

---

**Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190020431**

**Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDUARDO BARBOSA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190020431**

**Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), EDUARDO BARBOSA DA SILVA**

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

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190020431

Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 03/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO BARBOSA DA SILVA

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 00000105735-0

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro da ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 128.776.494-07 Nome completo da vítima: Eduardo Barbosa da Silva

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

Nome completo: Eduardo Barbosa da Silva CPF: 128.776.494-07

Profissão: Reciclador Endereço: Rua São Miguel Número: SIN Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Baia da Traição Estado: PB CEP: 58295-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 105735

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou esposa (ou marido) (ou filho)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, PB 08/01/2019

Nome: Eduardo Barbosa da Silva

CPF: 128.776.494-07

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: COMPREV

CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Eduardo Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

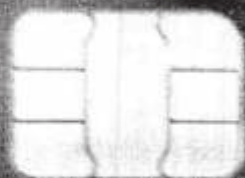
(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

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



**CAIXA**

**POUPANÇA**



**5067 2250 7586 8499**

5067

VÁLIDO ATÉ

**10/24**

**EDUARDO BARBOSA DA SILVA**

**0044 013 00105735-0**

el

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2019

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10219.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10219.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:25 horas do dia 28 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Eduardo Barbosa da Silva**, CPF nº 128.776.494-07, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Reciclador, filho(a) de Lindinalva Maria Braga e Cecilio Barbosa da Silva, natural de Sirinhaem/PE, nascido(a) em 20/05/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Miguel, bairro Centro, tendo como ponto de referência Aldeia São Miguel, na cidade de Baía da Traição/PB, telefone(s) para contato (83) 98731-6682.

#### **Dados do(s) Fatos:**

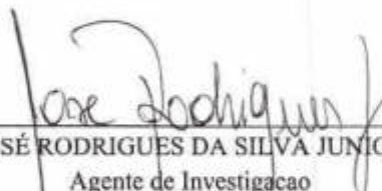
Local: Vila São Miguel, Vila São Miguel, Baía da Traição/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/02/18 08:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 03/02/2018, POR VOLTA DAS 08:30, ESTAVA DE CARONA EM UMA MOTOCICLETA, QUANDO O PILOTO DA MESMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO; QUE O PILOTO DA MOTOCICLETA EVADIU-SE APÓS A QUEDA E NÃO SOCORREU ESTE NOTIFICANTE; QUE ESTE NOTIFICANTE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL DE TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO, COM CID S72.3 E REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO CONSTANTE NO PRONTUÁRIO 110248, ASSINADO PELO MÉDICO EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM/PB 2516; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

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, 28 de dezembro de 2018.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
EDUARDO BARBOSA DA SILVA  
Noticiante





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro da ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 128.776.494-07 Nome completo da vítima: Eduardo Barbosa da Silva

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

Nome completo: Eduardo Barbosa da Silva CPF: 128.776.494-07

Profissão: Reciclador Endereço: Rua São Miguel Número: SIN Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Baia da Traição Estado: PB CEP: 58295-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 105735

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou herdeiros (var nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, PB 08/01/2019

Nome: Eduardo Barbosa da Silva

CPF: 128.776.494-07

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: COMPREV

CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

08 JAN 2019

PROTOCOLO

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Eduardo Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

**CAIXA**

**POUPANÇA**



**5067 2250 7586 8499**

5067

VÁLIDO ATÉ

**10/24**

**EDUARDO BARBOSA DA SILVA**

**0044 013 00105735-0**

el

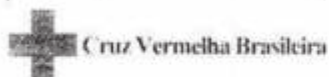
**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2019

