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: DRA ROSSANA  
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO                  | CID |
|---------------------------------------------|-----|
| FRATURA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA ESQUERDA |     |
|                                             |     |
|                                             |     |
|                                             |     |
|                                             |     |
|                                             |     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS                                            | CÓDIGO |
|---------------------------------------------------------------------|--------|
| TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA ESQUERDA |        |
| COM ARRARILHA SUBCORACOIDE COM FIO DE ETHIBOND + FIO DE KC          |        |
|                                                                     |        |
|                                                                     |        |
|                                                                     |        |
|                                                                     |        |

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

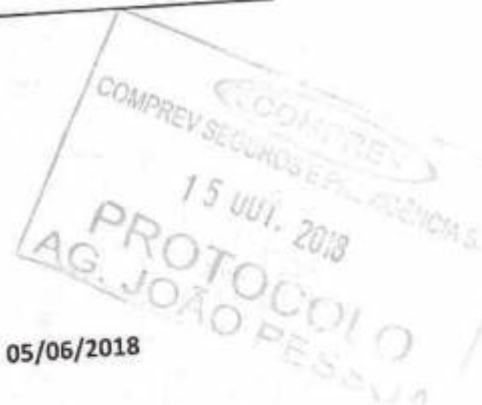
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:  
☒ ENFERMARIA \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA  
\_\_\_\_\_ RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_

*Daniel Conserva Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

DATA: \_\_\_\_\_

05/06/2018





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA                                |
|------------------------------------------------------|
| Posição e Preparo:                                   |
| ANTIBIOTICOPROFILAXIA                                |
| PACIENTE POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA   |
| ASSEPSIA E ANTISSEPSIA                               |
| APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS                        |
| Incisão:                                             |
| INCISAO EM SABRE                                     |
| DIVULSÃO + DISSECÇÃO E AVULSÃO POR PLANOS ANATOMICOS |
| HEMOSTASIA                                           |
| Achados:                                             |
| VISUALIZAÇÃO DA LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITO   |
| FRATURA DE 1/3 DITAL DE CLAVICULA                    |
| Condução:                                            |
| AMARRILHA SUB-CORACOIDE COM FIO DE ETHIBOND          |
| REDUÇÃO DA FRATURA VISUALIZAÇÃO DIRETA               |
| FIXAÇÃO DA REDUÇÃO COM FIO KC                        |
| LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%                        |
| REVISAO DE HEMOSTASIA                                |
| SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS                         |
| CURATIVOS ESTÉREIS                                   |
| RX DE CONTROLE                                       |
| Fechamento:                                          |
| Observação:                                          |
| HEMI-J                                               |

Médico/CRM:

Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

João Pessoa,

05/06/2018





2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 26

**NOME DO PACIENTE** Renan dos Santos Melo  
**IDADE** 19 A **BE** 1084451 **RIO** ENFERMARIA CB 05101  
**CIRURGIA** Tre. Cirúrgico Fraturas de Membro Superior de Extremidade Superior  
**CIRURGIÃO** Dr. Tiago Ribeiro Rencina Daniel (R)  
**ANESTESIA** Bloqueio + Sedação  
**ANESTESISTA** Dr. T. Rosário  
**INSUMENTADOR** / / /  
**DATA** 05/06/18 **HORA CIRÚRGICA - ANESTESIA INÍCIO** 09:45 **FIM** 11:30

**ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)**  
ASA 1) ASA 2) ASA 3) ASA 4) ASA 5)  
GRAU DE CONTAMINAÇÃO (LIMPAS) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

