Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Adilio Alves dos Santos	078.016.084-33	05-08-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	Declaracao de inexistencia de IML	CPF do Representante legal
Email		Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Guarabira 30 de 10 de 2018.

Local e Data

x Adilio Alves dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Comprovante de residencia

energisa

TERESA DE SANTANA

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	11/09/2018	10/10/2018	646.147.304-91

UC (Unidade Consumidora): 5/584372-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
	2648					29

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa	Base de Cálculo	Alíquota	Valor
0807	CONTRIBUIÇÃO	5,19		0,00	0,00	0,00
0808	JUROS DE MORA	0,31		0,00	0,00	0,00
0809	MULTA 08/2018	0,69		0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MO	0,15		0,00	0,00	0,00

DOCUMENTO DEMONSTRATIVO SEM VALOR FISCAL SET. 2018 CASA LOTÉRICA RIO DA SORTE

Média dos últimos meses (kWh) 271

VENCIMENTO 18/09/2018

TOTAL A PAGAR R$ 201,01

Histórico de Consumo (kWh)

Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18
261	274	275	272	281	252	277	333	287	304	258	282

815c.dfbd.6bd9.2379.ca00.de90.d2d7.d87b.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado
		0,00
		0,00
		0,00

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
COMPARTAÇÃO	
LIMITE INFERIOR	201
LIMITE SUPERIOR	231

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Transmissão	6,91	3,44
Encargos Setoriais	8,61	4,28
Impostos, Outros e Encargos	[illegible]	[illegible]
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	201,01	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

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

Documentação médico – hospitalar

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1099284 e PRONTUÁRIO nº 110288

PACIENTE: ADILIO ALYSON DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 26.04.86

Data e Hora do Atendimento: 05.08.18 **Horário: 12:24h**

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital procedente do hospital ORTOTRAUMA encaminhado para este serviço conforme pactuação com fratura do platô tibial direito. Atendido pelo Dr. Victor Linhares CRM 10894, Dr. Leonardo Miranda CRM 8877.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO CID 10 S 82 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do fêmur direito AP e Perfil, Rx do joelho direito AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 05.08.18 com fixação externa transarticular. Em 17.08.18 realizado retirada do fixador externo transarticular de fêmur e tíbia. Em 19.09.18 realizado tratamento cirúrgico definitivo com fixação de fratura do platô tibial direito.

ALTA HOSPITALAR: 27.09.18

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CMBHEETSHL
CRM- 3920

Data da Emissão: 15.10.18

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1099284

Identificação do paciente

ID: 1313300	Nome: ADILIO ALYSON DOS SANTOS		Sexo: Masculino
Data de nascimento: 26/04/1986	Idade: 32 anos 3 meses 10 dias	Estado civil:	Religião:
			Prontuário:
Mãe: TERESA DE SANTANA		Pai: ELISEU DOS SANTOS	
Escolaridade:		Responsável (Parentesco): FRANCIGLEICE DOS SANTOS BARBOSA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel: 83	Fone Móvel: 988687559	DDD Fixo:	Fone Fixo:
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)	Número documento: 3362818	Nº Cns: 702006379714287	
Local de procedência: GUARABIRA		Tipo: MUNICIPIO	UF: PB
Email:	Naturalidade: GUARABIRA	CBO/R:	

Endereço

CEP: 58200000	Município de residência: GUARABIRA	UF: PB	Logradouro: MARIA S DA CONCEICAO
Número: 251	Complemento:		Bairro: PRIMAVERA

Admissão

Data / Hora: 05/08/2016 12:24:37	Número da pulseira: **1000059898589**		Convênio: SUS
Especialidade: CIRURGIA GERAL		Clínica:	
Classificação de risco:		Origem do paciente: RESIDENCIA	
Caráter de atendimento:	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente: QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA: X mmHg	Pulso:	Temperatura:

Exames complementares

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

Dados clínicos: Paciente EGA, orientado, eupneico, pele pálida, ferida em MID, transfundido de sangue, segue com os cuidados

CID:

Diagnóstico:

Tempo: 58seg

Atendido por: ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

Imprimir

GOVERNO DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Fone: 32139700
CNES: 2445365