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1098951



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1312642	Nome EDUARDO BARBOSA DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/05/1996	Idade 22 anos 3 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110248
Mãe LINDINALVA MARIA BRAGA	Pai CECILIO BARBOSA DA SILVA			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - PAI	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987316682	DDD Fixo 83	Fone Fixo 999438493	
Tipo documento RESERVISTA	Número documento 7997604	Nº Cns 706003341958448		
Local de procedência BAIA DA TRAIÇAO			Tipo MUNICIPIO	UF PB
País	Naturalidade SIRINHAÉM	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58295000	Município de residência BAIA DA TRAIÇAO	UF PB	Logradouro SAO MIGUEL	
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 03/08/2018 13:21:57	Número da pulseira 1000006096068	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco			Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte -SGATE - BOMBEIROS		Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
ECG [ ]				
Ultrasonografia [ ]				
Dados clínicos				
<div style="text-align: center;"> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</p> <p>08 JAN. 2019</p> <p><b>PROTOCOLO</b></p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div>				
Assinado por DE OLIVEIRA PORTO				CID Tempo 01min 05seg

Imprimir



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDUARDO BARBOSA DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 20/05/96  
NOME DA MÃE LINDALVA MARIA BRAGA

### DADOS EXTRAÍDOS

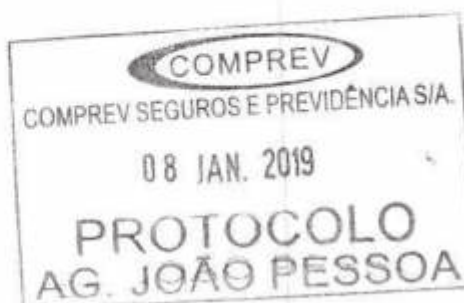
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.098.951  
Nº PRONTUARIO 110.248  
DATA DO ATENDIMENTO 03/02/18  
HORA DO ATENDIMENTO 13:21  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E  
CID 10 S 72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo Corpo de Bombeiros, há cerca de 1 hora, encaminhado do hospital geral de Mamanguape-PB, apresentando dor, deformidade e crepitação em coxa E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P  
RX do tórax - AP  
RX da bacia - AP  
RX da coxa E - AP e P  
RX do joelho E - AP e P  
RX da perna E - AP e P



### TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Raiff Gonçalves e Dr. Indalécio Pacelli no 1º tempo e pelo Dr. Rodrigo Amaral e José Rodriguez no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 19/08/18  
DATA DA EMISSÃO: 16/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORTOPEDISTA  
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB



# 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: 21/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 104

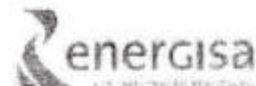
AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000105735-0

---

Nr. da Autenticação 1759F14213336869

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não assegurado em corte

Para garantir o pagamento de fatura, recorra ao agente energia. Nº 016.572.785

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cravo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600  
CNPJ 09.890.182 / 0501-40 - Ins. Est. 16.015.525-0

**DADOS DO CLIENTE**  
EDUARDO BARBOSA DA SILVA  
RUA SAO MIGUEL S/N CASA  
BAIADA TRAIÇÃO

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**  
5/1364073-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2018	05/12/2018	17	12/12/2018	R\$ 0,00

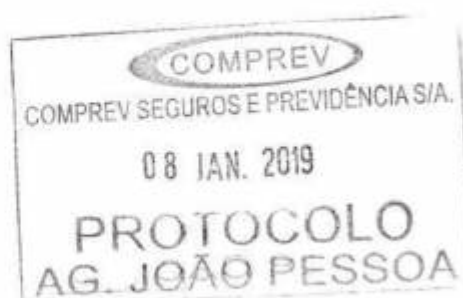
Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



CONFIRMAÇÃO

EDUARDO BARBOSA DA SILVA  
Roteiro: 02-015-208-0240  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 12/12/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
12/12/2018	R\$ 0,00	1364073-2018- 12-0







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 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular SUSEP nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que 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, com a 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 e resseguro.