| MEDICACÕES ANESTÉSICAS | QTD.        |                             | MATERIAIS (ONS)                | QTD. | FIOS                      | QTD.          |
|------------------------|-------------|-----------------------------|--------------------------------|------|---------------------------|---------------|
| ALFENTÂNILA            |             |                             | JELCO Nº18                     |      | FIO CAT GUT CROMADO N°    |               |
| BUPIVACAÍNA ISOBARICA  |             |                             | JELCO Nº20                     |      | FIO CAT GUT CROMADO N°    |               |
| BUPIVACAÍNA PESADA     |             |                             | JELCO Nº22                     |      | FIO DE AÇO N°             |               |
| CETAMÍN-4              |             | SRL 500 OK                  | JELCO Nº24                     |      | FIO DE AÇO N°             |               |
| DROPERIDOL             |             | SF 300 OK                   | KIT SIST DREN TORÁCICA N°      |      | FIO DE NYLON N° 2.0 L     |               |
| ETOMIDATO              |             | SOLUÇÕES QTD.               | LÂMINA BISTURI Nº11            |      | FIO DE NYLON N°           |               |
| FENOBARBITAL           |             | ALCOOL ETILICO 70% OK       | LÂMINA BISTURI Nº15            |      | FIO DE NYLON N°           |               |
| FENTANILA              |             | PVPi DEGERMIANTE OK         | LÂMINA BISTURI Nº23            |      | FIO POLIGLACTINA N° 11    |               |
| FLUMAZENIL             |             | PVPi TINTURA OK             | LÂMINA BISTURI Nº24            | 1    | FIO POLIGLACTINA N°       |               |
| ISOFLURANO             |             | PVPi TOPICO                 | LÂMINA DE DERMATOMO            |      | FIO POLIGLACTINA N°       |               |
| BUPIVACAÍNA C/ VASO    | 1           | SABÃO ANTISEPTICO           | LÂMINA DE ENXERTO              |      | FIO POLIPROPILENO N°      |               |
| BUPIVACAÍNA S/ VASO    |             | MATERIAIS QTD.              | LUVA DE PROCEDIMENTO PAR       | OK   | FIO POLIPROPILENO N°      |               |
| LIDOCAÍNA C/ VASO      | 1           | AQUILHA 13X4,5              | LUVA ESTERIL Nº7,0             | OK   | FIO POLIPROPILENO N°      |               |
| LIDOCAÍNA S/ VASO      |             | AQUILHA 25X07               | LUVA ESTERIL Nº7,5             | OK   | FIO POLIGLECAPRONO N°     |               |
| MIDAZOLAM              | 1           | AQUILHA 25X08               | LUVA ESTERIL Nº8,0             | L    | FIO SEDÁ N°               |               |
| MORFINA                |             | AQUILHA 40X12               | LUVA ESTERIL Nº8,5             | L    | FITA CARDIACA             |               |
| NAVIBILIM              |             | AQUILHA PERIDURAL Nº16      | MASCARA CIRURGICA              | OK   | MATERIAL ESPECIAL         | QTD.          |
| PANCURÔNIO             |             | AQUILHA PERIDURAL Nº17      | MULTIVIAS                      |      | CATETER DE PIC            |               |
| PETIDINA               |             | AQUILHA PERIDURAL Nº18      | PERFORADOR DE SORO             |      | CIMENTO CIRURGICO         |               |
| PROPOFOL               |             | AQUILHA RAQUI Nº24G         | SCALP Nº19                     |      | CLIP TITÂNIO LIGADURA     |               |
| RAMIFENTANILA          |             | AQUILHA RAQUI Nº26G         | SCALP Nº21                     |      | FIO DE KIRSCHNER N° 2,0 L |               |
| ROCURÔNIO              |             | AQUILHA RAQUI Nº27G         | SERINGA 3ML                    | 1    | FIO DE KIRSCHNER          | no pac foi co |
| SEVOFLURANO            |             | ALGODÃO ORTOPEDICO          | SERINGA 5ML                    | 1    | FIO STEINMAN N°           | foi co        |
| SUXAMETÔNIO            |             | ATADURA DE CREPONE          | SERINGA 10ML                   | 1    | FIO STEINMAN N°           | Me sta        |
| Tiopental              |             | ATADURA GESSADA             | SERINGA 20ML                   | 1    | GRAMPEADOR CIRURGICO      |               |
| <b>MEDICACÕES</b>      | <b>QTD.</b> | <b>BOLSA P. COLOSTOMIA</b>  | <b>SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8</b> |      | <b>HEMOST. ABSORVIVEL</b> |               |
| ADRENALINA             |             | CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°  | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10       |      | KIT DERIVA VENTRICULAR    |               |
| ÁGUA DESTILADA         | L           | CATETER DE OXIGÊNIO         | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12       |      | PROTESE VASCULAR          |               |
| ATROPINA               |             | CATETER EMBOLEC ARTERIAL N° | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14       |      | KIT PAM                   |               |
| BEXTRA                 |             | CATETER EPIDURAL Nº16       | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16       |      | FIXADOR EXTERNO           |               |
| CEFAZOLINA             | L           | CATETER EPIDURAL Nº17       | SONDA FOLEY 2VIAS Nº12         |      |                           |               |
| DEXTROMETASINA         | L           | CATETER EPIDURAL Nº18       | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14         |      | <b>EMPRESA</b>            |               |
| CLORURO DE SÓDIO       | L           | CERA PARA OSSO              | SONDA NASOG CURTA              |      | PARAFUSOS CORTICAIS       |               |
| DIURETICO              |             | COLET. URINA FECHADO        | SONDA NASOG LONGA              |      | PARAFUSOS CORTICAIS       |               |
| FLUOSEMIDA             |             | COMPRESSAS CIRURGICAS       | SONDA URETRAL N°               |      | PARAFUSOS ESPONJOSO       |               |
| GLICOSE 50%            |             | COMPRESSAS CIRURGICAS       | TORNEIRINHIA                   |      | PARAFUSOS ESPONJOSO       |               |
| GLUCONATO DE CALCIO    |             | DRENO DE PENROSE            | TUBO ENDOTRAQUEAL N°           |      | PARAFUSOS METEOLAB        |               |
| HIDROCORTISONA         |             | DRENO DE SUCCÃO             | TUBO ENDOTRAQUEAL N°           |      | PARAFUSOS METEOLAB        |               |
| LIDOCAÍNA GELEIA       |             | ELETRODOS                   | TUBO ENDOTRAQUEAL N°           |      | PLACA                     |               |
| ONDASENTRONA           | 1           | EQUIPO MACROGOTAS           | TUBO SILICONE (LATEX)          | 1    | PLACA                     |               |
| PLASIL                 |             | EQUIPO TRANSF. SANGUE       |                                |      |                           |               |
| PROSTIGMINE            |             | EQUIPO MICROGOTAS           |                                |      | <b>EQUIPAMENTOS</b>       |               |
| PROTAMINA              |             | ESPONJA DE PVPi             |                                |      | ( ) ASPIRADOR             |               |
| TENOXICAN              | 1           | ESPARADRAPO                 | OK FIO ALGODÃO S/A N°          |      | X BISTURI ELETRICO        |               |
|                        |             | GAZES                       | 1 FIO ALGODÃO S/A N°           |      | ( ) CAPNOGRAFO            |               |
|                        |             | GAZES ALGODOADAS            | 3 FIO ALGODÃO O/A N°           |      | X CARDIOMONITOR           |               |
|                        |             | GEL ELETROLITICO            | OK FIO ALGODÃO C/A N°          |      | ( ) DESFIBRILADOR         |               |
|                        |             | JELCO Nº14                  | 6 FIO RETORNO                  | 1    | X FOCO AUXILIAR           |               |
|                        |             | JELCO Nº16                  |                                |      | X FOCO CENTRAL            |               |
|                        |             | LAP                         |                                |      | ( ) MICROSCOPIO           |               |
|                        |             | LX. ANTEBRACO CI            |                                |      | X OXIMETRO DE PULSO       |               |
|                        |             | CA. COM                     |                                |      |                           |               |

RA  
ULANTE  
Cleomira M. Maltreys  
COREN 238-TE  
AND ASCI



## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 05/06/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: RENAN DOS SANTOS MELO SEXO: M COR: P IDADE: 19 ANOS

140x80mmmm PULSO 76BPM RESPIRAÇÃO OK TEMPERATURA PESO ± 70 kg GRUPO SANGÜINEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO (OK)

AP. CIRCULATÓRIO (OK)

AP. DIGESTIVO (OK)

ESTADO MENTAL LOTE

DROGAS EM USO VPM

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE ATORA MDZ 2mg IV NA 50

ESTADO FÍSICO (ASA)

ASA I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE CLAVÍCULA (E)

CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA (E)

CIRURGIÃO DR. TIAGO

AUXILIARES DR. RENNA

INÍCIO DA ANESTESIA 9:15h TÉRMINO DA ANESTESIA 11:30h

DURAÇÃO DA ANESTESIA 2 HORAS E 15 MINUT

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CHL

VALORES RS

ANESTESISTA DR. ROSSANA L.M.F. VALE CPF 690.882.174-91

CRM-PB 4229

AGENTES/INICIAIS 9:15 10:15 11:15

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

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

TÉCNICA BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL (E) (INTERESCALENICO + AXILAR)

