

---

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

**Aos Cuidados de:** MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE  
**Nº Sinistro:** 3180558881  
**Vítima:** MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE  
**Data do Acidente:** 26/06/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180558881**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

646.448.124-04

Nome completo da vítima

MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

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

Nome completo	MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE		CPF titular da conta	646.448.124-04	Profissão	SERVIÇOS GERAIS	
Endereço	RUA MARIA FERREIRA LEITE		Número	50	Complemento	00333A-7370	
Bairro	MANGA BEIRA	Cidade	JOÃO PESSOA	Estado	PARAÍBA	CEP	58059-706
Email					Telefone (DDD)	(83) 9 8733-1642	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

 BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0036		8402	91

(Informar dígito se existir)

 **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

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

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



Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 08837.01.2018.1.00.401**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08837.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 12:01 horas do dia 23 de novembro 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 Valderêdo Elpidio dos Santos, Agente de Investigacao, matrícula 1273051, ao final assinado, compareceu **Marcos dos Santos Alexandre**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Serviços Gerais, filho(a) de Geralda dos Santos Alexandre e Jose Antonio Alexandre, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 27/11/1968 (49 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Rua Maria Ferreira Leite, Nº 50, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Perto Psf, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98874-7608.

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

Local: Perto do Pão de Açucar, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/06/18 12:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

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

Conta que foi atropelado pelo veículo CLIO, cor branca, placas não se recorda; quando trafegava na sua motocicleta HONDA POP 100 ANO 2104, COR VERMELHA, PLACA QFD-8215/PB; Que o condutor do veículo socorreu o noticiante, FATO OCORRIDO no local e horário acima mencionado; Que posteriormente apresentará a placa do veículo causador do acidente; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARCER A DELEGACIA DA ÁREA A FIM DE QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

### **ADENDO(S):**

Que na data 23/11/2018, à(s) 14:47 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ONDE LER-SE DATA/HORA: 27/06/18 LEIA-SE: DATA/HORA: 26/06/2018.. Adendo registrado por: Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigacao, matrícula: 1565699.

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.



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  
P A R A Í B A**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 23 de novembro de 2018.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigacao

MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE  
Noticiante



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

**MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE**

CPF da Vítima

**646.448.124-01**

Data do Acidente

**26/06/2018**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

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.

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

**27 NOV. 2018**

**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

**João Pessoa, 27 de Novembro de 2018**

Local e Data

**J. Marcos dos Santos Alexandre**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 809/011, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2114593, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE idade 50 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 26/06/2018, na Av. Guarabira, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 12:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 06 de Setembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CREIS\* Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

# 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: 05/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 00000008402-4

---

Nr. da Autenticação CFB12CB1B8175D1A

DANILLO SOUZA DE PAIVA  
RUA MARIA FERREIRA LEITE, 50 / QD 211A / LT 370 - MANGABEIRA  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58058-708 (AG: 1)

Emissao: 14/08/2018 Referencia: Ago / 2018 ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B1200 Km 25 - Corte Receptor: João Pessoa PB - CEP 58071-490  
Rotação: B - 5 - 398 - 2283 CNPJ: 09.985.162/0001-40 - Inscrição: 16.015.823-0  
NP medidor: 00001241984

Nota Fapci / Conta de Energia Elétrica: 12010.888.200  
Cód. para Débito Automático: 00016671727

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	14/08/2018	12/09/2018	367.128.044-0 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1057172-7

Canal de contato

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data	Leratura	Data	Leratura	
	19/07/18	7819	14/08/18	7806	32
<b>Demonstrativo</b>					
001 Descrição Quantidade Tensão Valor Base/Cat. Alô - somente Base/Cat. Padrão Cofre/RE Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS - Padrão(R\$) IPI/MEI(R\$) PIS/COFINS(R\$)					
0801 Consumo em kWh	89.000	0.717630	63,67	63,67 - 25 15,97 63,67 0,00 3,19	
0801 Adic. B. Vermelha			8,45	8,45 - 25 1,81 8,45 0,07 0,32	
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>					
0807 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			2,81	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0804 JUROS DE MORA 07/2018			0,37	0,01 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805 MULTA 07/2018			1,64	0,03 0 0,00 0,00 3,00 0,00	
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018			0,49	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 75,53 78,72 17,58 70,32 0,75 2,51

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 21/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 75,53

Histórico de Consumo (kWh)

52 | 4 | 3 | 6 | 21 | 171 | 173 | 191 | 27 | 4 | 43 | 151  
Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

RESERVADO 2abc.cbc8.62bd.e72b.742f.fb06.3cb5.f5e5.