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

Pelo exposto, eu João Pessoa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eduardo Barbosa da Silva (a) no CPF sob o Nº 128.776.494 / 07 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade Eduardo Barbosa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.776.494 / 07 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		Número	Complemento
Rua Agente Fiscal Jose Costa Duarte		157	Sala 06
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Mangabeira	João Pessoa	PB	58056-384
Email	Telefone comercial DDD)		Telefone celular (DDD)

João Pessoa de 08 de Janeiro de 2019  
Local e Data

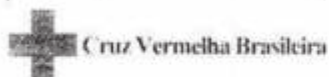
Assinatura do Declarante

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS

08 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1098951



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1312642	Nome EDUARDO BARBOSA DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/05/1996	Idade 22 anos 3 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110248
Mãe LINDINALVA MARIA BRAGA	Pai CECILIO BARBOSA DA SILVA			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - PAI	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987316682	DDD Fixo 83	Fone Fixo 999438493	
Tipo documento RESERVISTA	Número documento 7997604	Nº Cns 706003341958448		
Local de procedência BAIA DA TRAIÇAO			Tipo MUNICIPIO	UF PB
raça	Naturalidade SIRINHAÉM	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58295000	Município de residência BAIA DA TRAIÇAO	UF PB	Logradouro SAO MIGUEL	
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 03/08/2018 13:21:57	Número da pulseira 1000006096068	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco			Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte -SGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
ECG [ ]				
Ultrasonografia [ ]				
Dados clínicos				
<div style="text-align: center;"> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</p> <p>08 JAN. 2019</p> <p><b>PROTOCOLO</b></p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div>				
Assinado por DE OLIVEIRA PORTO				CID
				Tempo 01min 05seg

Imprimir



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDUARDO BARBOSA DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 20/05/96  
NOME DA MÃE LINDALVA MARIA BRAGA

### DADOS EXTRAÍDOS

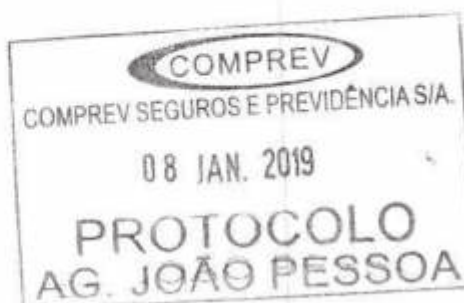
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.098.951  
Nº PRONTUARIO 110.248  
DATA DO ATENDIMENTO 03/02/18  
HORA DO ATENDIMENTO 13:21  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E  
CID 10 S 72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo Corpo de Bombeiros, há cerca de 1 hora, encaminhado do hospital geral de Mamanguape-PB, apresentando dor, deformidade e crepitação em coxa E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P  
RX do tórax - AP  
RX da bacia - AP  
RX da coxa E - AP e P  
RX do joelho E - AP e P  
RX da perna E - AP e P



### TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Raiff Gonçalves e Dr. Indalécio Pacelli no 1º tempo e pelo Dr. Rodrigo Amaral e José Rodriguez no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 19/08/18  
DATA DA EMISSÃO: 16/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORTOPEDISTA  
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDUARDO BARBOSA DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 20/05/96  
NOME DA MÃE LINDALVA MARIA BRAGA

### DADOS EXTRAÍDOS

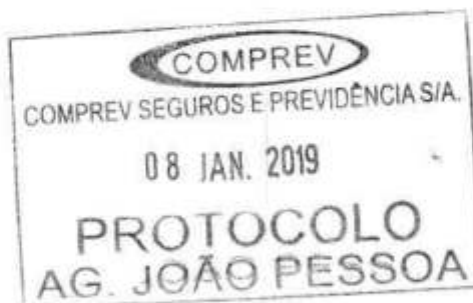
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.098.951  
Nº PRONTUÁRIO 110.248  
DATA DO ATENDIMENTO 03/02/18  
HORA DO ATENDIMENTO 13:21  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E  
CID 10 S 72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo Corpo de Bombeiros, há cerca de 1 hora, encaminhado do hospital geral de Mamanguape-PB, apresentando dor, deformidade e crepitação em coxa E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P  
RX do tórax - AP  
RX da bacia - AP  
RX da coxa E - AP e P  
RX do joelho E - AP e P  
RX da perna E - AP e P



### TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Raiff Gonçalves e Dr. Indalécio Pacelli no 1º tempo e pelo Dr. Rodrigo Amaral e José Rodriguez no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 19/08/18  
DATA DA EMISSÃO: 16/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORTOPEDISTA  
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



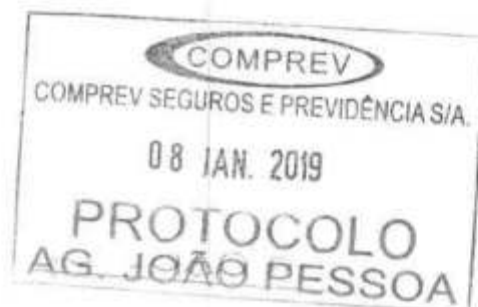
GOVERNO  
DA PARAÍBA

Documento de Alta

<b>Nome:</b> EDUARDO BARBOSA DA SILVA			<b>Número Prontuário:</b> 110248
<b>Data de:</b> 20/05/1996	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 03/08/2018 17:53:31	<b>Data de Alta:</b> 19/08/2018 09:25:53
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> Paciente internado com diagnóstico de fratura da diáfise femoral esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Procedimento sem intercorrências. Hoje apresenta-se em condições de alta hospitalar.			
<b>Resumo da Internação:</b> Paciente internado com diagnóstico de fratura da diáfise femoral esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Procedimento sem intercorrências. Hoje apresenta-se em condições de alta hospitalar.			
<b>Resultado de Exames:</b>			
<b>Tratamento:</b> Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise femoral - 19/08/2018 - Dr. Rodrigo Amaral			
<b>Diagnóstico:</b> S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur			
<b>Recomendações:</b> Retorno com 07 dias Orientações Evitar carga no membro inferior esquerdo			

Data: 19/08/2018

MARCOS VINÍCIOS AMORIM  
FREITAS  
CRM: 7605 - PB





## ASSISTENCIAIS

Endereço: RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn, PB 057, MAMANGUAPE - PB, 58280000

Tel: 32929050

CNES: 7666772

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
EDUARDO BARBOSA DA SILVA	283741	03/08/2018 11:37:05	2018-08-03 12:22:55.0
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
20/05/1996	22a 2m 14d	Masculino	706003341958448
Mãe			Telefone de Contato
LINDALVA MARIA BRAGA			(83) 00000000
Endereço	Bairro	Município	UF
SAO MIGUEL, S/N - CASA	CENTRO	BAIA DA TRAIÇAO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA	11253/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
03/08/2018 12:16:22		03/08/2018 12:22:59	

## Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, SEM CAPACETE, HÁ APROXIMADAMENTE 1H.

## Exame Físico

DR E CREPTAÇÃO A PALPAÇÃO EM COXA ESQUERDA. GLASGOW 15, PUPILAS ISO/FOTOREATIVAS. PACIENTE COLABORATIVO E ESTÁVEL.

## CID10

Código	Descrição
S72.8	Fraturas de outras partes do fêmur

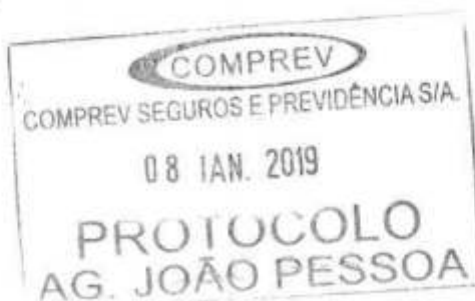
## Conduta

Alta médica

## Alta Hospitalar

Usuário  
LUIS MARCOS MACHADO DE LIMAData e Hora  
03/08/2018 12:22:55Motivo de Alta  
ALTA MEDICAObservações  
REGULAÇÃO AO TRAUMA

EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Drª Lourdes Gabrielle Lima Beltrão  
Médica  
CRM-PB: 10.281  
CRM-PE: 24.808LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA  
(CRM: 11253/PB)



Assessoria Jurídica de Planejamento e Gestão  
Secretaria de Saúde, 101



GOVERNO  
PARAÍBA

# RESULTADOS E ASSISTÊNCIA

16/03/2019 - ORESTES LASSOA SR, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 68031090

22/03/2019  
22/03/2019

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Idade
JOAO PESSOA DA SILVA	Masculino	10/03/1957	62 anos
Endereço	Cidade	UF	CEP
22a. Sm. 1a. Etapa	João Pessoa	PB	58031-090
Telefone de Contato	Profissão		
(83) 997316382			
Nome do Médico	Sexo	Data de Nascimento	Idade
DR. TIBÉRIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Masculino	10/03/1957	62 anos
Endereço	Cidade	UF	CEP
22a. Sm. 1a. Etapa	João Pessoa	PB	58031-090
Telefone de Contato	Profissão		
(83) 997316382			

## TESTES

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA  
TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA  
TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA  
TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA  
TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

TESTE DE LIT. DE VOTO SEM USO DE CAPACETE. REFERE QUE ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE NGA  
ROD. 22. CONDIÇÃO NEGATIVA

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 JAN. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG JOÃO PESSOA**

Dr. Tibério Vanomark  
Ortopedia / Cirurgia de Mão  
CRM/PB 3252 | TEOT 14840

Dr. Tibério Vanomark  
Ortopedia / Cirurgia de Mão  
CRM/PB 3252 | TEOT 14840



En obs = 0,000

ANTONIO A. RIBEIRO DA SILVA

**Figure 1**

Dr. Tiberio Vanomart  
Oficina / Cargo de 2010  
CRM/PB.32525-7 TEOT 14000

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Edson Roberto do Silva BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1 / 1 / 1  
Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Fixação de fratura do fêmur  
Cirurgião: Dr. Rodrigo Racional 1º Assistente: Dr. João Pessoa  
2º Assistente: Dr. João Pessoa 3º Assistente: Dr. João Pessoa  
Instrumentador: Cláudio Anestesista: Dr. João Pessoa  
Tipo de Anestesia: Local Horário: Início \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_: Término \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RFT</u>	

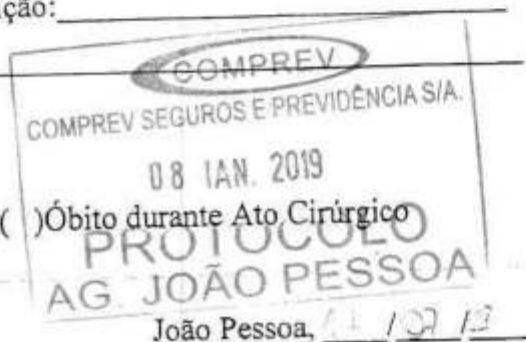
Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Paciente em ORH sob Sargemintoxil
- Antepsia + antissepsia + aplicação de campo estéril

### Incisão:

- Incisão do lado esquerdo
- Sutura por planos anatômicos

### Achados:

- Fratura desfilada do fêmur esquerdo

### Conduta:

- Realizado fechamento de fratura do fêmur
- Realizado a placa de fixação de 12.5cm + 09 parafusos
- Realizado lavagem de p. site cirúrgico com SF-01

### Fechamento:

- Os planos anatômicos
- Retirada da pele
- Alentejo compressão

### Observação:

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 14/02/19

Médico/CRM:



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HISTÓRICO

NOME: **EDUARDO BARBOSA DA SILVA** BE/PRONTUÁRIO: **1098951**  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: **3/8/2018**  
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: **TRAÇÃO TRANSESQUELETICA DE TIBIAL ESQUERDO**  
  