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1 DORMONID - 2mg IV 11

2 NOVABUPI 0,33% - (30 ml) (INTERESCALENICO)

3 LIDOCAÍNA 1,5% - (30 ml) (INTERESCALENICO)

4 CEFAROLINA - 2g IV 14

5 DEXAMETASONA - 20mg IV 15

6 NAUSEDRON - 8mg IV 16

7 TILATIL - 40mg IV 17

8 DIPIRONA - 2amp. IV 18

9 19

10 20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

ASSINATURA DO ANESTESISTA

ROSSANA L.M.F. VALE

Anestesiologista

CRM 4229



## Documento de Alta

|                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                   |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Nome:</b><br>RENAN DOS SANTOS MELO                                                                                                                                                                       |                           | <b>Número Prontuário:</b><br>108960               |                                             |
| <b>Data de</b><br>11/03/1999                                                                                                                                                                                | <b>Sexo:</b><br>Masculino | <b>Data de Internação:</b><br>26/05/2018 13:02:06 | <b>Data de Alta:</b><br>07/06/2018 13:14:36 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA MEDICA                                                                                                                                                                       |                           |                                                   |                                             |
| <b>Conduta:</b><br>PACIENTE INTERNADO COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 1/3 DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO. HOJE SE ENCONTRA EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR.              |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resumo da Internação:</b><br>PACIENTE INTERNADO COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 1/3 DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO. HOJE SE ENCONTRA EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR. |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resultado de Exames:</b><br>FRATURA DO 1/3 DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA                                                                                                                                  |                           |                                                   |                                             |
| <b>Tratamento:</b><br>TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO 1/3 DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA - DR. RENNÁ / DR. TIAGO FORMIGA - 05-06-2018                                                                      |                           |                                                   |                                             |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S42.0 - Fratura da clavícula                                                                                                                                                         |                           |                                                   |                                             |
| <b>Recomendações:</b><br>ORIENTAÇÕES CURATIVO DIÁRIO PRESCRIÇÃO P/CASA RETORNO COM 07 DIAS                                                                                                                  |                           |                                                   |                                             |

Data: 07/06/2018

Dr. Marcos Vinícios A. Freitas  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Quadril  
CRM: 7605 - PB

MARCOS VINÍCIOS AMORIM  
FREITAS  
CRM: 7605 - PB



PatientID:  
Name:

000000064516  
RENAN DOS SANTOS MELO

Sex: Masculino  
BirthDate: 11.03.1999  
Age: 19a

StudyDate: 27.08.2018



**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
05.FEV. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



PatientID:  
Name:

001201201

RENAN DOS SANTOS MELO

Sex:  
BirthDate:  
Age:

Masculino  
11.03.1999  
19a.



StudyDate: 28.01.2019

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

03 nov. 2019

PROTOCOLO  
Nº 10 PESSOA

Image 1 Series 1



# Receituário Médico



Seu Sr. Doutor Mele,  
19 anos, Masculino foi submetido  
a tratamento Cirúrgico das Luxações  
Acromioclaviculares - feitas em Julho  
segundo os fatos de 2018.

No consult. sucessivos - em alta  
Muito Satisfatório.

Dr. Jorge Martins Fortiga  
Ortopedia e Traumatologia  
8026 CRM-PE 24411 CRM-PE  
TEOF 4830

Data: 26/11/19

Médico - CRM

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

F(NG).CC.002-15 FEV. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RENAN DOS SANTOS MELO  
DATA DE NASCIMENTO 11/03/99  
NOME DA MÃE

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 108960  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1084451  
DATA DO ATENDIMENTO 26/05/18  
HORA DO ATENDIMENTO 09:46  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA X CARRO  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA  
CID 10 S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NA REGIÃO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX OMBRO ESQUERDO, RX CLAVÍCULA ESQUERDA

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX CLAVÍCULA - FRATURA DISTAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

ALTA HOSPITALAR: 07/06/18  
DATA DA EMISSÃO: 22/08/18



  
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO  
CRM: 1873/PB



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:

Tel:

CNES: 6121221

|                                                        |                            |                                          |                                                    |                                              |
|--------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>RENAN DOS SANTOS MELO</b>               |                            | BAE<br><b>1084451</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>26/05/2018 09:46:09</b>    | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>11/03/1999</b>                | Idade<br><b>19a 2m 15d</b> | Sexo<br><b>Masculino</b>                 | CNS<br><b>708100580707635</b>                      | Telefone de Contato<br><b>(83) 986141268</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS AMANCIO</b>      |                            |                                          |                                                    | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>ANDREZA CUNHA BATISTA DA SILVA, 164</b> |                            | Bairro<br><b>JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA</b> | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                    | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                      |                            | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>ALISSON CORDEIRO MOREIRA</b>    | Nº Cons. Regional<br><b>10942/PB</b>         |
| Data/Hora Classificação<br><b>26/05/2018 09:46:09</b>  |                            |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>26/05/2018 09:56:13</b> |                                              |

## Anamnese

PACIENTE SOCORRIDO PELO SAMU APÓS COLISÃO MOTO VS CARRO COM QUEIXA DE DOR EM REGIAO  
AVICULAR ESQUERDA.

É COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, NEGA CONSUMO DE ALCOOL, DESMAIO, NAUSEAS E VÔMITOS. NEGA DOR TORÁCICA E ABDOMINAL; SEM QUEIXA EM MEMBROS E MOBILIDADE PRESERVADA, COM EXCEÇÃO DO MSE. CONSCIENTE E ORIENTADO, EG 15, COM ESCORIAÇÕES EM COTOVELO DIREITO.

CD: ROTINA TRAUMA

AV. ORTO

ALTA DA C. GERAL E A DISPOSIÇÃO PARA REAVALIAÇÃO SE NECESSARIO

## MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: +100ML SF)

## CUIDADOS

**SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA**

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

### LOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

جیڈ 10

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |

### Conduta

Em observação

RENAN DOS SANTOS MELO

ALISSON CORDEIRO MOREIRA  
(CRM: 10942/PB)





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

Número: \_\_\_\_\_

Paciente: Bennan dos Santos Melo

Prontuário: 1084451

Procedimento: TTO Cirúrgico Fratura de 1/3 distal de Clavícula

Data: 05/06/18

SUS: (X) Não SUS ( )

Médico: Drº Tiago + Drº Renna + Daniel (R1)

DISPENSÇÃO CME

| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO                                                | QUANTIDADE |
|------------|---------------------------------------------------------------------|------------|
| Artsintese | Fios de Kirschner Nº 2.0                                            | 02         |
|            | Obs.: 01 ficou no paciente e foi contado e o outro usado como guia. |            |
|            |                                                                     |            |
|            |                                                                     |            |
|            |                                                                     |            |
| Artsintese | Fios de Kirschner 2.0                                               | 03         |

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO  | QUANTIDADE |
|------------|-----------------------|------------|
| B-Braun    | Agulha de plexo A 100 | 01         |
|            |                       |            |
|            |                       |            |
|            |                       |            |

ASSINATURA DO MÉDICO

Daniel Conserva Arruda  
CRM 11184

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Arvalua 476.693 PR



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HTOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HTOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Rennan dos Santos Melo

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1084451

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD, DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD, DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD, DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 agulha de plexo A 100 - B - Braun  
02 Fios de Kirschner 2,0 -> Art. Síntese  
Obs: Ficou no paciente, 01 e foi cortado o outro como guia.