NOME: ELISON DOS SANTOS		Nº: 39926	Data/Hora: 30/05/2018 12:24:37	Sexo: M
Nascimento: 01/01/1962	Idade: 32a 3m 15d	Cor: Masculino	CNS: 700006379714237	Telefone: (83) 988687548
Mãe: TERESA DE SANTANA				Pai:
Endereço: MARIA S DA CONCEICAO, 251		Bairro: PRIMAVERA	Município: GUARABIRA	UF: PB
Procedência: SUPERLOTADOS	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional: LAIANA KAREN SANTAS BARRETO	Nº Cons. Regional: 8481/RN
Data/Hora Classificação: 30/05/2018 12:24:37			Data/Hora Prescrição: 30/05/2018 17:20:06	

Anamnese

[illegible] ENCAMINHADO DO HOSPITAL ORTOTRAUMA DEVIDO A FACTUAÇÃO , COM HISTÓRIA DE [illegible] DE MOTOCICLETA HA 3 HORAS
[illegible] DE DOR NA PERNA DIREITA
[illegible] DA PERNA DIREITA: SEM FERIMENTOS , EDEMA (++/4+) , EQUIMOSE , LEVE AUMENTO DA DOR A MOBILIZAÇÃO DO TORNOZELO , PERFUSÃO DISTAL E PULSOS PEDIOSO E TIBIAL POSTERIOR MANTIDOS
[illegible] SENSITIVO E/OU MOTOR

[illegible] MODELO EVIDENCIANDO FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

[illegible] RUBEM DO CENTRO CIRURGICO PARA [illegible] A CONTENÇÃO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL [illegible] EXTERNA [illegible] SEM INTERNAMENTO [illegible] QUINTO CIRURGICO

[illegible] PACIENTE + SOLICITO EXAMES

CRM DR. DIEGO SANTAS

[illegible]

[illegible] VIA ORAL

PRESCRIÇÃO

[illegible] DIPIRONA 500MG (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: S/N)

[illegible] DEXAMETASONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

[illegible] DIPIRONA 1GML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

[illegible] 500 MG/ml (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR [illegible] ML VIA E.V., [illegible]

[illegible] FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR [illegible] ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

[illegible] FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

[illegible] 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

[illegible] FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO)

TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

DIEFALEXINA 1G (FRASCO-AMPOLA) , ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 8/8H, POR 7 DIA(S)

CUIDADOS

OBSERVAÇÃO (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATORIO E MOTORA

SPVV + DOGC

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

HEMOGRAMA

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - DOSAGEM

CREATININA

HEMOGRAMA

Horário	Descrição
	Lavado extremidade proximal da tibia

Curativo Pertinente

ADILIO ALYSON DOS SANTOS

LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
(CRM: 8491/RN)

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6171221

Paciente: ADELIO ALYSON DOS SANTOS		CPF: 1099284	Data/Hora: 05/08/2019 12:34:21	Cor: Branca
Data de nascimento: 28/04/1989	Idade: 29a 3m 15d	Sexo: Masculino	CNS: 702 1049 3171 4251	Telefone de Contato: (083) 98865 7559
Mãe: TERESA DE SANTANA				Prontuário:
Endereço: RUA SEN. GONCALVES, 351		Bairro: PRIMAVERA	Município: GUARABIRA	UF: PB
Cartão SUS: 702 3017 1170 009		Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Unidade: HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALBUQUERQUE	Nº Guia Referência: 1052839/2
Data/Hora da Entrada: 05/08/2019 12:34:37			Data/Hora Atendimento: 05/08/2019 12:34:41	

Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL ORTOTRAUMATOLOGICO À ATENDIMENTO COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 6 HORAS
QUEIXA SE DE DOR NA PERNA DIREITA
EXAME FÍSICO DA PERNA DIREITA, SEM FERIMENTOS, EDEMA (+/2+4+), EQUIMOSE, LEVE AUMENTO DA DOR A DORSOFLEXÃO DO TORNOZELO, PERFUSÃO DISTAL (+ PULSOS PERIFÉRICOS PT, TIBIAL POSTERIOR MANTIDOS, PRESENÇA DE SENSIBILIDADE E/OU MOTOR
SOLICITO RADIOGRAFIAS