CIRURGIÃO: **DR RAIFF** 1º ASS: **DR PACELLI**  
2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
TIPO DE ANESTESIA: **SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CODIGO
TRAÇÃO TRANSESQUELETICA EM TIBIAL ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDENCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_



*Daniel Conserva*  
CRM 11134



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

FORMULÁRIO  
1992 1991

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
INCISÃO EM FACE LATERAL DE TIBIA ESQUERDA
Achados:
Condução:
PASSAGEM DE FIO KC 5 MM PARA TRAÇÃO TRANSTIBIAL E EM 1/3 SUPERIOR DE TIBIA ESQUERDA
CURATIVOS ESTERES
10KGS EM TRAÇÃO TRANSESQUELETICA
RAIO-X CONTROLE
Fechamento:
Observação:
10 KGS EM TRAÇÃO TRANSESQUELETICA

Médico/CRM:

Daniel Pinheiro  
N.º 11134  
CRM

João Pessoa,

3/8/2016

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: <b>Edgardo Barbosa Silva</b>						
IDADE: <b>26</b> ANOS SEXO: <b>M</b> PRONTO SOFÁ: <b>10389</b> UNIDADE: <b>10389</b> LEITO: <b>10389</b>						
CIRURGIÃO: <b>Roberto S. Pina</b> ANESTESISTA: <b>André</b>						
ANESTESIA: <b>Sedação</b>						
INSTRUMENTAÇÃO: <b>10389</b>						
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: <b>16:20</b> - FIM: <b>16:30</b>						
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST):						
ASA 1 (ASA 2 (ASA 3 (ASA 4 (ASA 5 (						
GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QTD.						
ALFENTANIL						
HEPÍVACAÍNA ISOBARICA						
HEPÍVACAÍNA PESADA						
CEFAMINA						
DROPERIDOL						
LIDOCAÍNA						
FENÓLBARBITAL						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
SUPLERANO						
LIDOCAÍNA PIVACAÍNA C VASO						
LIDOCAÍNA PIVACAÍNA S VASO						
LIDOCAÍNA C VASO						
LIDOCAÍNA S VASO						
MIDAZOLAM						
MORFINA						
NÁRSEM						
PAINÉL RÓDIO						
PETIDINA						
PROPOFOL						
RAMIFENTANIL						
RODÉL RÓDIO						
SEVOFLURANO						
SULAMETONIO						
THORNTAL						
MEDICAMENTOS QTD.						
ADRENALINA						
AGUA DESTILADA						
ATROPINA						
BENTRA						
CEFAZOLINA						
DEXAMETASONA						
DIPIRONA SODICA						
EFEDRINA						
FLORSEMI						
GLICOLATO DE CÁLCIO						
HIDROCORTISONA						
LIDOCAÍNA GELEIA						
ONDASENTRONA						
PLASIL						
PROSTIGMINE						
PROTAMINA						
TENOXICAN						
GAZES						
GAZES ALGODOADAS						
GEL ELETROLÍTICO						
JELCO Nº 14						
JELCO Nº 16						
MATERIAIS CONT. QTD.						
JELCO Nº 18						
JELCO Nº 20						
JELCO Nº 22						
JELCO Nº 24						
KIT SIST. DREN. TORACICA N°						
LÂMINA BISTURI Nº 11						
LÂMINA BISTURI Nº 12						
LÂMINA BISTURI Nº 23						
LÂMINA BISTURI Nº 24						
LÂMINA DE DERMATOMIA						
LÂMINA DE ENXERTO						
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR						
LUVA ESTÉRIL Nº 7,0						
LUVA ESTÉRIL Nº 7,5						
LUVA ESTÉRIL Nº 8,0						
LUVA ESTÉRIL Nº 8,5						
MÁSCARA CIRÚRGICA						
MULTIVIAS						
PERFURADOR DE SORO						
SCALP Nº 14						
SCALP Nº 21						
SERINGA 3ML						
SERINGA 5ML						
SERINGA 10ML						
SERINGA 20ML						
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8						
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10						
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12						
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14						
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16						
SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12						
SONDA FOLEY 2VIAS Nº 14						
SONDA NASOG. CURTA						
SONDA NASOG. LONGA						
SONDA URETRAL Nº						
TORNEIRINHA						
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº						
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº						
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº						
TUBO SILICONE (LATEX)						
PLACA						
PLACA						
EQUIPAMENTOS						
ASPIRADOR						
BISTURI ELÉTRICO						
CANO GRAFO						
CÂMERA DE COLEÇÃO						
DESEFRIADOR						
FOCO AUXILIAR						
FOCO CENTRAL						
MICROSCÓPIO						
MONTAGEM DE PULSO						
MONTAGEM DE PULSO INVASIVA						
PERFURADOR ELÉTRICO						
SERRA						
CIRCULANTES						