6/2018-Mangabeira			Discriminação	Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
001 MENGAL	10,28	0,00	IGM/AL	220	
001 TRIMESTRAL	20,77		CONTRATADA		
001 CANAL	2,23	0,00	UNITE INFERIOR		
001 MENGAL	0,47		UNITE SUPERIOR		
001 TRIMESTRAL	12,25				
001 CANAL	2,24	0,00			
001 MENGAL	12,22				
001 CIRI					
			Total	75,53	100,00
Valor da EUSD (Ref. 6/2018) R\$ 11,38					

- Leitura confirmada

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPRE SECURIS FORTALEZA S/A

27/07/2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

PARAIBA

Rodovia: B-5- 398 - 2290  
Matrícula: 1057172-2018-08-0

VENCIMENTO 21/08/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 75,53

83690000000-8 75530149000-8 10571722018-7 08000005019-7



oi



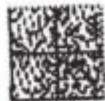
FAC

9912341037/2013-DR/RJ/SPM

8

Correios

CTC RECIFE PE PL6  
ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS  
RUA PROF CORINA MARIA RABELO 28  
JOSE AMERICO ALMEIDA  
58073-270 - JOAO PESSOA - PB



7213512820 26988 00004314393 30 200418

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
27 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 491.464.754,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.448.124,04, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.448.124,04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Profº - CORINA MARIA RABELO</u>		Número	<u>28</u>	Complemento	<u>CASA</u>	
Bairro	<u>JOSE AMERICO DE ALMEIDA</u>	Cidade	<u>JOAO PESSOA</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58073-270</u>
E-mail	<u>ADEGILSONSEGUROS@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(83)99375-3739</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83)98713-1642</u>		

João Pessoa de NOVEMBRO de 2018  
Local e Data

Adegilson Robson dos Santos  
Assinatura do Declarante

36-

## CERTIDÃO

Nº. 1429/2018

Atendendo solicitação de **MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 139821 pertencentes o requerente que foi atendido dia 26/06/2018 ás 13H33min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em joelho e punho esquerdos.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de platô proximal esquerdo + rádio distal esquerdo. Encaminhado para outro órgão hospitalar.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018



Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



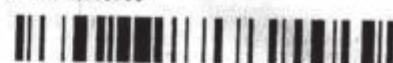


Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1090773



## Identificação do paciente

ID 1301159	Nome MARcos DOS SANTOS ALEXANDRE			Sexo Masculino
Data de nascimento 27/11/1968	Idade 49 anos 6 meses 30 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe GERALDA DOS SANTOS ALEXANDRE				Pai JOSE ANTONIO ALEXANDRE
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANA PAULO SANTOS DE LIMA - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988550372	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1281317	Nº Cns		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
Email	Naturalidade	CBO/R		

## Endereço

CEP 58059245	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARIA ISABEL RIBEIRO
Número 4516	Complemento	Bairro MANGABEIRA	

## Admissão

Data e Hora 26/06/2018 18:37:26	Número da pulseira 1000059889990	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	

## Indicadores e Transporte

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

27/06/2018

## Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	P脉	Temperatura
--------------------------	----	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos

Perdeu sangue no acidente de moto / segue  
encamado para ortopedia segue

Wellma Carvalho Andrade  
CREFPB 974-563

## Diagnóstico

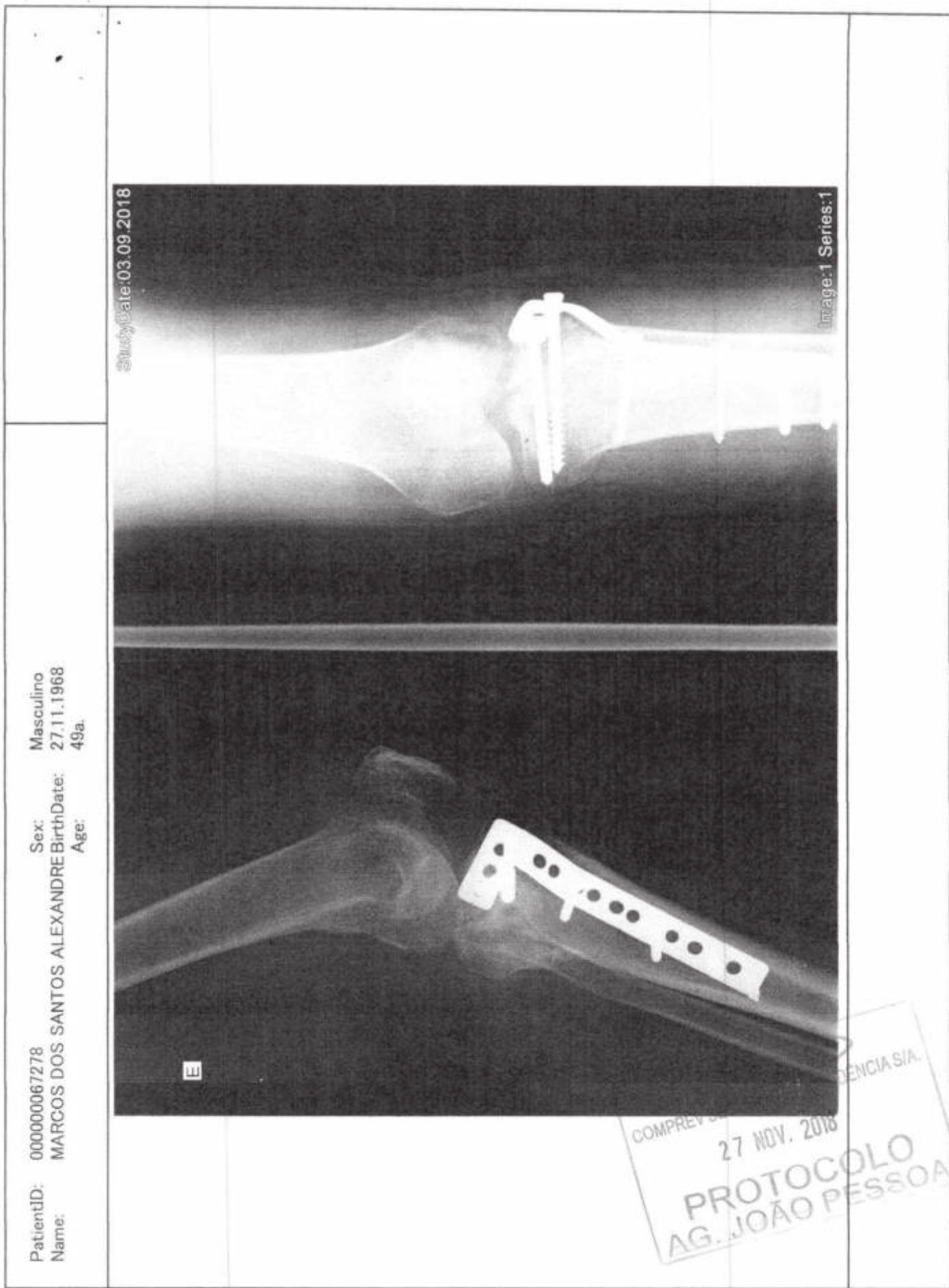
Atendido por  
KELLY DE SOUZA BARBOSA

Conduta / segue segue aus  
dolor

CID

Tempo  
01min 36seg

Imprimir



PatientID: 000000067278

PatientName: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

Sex: Masculino

BirthDate: 27.11.1968

Age: 49a.

E

StudyDate: 03.09.2018

Image.2 Series:2

21 NOV. 2018  
COMPREV SEGURO  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

HTOP



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

REF ID: 11

NOME: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE BE/PRONTUÁRIO 1090773  
IDADE: 49 SEXO:  MASC  FEM COR: DATA: 08/08/2018  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:  
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO  
CIRURGIÃO: DR KARTNEY 1º ASS: DR ROBERTO ALMEIDA  
2º ASS: DR PACELLI 3º ASS: MR FRANCINELIO  
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:  
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO COM PLACA BLOQUEADA EM L E PARAFUSOS BLOQUEADOS E CORTICais	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:  SIM  NÃO

Descrição:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO:  SIM  NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA  TERAPIA INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA  ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: 08/08/2018

Dr. Francinélio Freitas  
Médico  
CRM PB 9603  
NS 703404579057801

COMPREV  
COMPRESSE PREVIDENCIA  
21/01/2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

2018-07-04

NOME: MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE BE/PRONTUÁRIO 1090773  
IDADE: 49 SEXO:  MASC  FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: 04/07/2018  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO  
CIRURGIÃO: DR. MILTON BARBOSA 1º ASS: DR PACELLI  
2º ASS: MR1 FRANCINELIO 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: DRA. SOCORRO  
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:  SIM  NÃO

Descrição: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:  SIM  NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