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA (INDICAÇÕES: [illegible])
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (VISTA LATERAL)

CID10

Código	S82.6 [illegible]
Descrição	[illegible]

Conduta

[illegible]

ADELIO ALYSON DOS SANTOS

DIEGO BRUNO MARQUES DE ALBUQUERQUE
[illegible]

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

Prontuário: 1 Data: / /

Data: 25 / 08 / 18

Reposição:

Caixa Pronta:

...dilio ...ão ...ão Saúde

...to: PPO Gaiz

Não SUS ( )

DISPENSAÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

Lote: 098160 Código: AF35 B 690
PINO INTERMEDIÁRIO OSSEO - R X 4,5 X 20 X 1
Fabric.: 25/04/2018 Val.: 04/2023
Registro ANVISA Nº:80083650026
Material: ACO INOX F138
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.881.623/0001-40 - Rio Claro / SP
Tel.: +55 19 3539-1910 - comercial@sartori.ind.br

Lote: 098574 Código: FOB 2 209
RESERVATÓRIO OSSEO SARTOR - UREFIX
FOB 2 209 - ESTERIL
Fabric.: 10/05/2018 Val.: 05/2023
Registro ANVISA Nº:80083650031
Material: ACO INOX/ALUMINIO
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.881.623/0001-40 - Rio Claro / SP
Tel.: +55 19 3539-1910 - comercial@sartori.ind.br

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Fixador Cervical	03		

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Anexo II

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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HETSH

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: [illegible]

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD 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

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Lote: 098574 Código: FCB 2 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LIBFIX
FEMUR 7.350 - 8315FL
Fabric.: 10/05/2018 Val.: 05/2023
Registro ANVISA Nº: 80083650031
Material: ACO INOX/ALUMINIO
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br

Lote: 088190 Código: AF35 B 880
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - FIXOX FIXOX
Fabric.: 26/04/2018 Val.: 04/2023
Registro ANVISA Nº: 80083650028
Material: ACO INOX F138
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel.: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br

32 - UTI TIPO III

33 - QTDE

34 - QTDE

35 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

[illegible]

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO: [ ] CNS [ ] CPF

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME:	ADILIO ALYSON DOS SANTOS	BS/PRONTUÁRIO	1099284
IDADE:	32 SEXO: ☒ MASC ☒ FEM	COR:	DATA: 5/8/2018
CLÍNICA/SETOR:	ORTOPEDIA	EMP:	LR:
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO – CONTROLE DE DANOS – FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE MID		
CIRURGIÃO:	DR DIEGO DANTAS	1º ASS:	MR1 LAIANA
2º ASS:		3º ASS:	
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:	
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUIANESTESIA HORÁRIO	INÍCIO:	TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA FECHADA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR EM M.I.D.	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

HOUVE DE CONSFLAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☐ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA

☐ ALTA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

ASSINATURA/CRM: DATA: 5/8/2018

Nota de Sala Cirúrgica

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 25/08/18 PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Adelio Alemão dos Santos SEXO: M COR: IDADE: 30 anos

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: 82 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGUÍNEO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: Eupneico AP. CIRCULATÓRIO: Estável

AP. DIGESTIVO: >SR ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS EM USO: VPM

PRÉ-ANESTÉSICO: Midazolam 2 + Fentanil 100 mcg ESTADO FÍSICO (ASA): 2

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Glenóide Tibial D

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO: Dr Tito AUXILIARES: Dr Monteiro

INÍCIO DA ANESTESIA: 15:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES R$:

ANESTESISTA: B Vergilio CPF: CRM-PB:

RL RL RL

RSR RSR

VVVV

ÂÂÂÂ

( ) ANESTESIA REGIONAL (X) ANESTESIA GERAL ( ) ANESTESIA PELVICA ( ) BLOQUEIO PLEXO ( ) BLOQUEIO NERVOS ( ) OUTROS

Rocuronio 40 + Lidocaina 2% 40 + Fentanil 250 + Propofol 200 + Sevo

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Neocaina isobarica 15 mg
2. Bupivacaina Sem vasoc
3. Glicopirrolato 2 g
4. Dexmedetomidina 100 g
5. Ramosetron 8 g
6. Dimpirona 2 g
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.