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS

( ) CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS

( ) CPF

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante  
Daniel Consenso Arruda  
MÉDICO  
CRM 274

COMPROMISSO DE RESERVA  
15.01.2008  
PROF. DR. DANIEL CONSENSO ARRUDA  
AC 10





HISTÓRICO  
SP/2018

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: RENAN DOS SANTOS MELO BE/PRONTUÁRIO: 1084451  
IDADE: \_\_\_\_\_ DATA: 05/06/2018  
CLÍNICA /SETOR: \_\_\_\_\_ SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: \_\_\_\_\_ ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_  
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA ESQUERDA  
CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ 1º ASS: DR TIAGO FORMIGA  
2º ASS: DANIEL MR1 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: DRA ROSSANA  
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO                  | CID |
|---------------------------------------------|-----|
| FRATURA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA ESQUERDA |     |
|                                             |     |
|                                             |     |
|                                             |     |
|                                             |     |
|                                             |     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS                                            | CÓDIGO |
|---------------------------------------------------------------------|--------|
| TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA ESQUERDA |        |
| COM ARRARILHA SUBCORACOIDE COM FIO DE ETHIBOND + FIO DE KC          |        |
|                                                                     |        |
|                                                                     |        |
|                                                                     |        |
|                                                                     |        |

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

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:  
☒ ENFERMARIA \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA  
RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

*Daniel Conserva Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

DATA:

05/06/2018

COMPREV  
15 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA                                |
|------------------------------------------------------|
| Posição e Preparo:                                   |
| ANTIBIOTICOPROFILAXIA                                |
| PACIENTE POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA   |
| ASSEPSIA E ANTISSEPSIA                               |
| APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS                        |
| Incisão:                                             |
| INCISAO EM SABRE                                     |
| DIVULSAO + DISSECÇÃO E AVULSAO POR PLANOS ANATOMICOS |
| HEMOSTASIA                                           |
| Achados:                                             |
| VISUALIZAÇÃO DA LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITO   |
| FRATURA DE 1/3 DITAL DE CLAVICULA                    |
| Condução:                                            |
| AMARRILHA SUB-CORACOIDE COM FIO DE ETHIBOND          |
| REDUÇÃO DA FRATURA VISUALIZAÇÃO DIRETA               |
| FIXAÇÃO DA REDUÇÃO COM FIO KC                        |
| LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%                        |
| REVISAO DE HEMOSTASIA                                |
| SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS                         |
| CURATIVOS ESTÉREIS                                   |
| RX DE CONTROLE                                       |
| Fechamento:                                          |
| Observação:                                          |
| HEMI-J                                               |

Médico/CRM:

Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

João Pessoa,

05/06/2018





**NOME DO PACIENTE** Renan dos Santos Melo  
**IDADE** 19 A **BE** 10844 **RIO** ENFERMARIA CB 05/01  
**CIRURGIÃO** Dr. Cirurgião Fratura de fêmur de craniotomia  
**CIRURGIÃO** Dr. Tiago Ribeiro Rangel Daniel (R)  
**ANESTESIA** Bloqueio + Sedação  
**ANESTESISTA** Dr. Rossana  
**INSTRUMENTADOR** / / /  
**DATA** 05/06/18 **HORA CIRÚRGICA - ANESTESIA INÍCIO** 09:45 **FIM** 11:30

**ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)**  
ASA 1 (+) ASA 2 (-) ASA 3 (+) ASA 4 (+) ASA 5 (+)  
(GRUPO DE CONTAMINAÇÃO) LIMPA (+) CONTAMINADA (+) INTERMEDIÁRIA (+) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

| MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS | QTD.                        |    | MATERIAIS (ONS)           | QTD. | FIOS                        | QTD. |
|--------------------------|-----------------------------|----|---------------------------|------|-----------------------------|------|
| ALFENTANIL               |                             |    | JELCO Nº18                |      | FIO CAT GUT CROMADO N°      |      |
| BUPIVACAÍNA ISOBARICA    |                             |    | JELCO Nº20                |      | FIO CAT GUT CROMADO N°      |      |
| BUPIVACAÍNA PESADA       |                             |    | JELCO Nº22                |      | FIO DE AÇO N°               |      |
| CETAMÍN                  |                             |    | JELCO Nº24                |      | FIO DE AÇO N°               |      |
| DROPERIDOL               | SRL 500 OK                  |    | KIT SIST DREN TURQUESA N° |      | FIO DE NYLON N° 2.0 L       |      |
| ETOMIDATO                | SOLUCOES QTD.               |    | LÂMINA BISTURI Nº11       |      | FIO DE NYLON N°             |      |
| TENOBARBITAL             | ALCOOL ETILICO 70% OK       |    | LÂMINA BISTURI Nº15       |      | FIO DE NYLON N°             |      |
| FENTANILA                | PVPi DEGERMANTE OK          |    | LÂMINA BISTURI Nº23       |      | FIO POLIGLACTINA N° 11      |      |
| FLUMAZENIL               | PVPi TINTURA OK             |    | LÂMINA BISTURI Nº24       |      | FIO POLIGLACTINA N°         |      |
| ISOFLURANO               | PVPi TOPICO                 |    | LÂMINA DE DERMATOMO       |      | FIO POLIGLACTINA N°         |      |
| BUPIVACAÍNA C/ VASO      | SABÃO ANTISEPTICO           |    | LÂMINA DE EXERTO          |      | FIO POLIPROPILENO N°        |      |
| BUPIVACAÍNA S/ VASO      | MATERIAIS QTD.              |    | LUVA DE PROCEDIMENTO PAR  | OK   | FIO POLIPROPILENO N°        |      |
| LIDOCAÍNA C/ VASO        | AGULHA 13X4,5               |    | LUVA ESTERIL Nº7,0        | OK   | FIO POLIPROPILENO N°        |      |
| LIDOCAÍNA S/ VASO        | AGULHA 25X07                |    | LUVA ESTERIL Nº7,5        | OK   | FIO POLIGLACTAPRONE N°      |      |
| MIDAZOLAM                | AGULHA 25X08                | L  | LUVA ESTERIL Nº8,0        | L    | FIO SEDA N°                 |      |
| MORFINA                  | AGULHA 40X12                | I  | LUVA ESTERIL Nº8,5        |      | FITA CARDIAC X              |      |
| NIPIBILIM                | AGULHA PERIDURAL Nº16       |    | MASCARA CIRURGICA         | OK   | MATERIAL ESPECIAL           | QTD. |
| PANCURÔNIO               | AGULHA PERIDURAL Nº17       |    | MULTIVIAS                 |      | CATETER DE PIC              |      |
| PETIDINA                 | AGULHA PERIDURAL Nº18       |    | PERFLRADOR DE SORO        |      | CTIMENTO CIRURGICO          |      |
| PROPORFOL                | AGULHA RAQUI Nº25G          |    | SCALP Nº19                |      | CLIP TITÂNIO LIGADURA       |      |
| RAMIFENTANILA            | AGULHA RAQUI Nº26G          |    | SCALP Nº21                |      | FIO DE KIRSCHNER N° 2,0 L-? |      |
| ROCURÔNIO                | AGULHA RAQUI Nº27G          |    | SERINGA 3ML               |      | FIO DE KIRSCHNER            |      |
| SEVOFLURANO              | ALGODÃO ORTOPEDICO          |    | SERINGA 5ML               | I    | FIO STEINMAN N°             |      |
| SUXAMETÔNIO              | ATADURA DE CREPE            | L  | SERINGA 10ML              | I    | FIO STEINMAN N°             |      |
| TIOPENTAL                | ATADURA GESSADA             |    | SERINGA 20ML              | L    | GRANDEADOR CIRURGICO        |      |
| MEDICAMENTOS             | QTD.                        |    | BOLSA P. COLOSTOMIA       |      | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8     |      |
| ADRENALINA               | CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº  |    | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10  |      | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12    |      |
| ÁGUA DESTILADA           | CATETER DE OXIGÊNIO         | I  | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14  |      | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16    |      |
| ATROPINA                 | CATETER EMBOLEC ARTERIAL N° |    | SONDA FOLEY 2VIAS Nº12    |      | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14      |      |
| BEXTRA                   | CATETER EPIDURAL Nº16       |    | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14    |      | SONDA FOLEY 2VIAS Nº16      |      |
| CEFAZOLINA               | CATETER EPIDURAL Nº17       |    | SONDA FOLEY 2VIAS Nº12    |      | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14      |      |
| DIETASINA                | CATETER EPIDURAL Nº18       |    | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14    |      | SONDA FOLEY 2VIAS Nº16      |      |
| NA SÓDICA                | CERA PARA OSSO              |    | SONDA NASOG CURTA         |      | SONDA NASOG LONGA           |      |
| L. URINA                 | COLET. URINA FECHADO        |    | SONDA URETRAL Nº          |      | TORNEIRINHA                 |      |
| FLUROSEMIDA              | COMPRESSAS CIRURGICAS       | X  | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº      |      | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº        |      |
| GLICOSE 50%              | COMPRESSAS CIRURGICAS       |    | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº      |      | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº        |      |
| GLUCONATO DE CALCIO      | DRENO DE PENROSE            |    | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº      |      | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº        |      |
| HIDROCORTISONA           | DRENO DE SUÇÃO              |    | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº      |      | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº        |      |
| LIDOCAÍNA GELEIA         | ELETRODOS                   | OK | TUBO SILICONE (LATEX)     | I    | TUBO SILICONE (LATEX)       |      |
| ONDASENTRONA             | EQUIPO MACROGOTAS           |    |                           |      |                             |      |
| PLASIL                   | EQUIPO TRANSF. SANGUE       |    |                           |      |                             |      |
| PROSTIGMINE              | EQUIPO MICROGOTAS           |    |                           |      |                             |      |
| PROTAMINA                | ESPONJA DE PVPi             |    |                           |      |                             |      |
| TENOXICAN                | ESPARADRAPO                 | OK |                           |      |                             |      |
|                          | GAZES                       | OK |                           |      |                             |      |
|                          | GAZES ALGODOADAS            | OK |                           |      |                             |      |
|                          | GEL ELETROLITICO            | OK |                           |      |                             |      |
|                          | JELCO Nº14                  |    |                           |      |                             |      |
|                          | JELCO Nº16                  |    |                           |      |                             |      |
|                          | LAP                         | OK |                           |      |                             |      |
|                          | LX. AMEBRACO                | OK |                           |      |                             |      |
|                          | CA. COMPLEMENTAR            | OK |                           |      |                             |      |
|                          | BAND. RAQUEL                | OK |                           |      |                             |      |
|                          | SANTIER                     | OK |                           |      |                             |      |
|                          | BREXA 0,5                   |    |                           |      |                             |      |



## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 05/06/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: RENAN DOS SANTOS MELO SEXO: M COR: P IDADE: 19 ANOS

140x80mmmm PULSO 76BPM RESPIRAÇÃO OK TEMPERATURA PESO ± 70 kg GRUPO SANGÜINEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO (OK)

AP. CIRCULATÓRIO (OK)

AP. DIGESTIVO (OK)

ESTADO MENTAL LOTE

DROGAS EM USO VPM

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE 110RA MDZ 2mg IV NA 50

ESTADO FÍSICO (ASA)

ASA I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE CLAVÍCULA (E)

CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA (E)

CIRURGIÃO DR. TIAGO

AUXILIARES DR. RENNA

INÍCIO DA ANESTESIA 9:15h TÉRMINO DA ANESTESIA 11:30h

DURAÇÃO DA ANESTESIA 2 HORAS E 15 MINUT

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CHL

VALORES RS

Dr. ROSSANA L.M.F. VALE CPF 690.882.174-91

CRM-PB 4229

RESISTÊNCIA 9:15 10:15 11:15

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

LÍQUIDOS VENOSOS

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

TÉCNICA BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL (E) (INTERESCALENICO + AXILAR)

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1 DORMONID - 2mg IV 11

2 NOVABUPI 0,33% - (30 ml) (INTERESCALENICO)

3 LIDOCAÍNA 1,5% - (30 ml) (INTERESCALENICO)

4 CEFAROLINA - 2g IV 14

5 DEXAMETASONA - 20mg IV 15

6 NAUSEDRON - 8mg IV 16

7 TILATIL - 40mg IV 17

8 DIPIRONA - 2amp. IV 18

9 19

10 20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Renan dos Santos Melo

Anestesiologista

CRM 4229



## Documento de Alta

|                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                   |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Nome:</b><br>RENAN DOS SANTOS MELO                                                                                                                                                                       |                           | <b>Número Prontuário:</b><br>108960               |                                             |
| <b>Data de</b><br>11/03/1999                                                                                                                                                                                | <b>Sexo:</b><br>Masculino | <b>Data de Internação:</b><br>26/05/2018 13:02:06 | <b>Data de Alta:</b><br>07/06/2018 13:14:36 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA MEDICA                                                                                                                                                                       |                           |                                                   |                                             |
| <b>Conduta:</b><br>PACIENTE INTERNADO COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 1/3 DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO. HOJE SE ENCONTRA EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR.              |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resumo da Internação:</b><br>PACIENTE INTERNADO COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 1/3 DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO. HOJE SE ENCONTRA EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR. |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resultado de Exames:</b><br>FRATURA DO 1/3 DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA                                                                                                                                  |                           |                                                   |                                             |
| <b>Tratamento:</b><br>TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO 1/3 DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA - DR. RENNÁ / DR. TIAGO FORMIGA - 05-06-2018                                                                      |                           |                                                   |                                             |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S42.0 - Fratura da clavícula                                                                                                                                                         |                           |                                                   |                                             |
| <b>Recomendações:</b><br>ORIENTAÇÕES CURATIVO DIÁRIO PRESCRIÇÃO P/CASA RETORNO COM 07 DIAS                                                                                                                  |                           |                                                   |                                             |