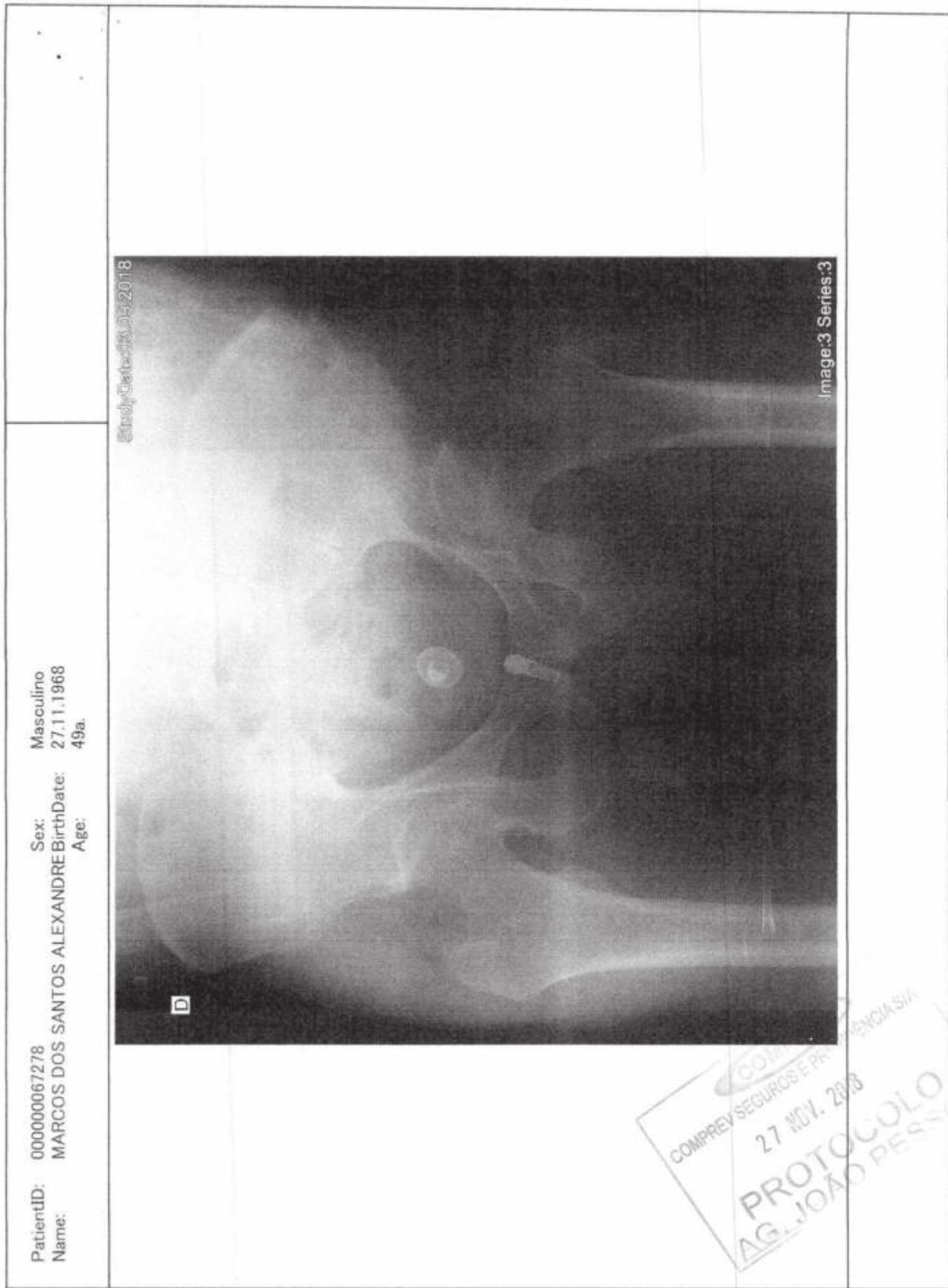
MÉDICO/CRM:

Dr. Francinello Pinto  
Médico  
CRM ES 9803  
CNS 703404579057800

DATA:

04/07/2018

COMPRA  
COMPRE SEU  
PROTÓCOLO  
AGORA  
27 NOV. 2018  
PESSOA







新民主主义阶段

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

卷之三

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
<b>ANTIBIOTICOPROFILAXIA</b>	
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>	
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>	
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>	
Incisão:	
<b>VIA DE ACESSO VOLAR PARA RÁDIO DISTAL</b>	
<b>DIVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS</b>	
<b>HEMOSTASIA</b>	
Achados:	
<b>FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO</b>	
Conduta:	
<b>REDUÇÃO ABERTA DA FRATURA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA 3X3 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS SOB AUXILIO DE ESCÓPIA</b>	
<b>FIXAÇÃO DE ESTILOIDE DO RÁDIO COM FIO DE KIRSHNER</b>	
<b>LIMPEZA COM SF</b>	

Fechamento:	
<b>CURATIVOS</b>	
<b>RX DE CONTROLE</b>	
<b>IMOBILIZAÇÃO EM TALA LUVA.</b>	
Observação:	

Médico/CRM:

João Pessoa,

04/07/2018

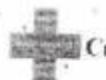
## Nota de Sala Cirúrgica



NOOME DO PACIENTE	Marcos dos Santos Alexandre					
IDADE	49	SEXO	M	DATA	10/07/16	ESTÁDIO
CIRURGIA	Cirúrgico - Fratura de Radio distal (E)					
CIRURGÃO	Dr. Miller	AUX	Dr. Parallel			
ANESTESIA	Blefaroscopia					
ANESTESISTA	Dr. Cimila					
INSTRUMENTADOR	Gulene					
DATA	04/07/16	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	14:00	CIRURGIA INÍCIO	15:30	CIRURGIA - 14:20
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA 1 (ASA 1), ASA 2 (ASA 2), ASA 3 (ASA 3)					45° 15
GRAD DE CONTAMINAÇÃO	( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONST.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	SRL 500	OK	JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL	S.F. 500	OK	KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
ENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVPI TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
EVOBUPIVACAÍNA C. VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
EVOBUPIVACAÍNA S. VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA C. VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0	L	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S. VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°7,5	L	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	L	LUVA ESTÉRIL N°8,0	□	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	L	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIACA	
NIMBILUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	1	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°18		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°36G		SCALP N°21	01	FIO DE KIRSCHNER N°	5,0 - fio
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	L	SERINGA 10ML	L	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR	
ATROFOPINA		CATETER EMBOLE C. ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		TMC	
IRONA SODICA	L	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	03	PARAFUSOS CORTICais N° 16	
LEUDRINA		COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
EUROSEMDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPÔNOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPÔNOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	01	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			Cx. 3,5	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONHA DE PVPI	1	FIOS	0-1 ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK	FIO ALGODÃO S/A N°	1- BISTURI ELETTRICO	
Clonidina	1	GAZES	✓	FIO ALGODÃO S/A N°	1- CAPNOGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A N°	1- CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLITICO	OK	FIO ALGODÃO C/A N°	1- DESFIBRILADOR	
		JELCO N°14			1- FOTO AUXILIAR	
		JELCO N°16			1- FOTO CENTRAL	
		LAP	07		1- MICROSCOPIO	
		ANTEBRACO	07		1- OXIMETRO DE PULSO	
		BAND RACUE	01		1- P. A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
					1- PERFLRADOR ELETTRICO	
					1- SERRA	
					CIRCULANTE	

Agupha de plexo A100 - B - Braun

Clonidina 100mg  
COREN 2237238-76  
FONTE: ASCIR 021-2



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: BRUNO DE  
LUNA ROMA  
Em: 04/08/2018 14:06:20

Paciente <b>MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE</b>		Boletim de Atendimento <b>1090773</b>	Data/Hora Entrada <b>26/06/2018 18:37:26</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>27/11/1968</b>	Idade <b>49</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Prontuário <b>109563</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>

**Evolução Médica (BRUNO DE LUNA ROMA - 04/08/2018 14:06:09)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

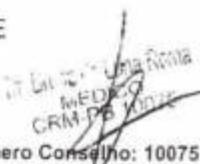
Descrição da evolução:

ORTOPEDIA#

HD:FRATURA DE PLANALTO TIBIAL

PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS E OU INTERCORRENCIAS EM LEITO COMUM DE ENFERMARIA  
AGUARDA PARECER DA CARDIOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA  
AO EXAME: BEG, NORMOCORADO, BOA PERFUSÃO DISTAL, BOA CONDIÇÕES DE PELE  
CONDUTA: REMARCAR CIRURGIA.

Seção: HTOP - APARTAMENTO 05 Leito: LEITO 02  
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA



Número Conselho: 10075



AV. ORESTES LISBOA, 56 - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA  
KAREN DANTAS BARRETO  
Em: 02/08/2018 17:16:45

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
<b>MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE</b>		1090773	26/06/2018 18:37:26	
Data de nascimento 27/11/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 109563
Tempo de Internação		Corrimento SUS		Plantão DIURNO

**EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 02/08/2018 17:04:04)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

cirurgia suspensa devido horário.

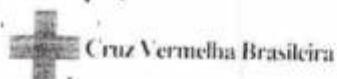
cd: vpm

staff: dr arão + dr lauri + dr thalles seabra

Seção: HTOP - APARTAMENTO 05 Leito: LEITO 02  
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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

T3



Impresso por: MARCIA  
FERNANDA DE ALMEIDA  
GADELHA  
Em: 29/06/2018 17:38:16

Paciente <b>MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE</b>		Boletim de Atendimento <b>1090773</b>	Data/Hora Entrada <b>26/06/2018 18:37:26</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>27/11/1968</b>	Idade <b>49</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Prontuário <b>109563</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>

### **Evolução médica (MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA - 29/06/2018 16:38:01)**

#### **Evolução**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

clínica médica

paciente com cirurgia agendada para o dia 02-07, sem queixas. Apresenta ECG em anexo sem sinais de isquemia, porém sem risco cirúrgico presente; exames de laboratório de 27-06 com leucócito de 15200 sem antibioticoterapia.

Conduta: Início de ceftriaxona, exames de laboratório recentes aguarda risco cirúrgico.

Seção: HTOP - TRANSICAO Leito: LEITO 03

Profissional responsável pela informação: MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA

Número Conselho: 4416

*an*



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

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		<b>2 - CNES</b>
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		<b>4 - CNES</b>
<i>HCF</i>		

<b>Identificação do Paciente</b>		<b>14 - N° DO PRONTUÁRIO</b>	
5 - NOME DO PACIENTE		<i>1090773</i>	
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		<b>7 - DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>8 - SEXO</b>
		<i>/ /</i>	Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
14 - CÓD. IBGE. MUNICÍPIO		15 - UF	16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>		<b>19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR</b>	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - 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

<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		<b>27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b>	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		28 - DESCRIÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I
		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<i>ORTHO LIFE</i>		37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>		<b>39 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b>	
<i>Cx. 4,5 Prequetada PLACA 4,5 Prequetada 4x6 em L Parafuso { N° 38 - C1 Parafuso { N° 32 - C1 Cortical { N° 44 - C1 Parafuso { N° 70 - C1 Parafuso Estriado R32 - N° 70 - C1</i>		<i>27-NOV-2001</i>	
		<b>40 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b>	
		<i>09/10/10</i>	

<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>		<b>41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>	
		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
1 - CNS		2 - CPF	
		43 - ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO	
		<i>DR. MARCOS VIANA CRM PA 10000</i>	

<b>AUTORIZAÇÃO</b>		<b>44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>	
		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	
1 - CNS		2 - CPF	
		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
		<i>CNS</i>	
		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
1 - CNS		2 - CPF	
		48 - ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO	

## Nota de Sala Cirúrgica



NDNE DO PACIENTE	MARCOS DOS SANTOS ALFONSINE				
IDADE	49	SEXO	M		
PROFISSÃO	MONTADOR				
ENFERMAGEM	ENFERMAGEM				
LEITO	LEITO 105/102				
DATA	03/08/18				
TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA	ANESTESIA				
TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	FIM				
TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA FIM	CIRURGIA INÍCIO 15:10h FIM 13:00h				
PADRÃO DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA 1 (ASA 1) ASA 2 (ASA 2)	ASA 3 (ASA 3)				
GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPIDA E CONTAMINADA / (2) INFECTADA / (3) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA	RL	JELCO Nº18		FIOS CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	JELCO Nº20		FIOS CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIOS DE AÇO Nº	
CETAMINA	DFC, 9%	JELCO Nº24		FIOS DE AÇO Nº	
DRONPERIDOL		KIT SIST DREN TORÁXICO Nº		FIOS DE NYLON Nº 2-0	1
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	FIOS DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº15	FIOS DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVP1 DEGERMANTE	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº23	FIOS POLIGLACTINA Nº	0
FLUZAZENIL	PVP1 TINTURA	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº24	FIOS POLIGLACTINA Nº	
FRANCO	PVP1 TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIOS POLIGLACTINA Nº	
BUPIVACAÍNA C. VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIOS POLIPROPILENO Nº	
BUPIVACAÍNA S. VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIOS POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA C. VASO	AGULHA 13X4,5	QTD.	LUVA ESTERIL Nº7,0	FIOS POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA S. VASO	AGULHA 25X07	QTD.	LUVA ESTERIL Nº7,5	FIOS POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	QTD.	LUVA ESTERIL Nº8,0	FIOS SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	QTD.	LUVA ESTERIL Nº8,5	FITA CARDIACA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCERÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº14	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21	FIOS DE KIRSCHNER Nº	
ROCI RÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	FIOS DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIOS STEINMAN Nº	
SUNAMETONIO	ATADURA DE CREPOM	QTD.	SERINGA 10ML	FIOS STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	QTD.	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	HEMOST. ABSURVIEL	
ADRENALINA		CÂNCUTA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT DÉRIV. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PRÓTESE VASCULAR	
ATROFOPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	L	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	PROTECO LIPPO	
METASONA	L	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	CX. 455	
INA SODICA	L	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS FORTICAIS Nº24	
INA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais Nº24	
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS CORTICais Nº24	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS CORTICais Nº24	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS CORTICais Nº24	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS CORTICais Nº24	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS CORTICais Nº24	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANGUE		PLACA 45x60 ALUMINIO 4x6 - C1	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP1	FIOS	QTD.	
TENONIAN		ESPARADIRAPO	FIOS ALGODÃO S/A Nº	1) ASPIRADOR	
		GAZES	FIOS ALGODÃO S/A Nº	2) BISTURI ELETRICO	
CLOZONINA		GAZES ALGODOADAS	FIOS ALGODÃO C/A Nº	3) CAPNOGRAFO	
		GEL ELETROLITICO	FIOS ALGODÃO C/A Nº	4) CARDIOMONITOR	
		JELCO Nº14		5) DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº16		6) FOCO AUXILIAR	
				7) FOCO CENTRAL	
				8) MICROSCOPIO	
				9) OXIMETRO DE PULSO	
				10) P. A. INVASIVA / N.º INVASIVA	
				11) PERFURADOR ELETRICO	
				12) SERRA	
				CIRCULANTE	
				Maria Chaves Oliveira	
				Técnico Enfermagem	
				COREN-PB: 911.375	
				FINGI ASCR 101-2	





Câmara Vermelha (Brasil)

Hospital Estadual de João Pessoa e Trajano  
Senador Freitas (HET)GOVERNO  
DA PARAÍBA

## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAC PESSOA - PB. 58031090

Tel: (83) 32185700

Fax: (83) 2778696

Nome MARIA DE SANTOS ALEXANDRE	BAE 1090773	Data/Hora Entrada 26/06/2018 18:37:26	Data Beleza
Sexo 17/10/1938	Idade 49a 6m 30d	Sexo Masculino	Telefone do Contato (83) 988560372
LÉA MARIA DE SANTOS ALEXANDRE			
Prontuário			
Endereço MARIA ISABEL RIBEIRO, 4516	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	JF PB
Adesiva VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 3637/PB
Data/Hora Classificação 26/06/2018 18:37:26	Data/Hora Prescrição 26/06/2018 18:51:29		

## Chamnese

## ORTOPÉDIAS

PACIENTE ENCAMINHADO DO TRAUMINHA COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL  
ESQUERDO E 1/3 DISTAL DO RÁDIO  
CONDUTA:

1- INTERNO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO  
2- SOLICITO RAIORAFIAS DO JOELHO E PUNHO ESQUERDO  
3- SOLICITO PRE OPERATÓRIO

## DROTA

1- LUKE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V. 8/8H (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTS/ML)

Diluir

CIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 5/6H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA SUBLINGUAL ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU  
PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

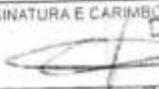
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MGTS/ML)

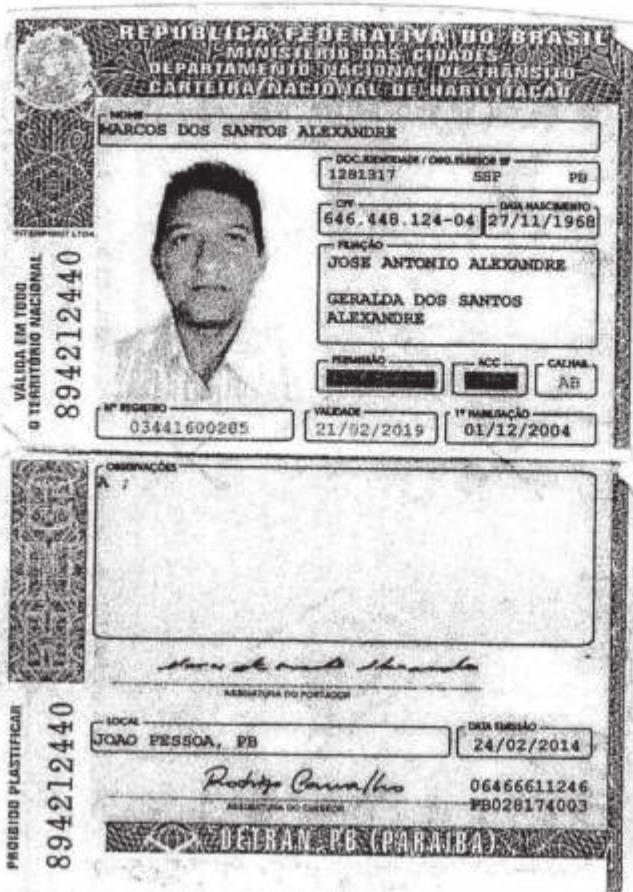
ENZOXAPRINA SÓDICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.C., 1X AO DIA

FLUCLORCE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 50,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTS/ML) SE NECESSÁRIO SE  
ENZALUTAMIDA 300 MG/10ML (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 MG VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTS/ML) SE NECESSÁRIO SE  
DILUIR (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

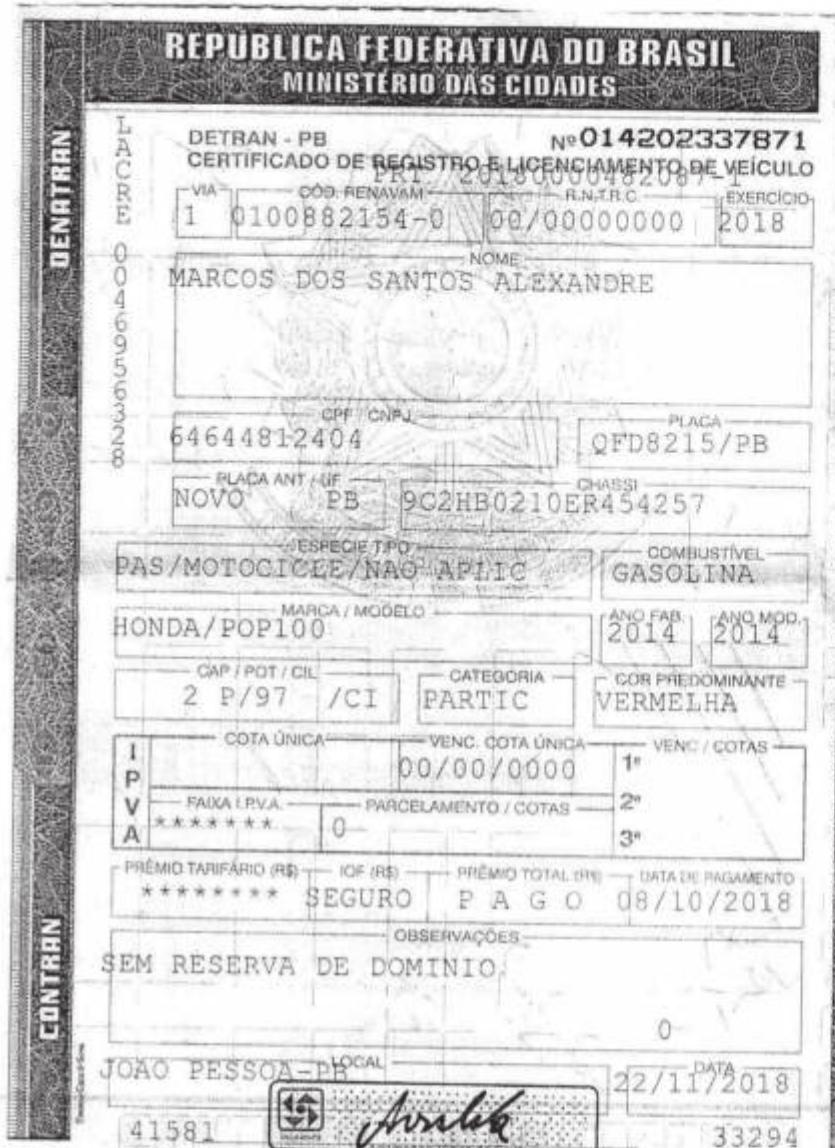
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/24, 0,0 (MGTS/ML)

CETOCOPOPENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/24H

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		
HTCP					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
HTCP					
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N.º DO PRONTO-ARQUIVO		
Marcos dos Santos Alexandre			1090773		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
			/ / / /		Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)
			DDD / / / /		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF
16 - CEP					
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>					
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
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE					
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> 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		
Cx 35 / TMC /			37 - QTDE		
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
<p>01 placa em T 3x3          03 parafusos convencionais N.º 16          01 fio de Kirschner 2.0          01 agulha de Pexo A 100 → B-Braun</p>					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
41 - DOCUMENTO			42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF			
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)					
 Dr. Franchetto Pinto Médico CRM-FB 9603 CNS 703404579057800					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR					
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
47 - DOCUMENTO			48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF			
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)					







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180558881      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE      **Data do acidente:** 26/06/2018      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 01/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM RÁDIO DISTAL ESQUERDO.  
FRATURA EM PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM FIOS DE KIRSCHNER,PLACA E PARAFUSOS- PUNHO ESQUERDO.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS- PLATÔ TIBIAL ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO E JOELHO ESQUERDOS.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO E JOELHO ESQUERDOS.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE	
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	
PROFISSÃO:	ESTADO CIVIL: CASADO	
IDENTIDADE:	CPF:	3.281.317 SSP/PIB 646.448.124-04
ENDERECO:	RUA MARIA FERRAGRIA LIGTG, 50100 211-A-1 370 MANGABIRIA JOÃO PESSOA/PB CEP: 58059-706	

OUTORGADO

NOME: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO	
IDENTIDADE: 1.169.247 - SSDS/PB	CPF: 491.464.754-00
ENDERECO: RUA PROF: CORINA MARIA RABELO N. 28 BAIRRO, JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA- JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58073270 - FONES (83) 98892-3276 (83) 99195-1719.	

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

JOÃO PESSOA, 23 de NOVEMBRO de 2018.

  
Marcos dos Santos Alexandre

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bel. Rômulo Vieira Batista - Subólio / Bel. Rosângela Vieira Batista - Subólio  
Rua São Pedro de Araújo, 40 - Bairro: Centro - CEP: 58005-714 - João Pessoa - Paraíba - Fone: (83) 3230-0880 / 3230-0881

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....

MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

\*\*\*\*\*

En test. da verdade, João Pessoa-PB 23/11/2018 11:20:11

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVANE AUTORIZADA

[2018-032035]EMOL:R\$ 49,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90

SELO DIGITAL: AHV34485-1811

Confira a autenticidade no <https://cetdigital.tinh.tin.ti>



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429386/18

**Vítima:** MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE

**CPF:** 646.448.124-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/06/2018

**Titular do CPF:** MARCOS DOS SANTOS  
ALEXANDRE

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS : 491.464.754-00

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

### MARCOS DOS SANTOS ALEXANDRE : 646.448.124-04

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: 27/11/2018  
Nome: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS  
CPF: 491.464.754-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

-----  
ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

-----  
MARCELA DO CARMO DE LIMA