( ) ALTA ( ) ENFERMARIA (X) UTPA ( ) CIRURGIA

ASSINATURA DO ANESTESISTA

CARIMBO E ASSINATURA

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

Adélia Alves de Souza
Nome: Procedimento Fratura de glândula tibial (D)
(Não SUS)
Hospital: Stella Maris

Prontuário: 1099284
Data: 16/08/18
Reposição:

Data: 17/08/18

Caixa Preta:

DISPENSAÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Placa bloqueada Orthofix	01		
	Placa bloqueada em L 13x4	01		
	Parafuso ósseo nº 9 R-32	01		
	Parafuso bloqueado nº 25	01		
	" " nº 30	01		
	" " nº 34	01		
	Parafuso cortical nº 32	01		
	" " nº 35	01		
	" " nº 38	01		

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ANGLA-PC-013-2

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

Hora: __:__ / _____

Adilio Alyson Leite Santos
Fratura Rot. Rot. proto Tibial (1)
Não SUS ( )
Dr. Steffanson

Prontuário: 109284
Data: 14/09/18
Reposição: _____
Caixa Pronta: _____

DISPENSAÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
NC	CX. 4.5 Placa bloq. entrada 01 furo, 01 bloq. corticais, 02 nº 32, 01 nº 40 01 nº 32	01		
	Pinça 01 Rio Kirschner nº 20	01		

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
MENGLA-COREN-2

Anexo I

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: Adilio Alyson dos Santos
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 4099284
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DE NASCIMENTO: / /
9 - SEXO: Masc [1] Fem [3]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / 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 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 - QTDE:
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
34 - QTDE:
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
37 - QTDE:

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TMC C X, 4, 5; 01 fio kirschnner nº 2,0, 01 placa DCP estreita, 09 parafusos cortical, 02 nº 32, 01 nº 40 01 nº 52.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 14/09/18
41 - DOCUMENTO: [1] CNS [3] CPF
42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
43 - ASSINATURA E CARIMBO (INCLUSO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 14/09/18

Anexo I

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: Acilio Abreu dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1098284

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. [1] ✓ Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:

21 - COD. 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 - COD. 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 I
- [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO II

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

31 - QTDE:

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

34 - QTDE:

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: Ex. 45 Bloqueada Orthalife

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

37 - QTDE:

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 placa bloqueada nº L (E) 12 x 4
01 parafuso esponjoso nº 90 R-32
01 parafuso bloqueado nº 24 parafuso cortical nº 52
nº 30 01 parafuso cortical nº 34
01 " " nº 44 01 " " nº 66
01 " " " " " " " "

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

41 - DOCUMENTO: CNS [ ] CPF [ ]

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

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

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

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

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSPB

Nome: Adélio Ribeiro dos santos BE/Prontuário: _____

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

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Ato cirurgico Plasto Ghial Direito

Cirurgião: Dr. Steffanen 1° Assistente: _____

2° Assistente: _____ 3° Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura do Plat tibial Direita	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Osteossíntese	

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, ___/___/___

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEUSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DH sob raquianestesia
- Assepsia + antissepsia + campos de campo estéril

Incisão:

- Anterolateral em tíbia proximal direita
- 8cm

Achados:

- Fratura cominuta em metáfise da tíbia proximal DE

Conduta:

- Realizado redução e fixação da fratura
- Fixado com placa em L bloqueada lateral + placa de suporte DC sobre perfil medial
- Lesões de menisco
- meniscectomia parcial
- Lavagem do joelho abundante
- Sangramento sob controle de hemostasia

Fechamento:

- por planos anatômicos
- Drenos

Observação:

Dr. Leonardo [illegible]
CRM [illegible]

Médico (CRM)

João Pessoa, 19 / 09 / 18

Nota de Sala Cirúrgica

Paciente: Felipe Alyson dos Santos
Idade: 32 a 10 m 29 d
Prontuário: 7-0
Cirurgia: Fratura de prato tibial D
Cirurgião: Dr. Eberson + Dr. Americo
Anestesista: Roque
Instrumentador: Dra. Luiza
Circulante: Rodrigo Campos / Orthofix
Hora Início: 15:09 Hora Fim: 17:10

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD
[illegible]	
[illegible]	1
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIO

Nome: [illegible] BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: _____ Data: 17/01/19

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Retirada de Fixador externo e [illegible]

Cirurgião: Dr. [illegible] 1º Assistente: Dr. [illegible]

2º Assistente: Dr. [illegible] 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fratura de Planalto Tibial Direita	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- Retirada de Fixador 3 Planos transarticular de Fêmur e Tíbia - LMC de Tração de Pinos	

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Victor Linhares
Médico
[illegible]-RN

João Pessoa 17/01/19

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 14 [illegible] PRONTUÁRIO: 1[illegible]34

PACIENTE: ADILIO ALVES DOS SANTOS SEXO: M COR: [illegible] IDADE: 32a

PRESSÃO ARTERIAL [illegible] PULSO 85bpm RESPIRAÇÃO [illegible] TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES [illegible]

AP. RESPIRATÓRIO [illegible] AP. CIRCULATÓRIO [illegible]

AP. DIGESTIVO [illegible] ESTADO MENTAL [illegible] DROGAS EM USO [illegible]

PRÉ-ANESTÉSICO
DOSE/ROTA MIDAZOLAM + FENTANIL

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRAT. TÍBIA PROXIMAL DIREITA

CIRURGIA REALIZADA OST SUC FRAT. TÍBIA PROXIMAL DIREITA

CIRURGIÃO [illegible] AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA [illegible] TÉRMINO DA ANESTESIA [illegible] DURAÇÃO DA ANESTESIA [illegible]

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CIR. VALORES R$

ANESTESISTA JOANA LUISA + [illegible] (R2) CRM-PB

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

( ) RAQUIDIANA (X) RAQUIDIANA ( ) PEDIDURA ( ) BLOQUEIO ( ) BLOQUEIOS ( ) OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1) DIAZEPAM 3,5mg + 2,5mg	11
2) FENTANIL 50mcg	12
3) CEFAZOLINA 2g	13
4) DEXAMETASONA 10mg	14
5) NEOSTIGMINA 0,5mg	15
6) MORPHINA 10mg	16
7) BUPIVACAINA 10mg	17
8) DIPIRONA 2g	18
9	19
10	20

( ) ARTS ( ) AN. LINHA ( ) V. ( ) ACESSO ( ) OUTROS

[illegible] DE ANESTESIA + RAQUIDIANA + DIAZEPAM + FENTANIL + ADD + CIRURGIA. CHEGANDO [illegible] PACIENTE MONITORIZADO; PULSO #[illegible]; SEDADO; ANALGESIA + AMNESIA DE [illegible] BOMBA; ALCOOL 70%; PARACETAMOL; PULSE LOCKER PARACETAMOL; DIPIRONA 2g; TENTATIVA; CRIST; CRIMALLEY; INÍCIO DE (S) 10h; SEM INTERCORRÊNCIAS.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

[illegible]

Nota de Sala Cirúrgica

PACIENTE	Adélio Alvarenga dos Santos
IDADE	32 anos
CIRURGIA	Retirada de Cravados Operculo do Meio
CIRURGIÃO	Carlos Paulo + Mateus Rabelo + Victor Rabelo
ANESTESIA	local + sedação
ANESTESISTA	Victor Rabelo
Nº BOLETIM	
DATA	
CAMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	16:30 TÉRMINO 17:30

[illegible]

MEDICAÇÕES ANTESÍSICAS	QTD.
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETGIL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) Dorsal sob Anestesia
2) Anestesia e Antissepsia
3) CCE

Incisão:

1) Retirada de Fixador externo
2) Trans-operatório Fraturas
3) Hall Direita.

Achados:

1) Fratura no Terço do Fêmur

Conduta:

1) Osteo de Terço do Fêmur
2) Curativo oclusivo
3) Hab Imagem Radiológica Direita

Fechamento:

Observação:

Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 184-RN
-PB

João Pessoa 17/01/10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.910

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

078.016.084-37

ADILIO ALYSON DOS SANTOS

Data de Nascimento
26/04/1986

Sistema Único de Saúde

ADILIO ALYSON DOS SANTOS

Data Nasc.: 26/04/1986 Sexo: M

702 0063 7971 4287

SUS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Registro Geral
336728 1ª
Data de Expedição
7 DEZ 2001

NOME
ADILIO ALYSON DOS SANTOS

Filiação
Elisen dos Santos
Teresa de Santana

Guarabira-PB
26.04.1986

Nacionalidade
Brasileira

Data de Nascimento

CPF, Nasc, Nº20, Rec, Fls, Liv, Liv, 26
Cart de Guarabira-PB.