Data: 07/06/2018

Dr. Marcos Vinícius A. Freitas  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Quadril  
CRM: 76927 / CBO: 3621.01.01

MARCOS VINÍCIOS AMORIM  
FREITAS  
CRM: 7605 - PB



PatientID:  
Name:

000000064516

RENAN DOS SANTOS MELO

Sex:

Masculino

BirthDate:

11.03.1999

Age:

19a

StudyDate: 27.08.2018



E

Image: 1 Series: 1

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
05 FEV. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



PatientID:  
Name:

001201201

RENAN DOS SANTOS MELO

Sex:  
BirthDate:  
Age:

Masculino  
11.03.1999  
19a



StudyDate: 28.01.2019

Image 1 (Series)

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

03 FEV. 2019

PROTOCOLO  
DO PESSOA



# Receituário Médico



Seueto Sousa da Costa Melo,  
19 anos, Masculino foi submetido  
a tratamento Cirúrgico por Luxação  
Acromioclavicular - fratura em Jato  
seguida no Jato de 2018.

No exame realizado em alta  
Muito definitivo.

Dr. Tasso Martins Formiga  
Ortopedia e Traumatologia  
RUA CRUZEIRO 24411 CRM-PE  
TELEFONE 4830

Data: 26/11/19

Médico - CRM

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

F(NG).CC.002-15 FEV. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



NOME DO NASCENTO  
JOÃO

11/03/1999

DATA DE NASCIMENTO  
28/02/2013

A black and white photograph of a document, likely a passport or official form. The document is oriented vertically. At the top, there is a crest or coat of arms featuring a shield with a crown on top. Below the crest, there is a large, dark, textured area that appears to be a stamp or a photograph. The document is framed by a decorative border with circular patterns. The overall image is grainy and has a high-contrast, black and white appearance.

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                                                           |  |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO                                                                |  |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO                                                                 |  |
| NOME<br>ALEXANDRA CESAR DUARTE                                                                   |  |
| <div>  </div>  |  |
| DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO Nº<br>2627718 SSP PB                                           |  |
| CPF<br>046.502.754-74 DATA NASCIMENTO<br>21/08/1982                                              |  |
| FUNÇÃO<br>ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE<br>MARCIA CESAR DUARTE                                      |  |
| PERMISSÃO ACC CATIA                                                                              |  |
| Nº REGISTRO 01851269660 VALIDADE 14/01/2019 1ª EMISSÃO 29/06/2001                                |  |
| OBSERVAÇÕES                                                                                      |  |
| <div>  </div> |  |
| LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014                                                    |  |
| <div>  </div> |  |
| 66588356744 78027919595                                                                          |  |

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





|                    |            |
|--------------------|------------|
| 28/02/2013         | ONAL       |
| DATA DE NASCIMENTO | 11/03/1999 |
| RIO JOÃO           |            |



COMPRESSE/SE  
 13 JUL 2013  
 PROTOCOLO  
 010100010



| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                                                           |  |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO                                                                |  |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO                                                                 |  |
| NOME<br>ALEXANDRA CESAR DUARTE                                                                   |  |
| <div>  </div>  |  |
| DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO Nº<br>2627718 SSP PB                                           |  |
| CPF<br>046.502.754-74 DATA NASCIMENTO<br>21/08/1982                                              |  |
| FUNÇÃO<br>ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE<br>MARCIA CESAR DUARTE                                      |  |
| PERMISSÃO ACC CATIA                                                                              |  |
| Nº REGISTRO 01851269660 VALIDADE 14/01/2019 1ª EMISSÃO 29/06/2001                                |  |
| OBSERVAÇÕES                                                                                      |  |
| <div>  </div> |  |
| LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014                                                    |  |
| <div>  </div> |  |
| 66588356744<br>78027919595                                                                       |  |

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUL. 2018  
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 / OUTRO DOCUMENTO  
2627718 SSP PB

CNPJ  
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO  
21/08/1982

ENDEREÇO  
ALEXANDRE DE ARAUJO  
DUARTE  
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO ACC CATIA  
D

Nº REGISTRO 01851269660 VALIDADE 14/01/2019 1ª EMISSÃO 29/06/2001

OBSERVAÇÕES

*Alexandra Cesar Duarte*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014

*Rodolfo Carneiro*  
ASSINATURA DO EMISOR 66588356744  
78027919595

PROIBIDO PLASTIFICAR 894056231

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



LEI Nº 7.167/73 - DOBRO DO VALOR DO TITULO

704.521.234-80  
CPF

CELESTAS  
Pessoa-PB

CERT. NASC. Nº 12647 - LV/A-10 - FLS. 170 - CARTORIO JOAO

DOC. ORDEM

RIO TINTO-PB

NATURALIDADE

JOSEILDO HONORATO DE MELO  
MARIA DAS GRAÇAS DOS SANTOS AMANCIO

RELACAO

REMAN DOS SANTOS MELO

NOVO

REGISTRO 4.120.886  
DATA DE 28/02/2013  
EXPECIAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237





Reman dos Santos Melo

CARTERNA DE IDENTIDADE

COMITÊ PREVIDENCIÁRIO

12 FEV. 2019

PROTOCOLO

000000000

LEI Nº 7.167/73 - ART. 1º, II

704.521.234-80

CPF

PESSOA-PB

CERT. NASC. Nº 12647 - LV/A-10 - FLS. 170 - CARTORIO JOAO

DOC ORDEM

RIO TINTO-PB

NATURALIDADE

JOSEILDO HONORATO DE MELO

MARIA DAS GRAÇAS DOS SANTOS AMANCIO

RELACÃO

REMAN DOS SANTOS MELO

NOVO

REGISTRO

4.120.886

DATA DE

28/02/2013

EXPECÇÃO

DATA DE NASCIMENTO

11/03/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237





Reman dos Santos Melo

CARTERNA DE IDENTIDADE

COMITÊ PREVIDENCIÁRIO

12 FEV. 2019

PROTOCOLO

000000000



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

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

Número do Sinistro: **3190098347**

Nome do(a) Examinado(a): **RENAN DOS SANTOS MELO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Andreza Cunha Batista da Silva, 184 - José Américo - João Pessoa - PB - CEP 58074-709**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **4120886**

Data e local do acidente: [ **26/05/2018** ] **JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [ **12/03/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**Fratura da clavícula esquerda**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**26-05-2018 AO EXAME :CICATRIZ ANTERIOR EM OMBRO ESQUERDO COM RETRAÇÃO DE PELE COM LIMITAÇÃO DE 50% DE ELEVAÇÃO ,RI,RE+ABDUÇÃO OMBRO ESQUERDO**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**CIRURGIA EM E ALTA EM 07-06-2018 FEZ FISIOTERAPIA(SIC) +ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**LIMITAÇÃO MOTORA**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

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

( ) "Sem sequela permanente" (Não

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

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

Número do Sinistro: **3190098347**

Nome do(a) Examinado(a): **RENAN DOS SANTOS MELO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Andreza Cunha Batista da Silva, 184 - José Américo - João Pessoa - PB - CEP 58074-709**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **4120886**

Data e local do acidente: [ **26/05/2018** ] **JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [ **12/03/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**Fratura da clavícula esquerda**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**26-05-2018 AO EXAME :CICATRIZ ANTERIOR EM OMBRO ESQUERDO COM RETRAÇÃO DE PELE COM LIMITAÇÃO DE 50% DE ELEVAÇÃO ,RI,RE+ABDUÇÃO OMBRO ESQUERDO**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**CIRURGIA EM E ALTA EM 07-06-2018 FEZ FISIOTERAPIA(SIC) +ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**LIMITAÇÃO MOTORA**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

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

( ) "Sem sequela permanente" (Não

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190098347 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN DOS SANTOS MELO **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula esquerda

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: CICATRIZ ANTERIOR EM OMBRO ESQUERDO COM RETRAÇÃO DE PELE, COM LIMITAÇÃO MODERADA DE ELEVAÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA, ROTAÇÃO EXTERNA, ABDUÇÃO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZOU CIRURGIA. ALTA EM 07-06-2018.  
FEZ FISIOTERAPIA (SIC) +ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

## 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 dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190098347 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN DOS SANTOS MELO **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula esquerda

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: CICATRIZ ANTERIOR EM OMBRO ESQUERDO COM RETRAÇÃO DE PELE, COM LIMITAÇÃO MODERADA DE ELEVAÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA, ROTAÇÃO EXTERNA, ABDUÇÃO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZOU CIRURGIA. ALTA EM 07-06-2018.  
FEZ FISIOTERAPIA (SIC) +ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

## 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 dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190098347 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN DOS SANTOS MELO **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula esquerda

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: CICATRIZ ANTERIOR EM OMBRO ESQUERDO COM RETRAÇÃO DE PELE, COM LIMITAÇÃO MODERADA DE ELEVAÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA, ROTAÇÃO EXTERNA, ABDUÇÃO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZOU CIRURGIA. ALTA EM 07-06-2018.  
FEZ FISIOTERAPIA (SIC) +ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

## 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 dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190098347 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN DOS SANTOS MELO **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 26/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DISTAL ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190098347 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN DOS SANTOS MELO **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 26/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DISTAL ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Renan dos Santos Melo,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
Estudante, CI RG nº 4.120.886,  
CPF/MF nº 704.521.234-88, residente e domiciliado(a) à Rua  
R. Alexandra cunha Batista da Silva 184 Joo America,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 580 00000, telefone  
(83) 99105-5363, (83) 98663-4900.

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 Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

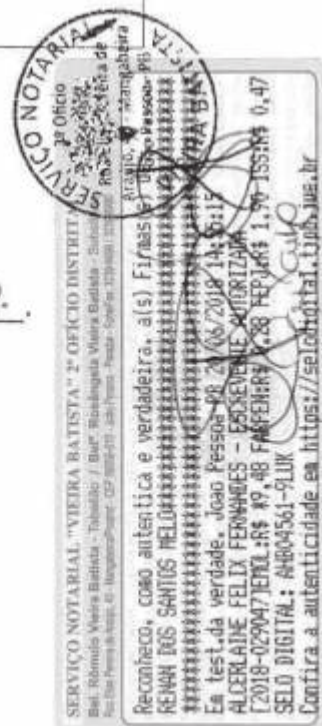
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos 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.

João Pessoa, 20 de Junho de 2018.

CARTÓRIO

  
VIEIRA BATISTA

Renan dos Santos Melo  
OUTORGANTE





# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Renan dos Santos Melo,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
Estudante, CI RG nº 4.120.886,  
CPF/MF nº 704.521.234-88, residente e domiciliado(a) à Rua  
R. Alexandra cunha Batista da Silva 184 Joo America,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 580 00000, telefone  
(83) 99105-5363, (83) 98663-4900.

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 Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

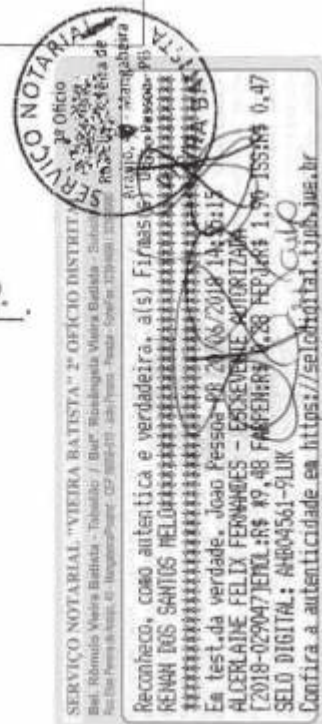
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos 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.

João Pessoa, 20 de Junho de 2018.

CARTÓRIO

  
VIEIRA BATISTA

Renan dos Santos Melo  
OUTORGANTE



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Renan dos Santos Melo,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
Estudante, CI RG nº 4.120.886,  
CPF/MF nº 704.521.234-88, residente e domiciliado(a) à Rua  
R. Alexandra cunha Batista da Silva 184 Joo America,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 580 00000, telefone  
(83) 99105-5363, (83) 98663-4900.

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 Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

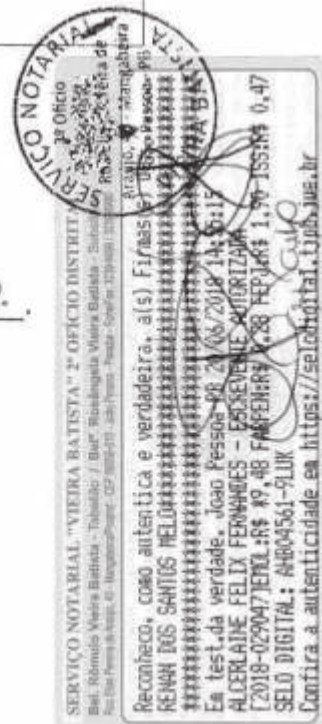
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos 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.