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO P. ...  
08 JAN. 2019  
COMPRÉVEIS  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENTES



HISTÓRICO

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 03/08/2018

PRONTUÁRIO:

1098951

PACIENTE:

Eduardo B. de Freitas

SEXO:

M

COR:

Br

IDADE:

22

PRESSÃO ARTERIAL 109/70 PULSO 72 RESPIRAÇÃO 12 TEMPERATURA 36,0 PESO 70 GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE /HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FUSOMA DE FÓRMULA

CIRURGIA REALIZADA

TANQUE TRANSVASAÇÕES

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA

Dr. André

CPF

CRM-PB

7779

AGENTES/HORA

O 2  
N 2 ULÍQUIDOS  
VENOSOS

O

PULSO

CÓDIGO

CIRURGIA

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA

X

P. ARTERIAL

SISTÓLICA







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

2 - CNES

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

TRAUMA

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eduardo Barbosa da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1098951

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

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

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - GTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - GTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - GTDE

## 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

o Fio KC 5.0  
Steman

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Roberto

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
Dr. Raimundo Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9350  
Prof. 159440 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
03/01/19

44 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

08 JAN 2019

PROTÓTIPO  
AG. JOÃO GONÇALVES

CONFIDENTIAL



HEETSSE

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/08/18

PRONTUÁRIO: 1098951

PACIENTE: Ednaide Bezerra do Silveira

SEXO: M

COR:

IDADE: 22

PRESSÃO ARTERIAL 153/70/80 RESPIRAÇÃO 20/min TEMPERATURA 36,5°C PESO 45kg GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO LBN

AP. CIRCULATÓRIO LBN

AP. DIGESTIVO jejum

ESTADO MENTAL consciente/oram

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

ESTADO FÍSICO (x) A

DOSE: 100mg

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de tíbia de pé direito (C)

CIRURGIA REALIZADA Hemirrigação

CIRURGIÃO Dr. Rodrigo

AUXILIARES Dr. R. Rodrigues

INÍCIO DA ANESTESIA 14:10

TÉRMINO DA ANESTESIA 16:00

DURAÇÃO DA ANESTESIA 01:50

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Ana Luisa

CPF 123.456.789-00

CRM-PB

AGENTES HORA

14:10

15:10

16:10

U<sub>2</sub>: 0

- Paciente hemodinamicamente estável

LÍQUIDOS

VENOSOS

R<sub>1</sub> 500R<sub>2</sub> 500PA = 156 x 85 / sat O<sub>2</sub> = 98% / FC = 90 bpm