Local e Órgão Emissor

CPF

Assinatura do Diretor

Documentos de Identificação

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0450152/18

Vítima: ADILIO ALYSON DOS SANTOS

Data do acidente: 05/08/2018

CPF: 078.016.084-37

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADILIO ALYSON DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros

ADILIO ALYSON DOS SANTOS : 078.016.084-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 13/12/2018	Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: ADILIO ALYSON DOS SANTOS	Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 078.016.084-37	CPF: 068.500.787-12
ADILIO ALYSON DOS SANTOS	Patricia Aleixo Silva

Seguradora LIDER DPVAT

Rua: da Assembleia, 100 - 21º andar Centro Rio de Janeiro

CEP 20011-904 Tel 21 3861-4600.

Correios REGISTRADO URGENTE registered priority PESO (kg) weight 0,154

Recebedor AR MP

Assinatura Doc.

JU 00427111 4 BR

AC Guarabira 30 NOV 2018

(ETIQUETA OU CARIMBO MP)

ADILIO ALYSON DOS SANTOS

RIA S. DA CONCEIÇÃO, 251, PRIMAVERA, GUARABIRA

CEP:58200-000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0450152/18

Vítima: ADILIO ALYSON DOS SANTOS

Data do acidente: 05/08/2018

CPF: 078.016.084-37

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADILIO ALYSON DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ADILIO ALYSON DOS SANTOS : 078.016.084-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 13/12/2018	Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: ADILIO ALYSON DOS SANTOS	Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 078.016.084-37	CPF: 068.500.787-12
ADILIO ALYSON DOS SANTOS	Patricia Aleixo Silva

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

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180586491 **Vítima: ADILIO ALYSON DOS SANTOS**

Data do Acidente: 05/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADILIO ALYSON DOS SANTOS

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

Pag. 00737/00738 - carta_01 - INVALIDEZ
00020369
Carta nº 13742046

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

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180586491
Vítima: ADILIO ALYSON DOS SANTOS
Data do Acidente: 05/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADILIO ALYSON DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovação de ato declaratório

DUT

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

Pag. 00723/00724 - carta_03 - INVALIDEZ
00050362
Carta nº 13742057

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

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180586491 **Vítima: ADILIO ALYSON DOS SANTOS**

Data do Acidente: 05/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADILIO ALYSON DOS SANTOS

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01041/01042 - carta_16 - INVALIDEZ
00020521

Carta nº 14466626

Seguradora
Autorização de pagamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 079.016.084-37 | Nome completo da vítima: Adilio Alysol dos Santos

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

Nome completo: Adilio Alysol dos Santos | CPF: 079.016.084-37

Profissão: Servente | Endereço: Rua Maria da Conceição | Número: 251 | Complemento: Casa

Bairro: Primavera | Cidade: Guarabira | Estado: PB | CEP: 58200.000

E-mail: dpvatmm@gmail.com | Tel.(DDD):

Declaro, sob pena de perda de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS_CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0042 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 000.000.063.195 8 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO:

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Adilio Alysol dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

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

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

FPS 001 V001/2016

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

HORA: sorteios de segunda-feira a sábado: APOS

29-0330020460 3

22/08/2018 HORA DE 13:16:25

TERM 00000

LOCAL DAM : GLAMPAIRO

AG. VINCULADA: 0242 CONTRULF: 29540394

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: ADILO ALTENO DOS SANTOS

AGENCIA: 0242

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 002.000.065.139-6

DATA DA ABERTURA: 22/08/2018

LOTERIAS CAIXA

206-66100240-0

1ª VIA

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
8ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia da Comarca de GUARABIRA

GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

OCORRÊNCIA Nº 298/2018
DESCRIÇÃO:

Aos **DEZESSETE** dias do mês de **OUTUBRO** de dois mil e **DEZOITO**, nesta cidade de Guarabira/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do DPC. HUGO PEREIRA LUCENA, Delegado de Polícia Civil, respondendo pela 2ª DD, comigo escrivão (o) de seu cargo, aí por volta das 16h18min, compareceu o (a) senhor (a): **ADILIO ALYSON DOS SANTOS,** brasileiro, casado, servente, natural de Guarabira/PB, nascido aos 26/04/1986, RG nº 3362818-SSP/PB, filho de Eliseu dos Santos e de Teresa de Santana, residente na Rua Maria S. da Conceição, 251, Primavera, Guarabira/PB, o (a) qual, advertido das penalidades legais, **FEZ O SEGUINTE REGISTRO**: QUE em data de 05/08/2018, por volta das 02h, o declarante estava conduzindo sua MOTOCICLETA MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI, PLACA QFF5706/PB, CHASSI 9C2KC1680FR215381, ANO FAB/MOD 2015/2015, COR VERMELHA, CÓD RENAVAM 0105160053-4, quando ao passar PB 073, nas proximidades da RICOL, Guarabira/PB, foi surpreendido por um animal (cavalo) o qual saiu da lateral da pista e atravessou em sua frente; QUE não conseguiu frear, bateu no cavalo e caiu ao solo; QUE sofreu fratura do platô tibial direito, CID 10 S 82 1, sendo atendido no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi cirurgiado; QUE CARLOS ANTONIO FIGUEIREDO – RG nº 480.116-SSP/PB, residente na Rua Maria S. da Conceição, 229, Primavera, Guarabira/PB e ALYSSON RODRIGUES DE OLIVEIRA SILVA – RG nº 3746335-SSDS/PB, residente á Rua Drº Tiré, 312, Cordeiro, Guarabira/PB, ambos tomaram conhecimento e podem confirmar todo o ocorrido; QUE faz o devido registro e pede certidão, a fim de providenciar seguro DPVAT a que tem direito; Não tendo mais nada a declarar e ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro caso o quanto aqui declare não porte estritamente a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

DECLARANTE: Adilio ALYSON dos santos

JOSÉ GUILHERME NETO
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula 156.604-1

RECEBIDO
07 DEZ 2018
Seguradora Líder DPVAT

Boletim de ocorrencia

Modelo Delegado 1/2/3 TD_GINR.DOC

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:

Adilio Alyson dos Santos

Francicleide Gleyes dos Santos Barbosa

MATRICULA:

0725610155 2013 2 00035 118 0010482 78

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

Adilio Alyson dos Santos, nascido em vinte e seis de abril de um mil novecentos e oitenta e seis (26/04/1986), natural de Guarabira-PB, brasileiro. Filho de Eliseu dos Santos e Teresa de Santana.

Francicleide Gleyes dos Santos Barbosa, nascida em vinte e dois de setembro de um mil novecentos e oitenta e nove (22/09/1989), natural de Guarabira-PB, brasileira. Filha de Severino Emidio Barbosa e Marileide dos Santos Barbosa.

Certidão de casamento

DATA DO REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXTENSO)

vinte e dois de agosto de dois mil e treze

DIA	MÊS	ANO
22	08	2013

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

ELE: O mesmo nome de solteiro

ELA: O mesmo nome de solteira

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

O casamento foi celebrado pela Drª Higia Antonia Porto Barreto e as testemunhas constante do Termo.

Os contraentes tem como profissão ele serviços gearis e ela costureira.

Ato registrado no Livro:B-35, às fls. 118, Termo:10482..

SERVIÇO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS
Guarabira - Paraíba
Sebastiana P. da Costa e Souza
TITULAR
Mario Flávio da Costa e Souza
SUBSTITUTO
Maria de Fátima P. da Costa
ESCRIVÃ

NOME DO OFÍCIO

Cartório do Registro Civil Evaristo da Costa

OFICIAL REGISTRADOR

Sebastiana Pereira da Costa e Souza

MUNICÍPIO/UF

Guarabira-PB

ENDEREÇO

Rua Osório de Aquino , 131, centro Guarabira-PB - CEP - 5820000
FONE: 32711339

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Guarabira-PB, 22 de agosto de 2013

Sebastiana Pereira da Costa e Souza
Oficiala do Registro Civil

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 466210 A