João Pessoa, 20 de Junho de 2018.

CARTÓRIO

  
VIEIRA BATISTA

Renan dos Santos Melo  
OUTORGANTE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375303/18

**Número do Sinistro:** 3180483367

**Vítima:** RENAN DOS SANTOS MELO

**CPF:** 704.521.234-88

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 26/05/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RENAN DOS SANTOS  
MELO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentos de identificação

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042251/19

**Vítima:** RENAN DOS SANTOS MELO

**CPF:** 704.521.234-88

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 26/05/2018

**Titular do CPF:** RENAN DOS SANTOS  
MELO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### RENAN DOS SANTOS MELO : 704.521.234-88

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/02/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042251/19

**Número do Sinistro:** 3190098347

**Vítima:** RENAN DOS SANTOS MELO

**CPF:** 704.521.234-88

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 26/05/2018

**Titular do CPF:** RENAN DOS SANTOS  
MELO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/02/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042251/19

**Número do Sinistro:** 3190098347

**Vítima:** RENAN DOS SANTOS MELO

**CPF:** 704.521.234-88

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 26/05/2018

**Titular do CPF:** RENAN DOS SANTOS MELO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentos de identificação

**ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

\_\_\_\_\_  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375303/18

**Vítima:** RENAN DOS SANTOS MELO

**CPF:** 704.521.234-88

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 26/05/2018

**Titular do CPF:** RENAN DOS SANTOS MELO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### RENAN DOS SANTOS MELO : 704.521.234-88

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/10/2018  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190098347 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN DOS SANTOS MELO **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 26/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DISTAL ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

---

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190098347**

**Vítima: RENAN DOS SANTOS MELO**

**Data do Acidente: 26/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RENAN DOS SANTOS MELO**

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







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

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190098347**                      **Vítima: RENAN DOS SANTOS MELO**

**Data do Acidente: 26/05/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

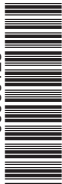
**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190098347

Vítima: RENAN DOS SANTOS MELO

Data do Acidente: 26/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RENAN DOS SANTOS MELO**

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 dos ombros

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: **RENAN DOS SANTOS MELO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001010**

Conta: **0000037013-3**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

70452123488

Nome completo da vítima

Renan dos Santos Melo

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

|                                            |                       |                                     |                                   |
|--------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Nome completo<br>Renan dos Santos Melo     |                       | CPF titular da conta<br>70452123488 | Profissão<br>Recuso               |
| Endereço<br>Rua Andressa Gynha B. da Silva | Número<br>184         | Complemento                         |                                   |
| Bairro<br>José Américo                     | Cidade<br>João Pessoa | Estado<br>PB                        | CEP<br>58000-000                  |
| E-mail                                     |                       |                                     | Telefone (DDD)<br>(88) 9 86634900 |

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        |                                                           |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00           |                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) |                                                        | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) |                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)                                                                                                                                                                    |                                                        |                                                           |                                                        |
| AGÊNCIA<br>NRQ<br>3010                                                                                                                                                                                                               | D/V<br>[ ]                                             | CONTA<br>NRQ<br>37013                                     | D/V<br>3                                               |
| (Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                         |                                                        | (Informar dígito se existir)                              |                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        | AGÊNCIA<br>NRQ<br>[ ]                                     | D/V<br>[ ]                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        | CONTA<br>NRQ<br>[ ]                                       | D/V<br>[ ]                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        | (Informar dígito se existir)                              |                                                        |

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

João Pessoa 15 de Outubro de 2018

Local e Data

x. Renan dos Santos Melo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Após

268-664971523-2

25/SET/2018

HORA DE 12:27:55

LOT. 13.017577-3

TERM 040833

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 1010

CONTROLE: 268400138

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: RENAN DOS SANTOS MELO

AGENCIA: 1010

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.037.013-3

DATA DA ABERTURA: 25/09/2018

LOTerias CAIXA

268-664971523-2

23 VIA

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
15 JUL. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01839.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01839.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:54 horas do dia 26 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Renan dos Santos Melo**, CPF nº 704.521.234-88, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Maria das Graças dos Santos Amancio e Josenildo Honorato de Melo, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 11/03/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Andreza Cunha Batista da Silva, Nº 164, bairro José Américo, tendo como ponto de referência Cemitério, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98713-5456.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av Pedro II, Radio Tabajara, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/05/18 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

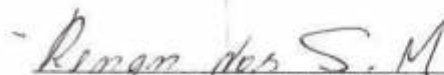
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante trafegava com pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:honda/nrx BROS MIX ES, ano e modelo:2010 de cor preta, placa:MOV 5434/PB, chassi nº 9C2KD0520AR030027, registrado em nome de :Mateus Lucas Paulino Ramalho-CPF nº 008.075.274-83;QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão na faixa da direita, quando um veículo fez uma conversão para a direita sem se quer sinalizar e sem ter a devida atenção,que devido a imprudência terminou por colidir com o notificante que foi jogado ao chão;QUE o causador do acidente ficou no local até a chegada do SAMU; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 22.08.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42,0

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, 26 de setembro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
RENAN DOS SANTOS MELO  
Notificante







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01839.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01839.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:54 horas do dia 26 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Renan dos Santos Melo**, CPF nº 704.521.234-88, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Maria das Graças dos Santos Amancio e Josenildo Honorato de Melo, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 11/03/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Andreza Cunha Batista da Silva, Nº 164, bairro José Américo, tendo como ponto de referência Cemitério, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98713-5456.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av Pedro II, Radio Tabajara, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/05/18 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

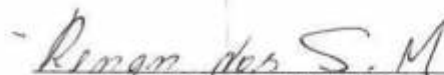
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante trafegava com pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:honda/nrx BROS MIX ES, ano e modelo:2010 de cor preta, placa:MOV 5434/PB, chassi nº 9C2KD0520AR030027, registrado em nome de :Mateus Lucas Paulino Ramalho-CPF nº 008.075.274-83;QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão na faixa da direita, quando um veículo fez uma conversão para a direita sem se quer sinalizar e sem ter a devida atenção,que devido a imprudência terminou por colidir com o notificante que foi jogado ao chão;QUE o causador do acidente ficou no local até a chegada do SAMU; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 22.08.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42,0

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, 26 de setembro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
RENAN DOS SANTOS MELO  
Notificante





**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

**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: Renan dos Santos Melo

CPF da Vítima

CPF da Vítima 70452123488

Data do Acidente

Data do Acidente  
26/05/2018

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telephone (DDD)

ordância com a futura avaliação

15 JUL 2016

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Local e Data

Local e Data

Almanaque dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