O

PULSO

P

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

- Cirurgia em intermitências

NOTAÇÕES

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

→ Check list Pré-anestesia realizado

→ Paciente não dispneico, não precordialgia, não náuseas

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

TÉCNICA

LÍQUIDOS

VOLUME EM ML

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLICOSE

1 Fenilén 50 mg

11

NACL

2 Midazolam 6 mg

12

SANGUE

3 Bupivacaína 150 mg

13

ANEST

4 Propofol 0,100 mg

14

TOTAL

5 Lidocaine 2g

15

DESTINO DO PACIENTE

6 Dexmedetomidina 8 mg

16

☐ APT☐ ENFERMARIA

7 Diprivan 2g

17

☐ UTI☐ RESIDÊNCIA

8 Narcofene 8 mg

18

☒ OUTROS

URPA

9 Fentanyl 0,1 mg (administrado)

19

10

20

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Paciente em DM, mantendo insulina 100 mg em 100 ml de solução de 100 mg/ml. Ceftriaxona 1g IV q12h. Clonazepam 0,5 mg PO q12h. Paracetamol 1g PO q6h. Soro fisiológico 250 ml IV q6h. Soro de 0,9% de 3 + 4.

Ana Luisa Souto

Anestesiologista  
CRM-PB 9190

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. (N) ABCD 026-1



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha  
1/2Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PHOTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

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

TMC CK415  
01 Placa Lateral 12 Furos.  
Parafusos corticais n° 32-02  
n° 36-04  
n° 34-01

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

CNS CPF

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

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

CNS CPF

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

COMPREV  
COMPRESSO E PREVIDÊNCIA S/A  
08 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. 18/05/18



Paciente: EdUARDO BARBOSA DOS SANTOS  
 Procedimento: Fratura Osgood-Schlatter (F)  
 SUS ( ) Não SUS ( )

Date: 11/03/18

Medicine: Dr. Rodning

Cain &amp; Proulx

[illegible]

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSABILI

FENCILAPR 013.2

PatientID: 000000070664  
PatientName: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Sex: Masculino  
BirthDate: 20.05.1996  
Age: 22a.

StudyDate: 10.12.2018

E

Image: 1 Series: 1 IASIA.  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

08 JAN. 2019

HTOP

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

07R62

CARTÃO DE IDENTIDADE

*Eduardo Barbosa de Souza*




COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.997.604 19/09/2014

<< EDUARDO BARBOSA DA SILVA >>

<< CECÍLIO BARBOSA DA SILVA >>

<< LINDINALVA MARIA BRAGA >>

SIRINHAÉM - PE 20/05/1996

<< CN.27970 L.A24 F.138 CART. 1º SIRINHAÉM-PE 03.05.1996 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

10572

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

128.776.494-07

Nome

EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Nascimento

20/05/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



[illegible]

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190020431 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUARDO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 03/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 17/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS (TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190020431 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUARDO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 03/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 17/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS (TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Edmundo Barbosa da Silva,  
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão  
AUTOMÓVEL, CI RG nº 7.997.604,  
CPF/MF nº 128.776.494-07, residente e domiciliado(a) à Rua  
São Miguel, 51N,  
Cidade de Baixa da Traição, Estado  
Paraíba, CEP: 58295-000, telefone  
83-98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.


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


João Pessoa, 28 de dezembro de 20 18.



Edmundo Barbosa da Silva

OUTORGANTE

 **CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA JUSCELINO KUBITSHKE, S/Nº - ERMITO GISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TEL/FAX: (83) 3001-4078  
Reconheço Por Autenticidade a firma de EDUARDO BARBOSA DA SILVA, [117499], J. Pessoa-PB, 28/12/2018 11:55:44 Emol R\$9,48 Farpem: R\$0,28 Fepi: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em test de verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA, 5826 Digital AHZ37831-7446 - Consulte em <https://selodigital.tpbjus.br>

 **COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 JAN. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008388/19

**Vítima:** EDUARDO BARBOSA DA SILVA

**CPF:** 128.776.494-07

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 03/02/2018

**Titular do CPF:** EDUARDO BARBOSA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

### EDUARDO BARBOSA DA SILVA : 128.776.494-07

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 08/01/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008388/19

**Número do Sinistro:** 3190020431

**Vítima:** EDUARDO BARBOSA DA SILVA

**CPF:** 128.776.494-07

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 03/02/2018

**Titular do CPF:** EDUARDO BARBOSA DA SILVA

**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: 15/01/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA