

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: 057.833.414-36 Nome completo da vítima: Rogério Berto do Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E AVISO DE INDI- ENTENHIDA CESSAÇÃO DE VITIMAS BENEFICIÁRIOS - INSCRIÇÃO Nº 2/2017

Nome completo: Rogério Berto do Silva CPF:

Profissão: motorista Endereço: Rua Clemente Ferruz Número: 124 Complemento:

Bairro: Centro Cidade: Capão Estado: PB CEP: 58326-000

E-mail: rogerio_berto@hotmail.com Tel(DDD): 83199181-6739

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

RENTA MENSAL:

☐ RECURSO 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 (INDENTAR E ASSINAR UMA ÚNICA OPÇÃO)

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

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

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 0059178

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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: 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Capão/PB 10/03/2019
 Nome: Rogério Berto do Silva
 CPF: 062.085.314-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Rogério Berto do Silva
 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.



Prefeitura Municipal de Caaporã
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

PREFEITURA DE
CAAPORÃ
construindo uma nova história

SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 17/08/18	ID da Ocorrência: 2165186	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 217	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 19:00 Hs	Hora de Chegada no Local: 19:10 Hs
Paciente / Usuário: Rogério Zerto da Silva				Idade: 33	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Cupissura <input type="checkbox"/> Taquara <input type="checkbox"/> Pitimbu <input type="checkbox"/> BR 101 <input type="checkbox"/> Acaú <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: Sítio Capim de Cheiro				Bairro: Zona Rural	Médico Regulador: Dr. Juliana	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HEETSHL				Dr. Carlos Magalhães Franca CRM-PB 3792 Responsável e Função: (Assinatura) e Carimbo)		
Destino (Unidade Hospitalar)						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSPARÊNCIA
Motivo: Queda de moto	Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS	Responsável:
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	Hospital de Destino:
<input type="checkbox"/> Colisão carro x moto	Responsável:
<input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto	
<input type="checkbox"/> Atropelamento por:	
<input type="checkbox"/> Colisão carro x carro	
<input type="checkbox"/> Capotamento	
<input type="checkbox"/> Outro:	
<input type="checkbox"/> F.A.F.	ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> AIDS
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> AVC
<input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada:	<input type="checkbox"/> Convulsões
<input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca
<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa
	<input type="checkbox"/> Doença Mental
	<input type="checkbox"/> Doença Renal
	<input type="checkbox"/> Droga
	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
	Quais?

1. DADOS VITAIS: J30x80 FC: 80 FR: 21 HGT: 119 SpO2 - S/O2: 100 SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente consciente e orientado, apresentando possível fratura de fêmur (fechada) MTD, apresenta edema e injeção, referindo dor no local. (SSVV + Imobilização + AUP + medicação (analgésica)).

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções: SSVV + protocolo de imobilização + AUP + adm. med. PRM

Evolução do Enfermeiro:

Paciente consciente, orientado, eupneico, apresentando possível fratura fechada de fêmur direito, refere dor no local, apresenta edema e injeção no local, nega alergia medicamentosa.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Protocolo de imobilização + AUP + tilatil 40mg + AD + dipirona + AD, encaminhado p/ HEETSHL.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2019

AG. JOÃO PESSOA

2 - VIA AÉREA:

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☒ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Pallidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☒ Sim - Local: perna direita

3.2 - PERFUSÃO

☒ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☒ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL 15

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☒ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro:

Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☒ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☒ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☒ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☒ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s):

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 fita glicemia + 01 equipamento macro + 01 SRE + 01 jélico 20G + 04 ataduras de 20 cm + 01 tilatil 40mg + 01 AD + 01 dipirona + 01 AD.

PERTENCES DA VÍTIMA

☒ Não
☐ Sim
Objetos:

Entregues a / Local:

Assinatura com Carimbo do receptor:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Abraão

MATRÍCULA:

TEC. ENFERMAGEM: Juliana

COREN:

ENFERMEIRO(A): Sonal

COREN: 366357

MÉDICO(A):

CRM:

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME:

RG / CPF:

ASSINATURA (RUBRICA):

Observação:

TESTEMUNHA:

TESTEMUNHA:

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: 22/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROGERIO BERTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000059178-0

Nr. da Autenticação 9B39EE43FECC109D



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

10405186

REFERENCIA

NOV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RENATO FERREIRA DOS SANTOS
RUA CLEMENTE FERREIRA, 124 - CENTRO CAAPORA PB
58326-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Especial	
014.001.235.0073.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
A00A102986	24/10/2008	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
2229	2251	22	30	20/12/2018			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
OUT/2018	23	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
SET/2018	18	TURBIDEZ		0	0	0	
AGO/2018	21	CLORO		0	0	0	
JUL/2018	18	COL. TERHOT		0	0	0	
JUN/2018	16	COR		0	0	0	
MAI/2018	23	COL. TOTAIS		0	0	0	
MEDIA(CH)	19	DADOS REFERENTES A: SET/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 21/11/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 11:15:40

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3 37,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

10 M3 48,90

21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3

2 M3 12,90

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 9,22 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

02/12/2018

Total a Pagar:

R\$ 99,71



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFANCIA E PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
10405186	NOV/2018	02/12/2018	R\$ 99,71

82690000000 9 99710010014 5 01040518601 5 11201870003 2



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

10405186

REFERENCIA

NOV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RENATO FERREIRA DOS SANTOS
RUA CLEMENTE FERREIRA, 124 - CENTRO CAAPORA PB
58326-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Especial	
014.001.235.0073.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
A00A102986	24/10/2008	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
2229	2251	22	30	20/12/2018			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
OUT/2018	23	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
SET/2018	18	TURBIDEZ		0	0	0	
AGO/2018	21	CLORO		0	0	0	
JUL/2018	18	COL. TERHOT		0	0	0	
JUN/2018	16	COR		0	0	0	
MAI/2018	23	COL. TOTAIS		0	0	0	
HEDIA(CH)		19	DADOS REFERENTES A: SET/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 21/11/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 11:15:40

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3 37,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

10 M3 48,90

21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3

2 M3 12,90

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 9,22 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

02/12/2018

Total a Pagar:

R\$ 99,71



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFANCIA E PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA

MATRÍCULA

REFERENCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

10405186

NOV/2018

02/12/2018

R\$ 99,71

82690000000 9 99710010014 5 01040518601 5 11201870003 2



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



A conta do seu celular.



CTC RECIFE PE PLUS
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

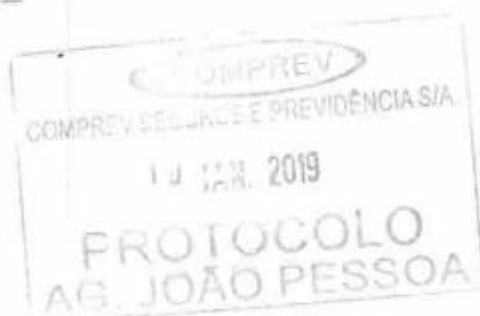


03905928

DATA DE VENCIMENTO: 10/10/18 - DATA DE POSTAGEM: 01/10/18



721621057300610000003859530011018



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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Francine Ellen de Lelis Feliciano inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.219.034 / 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rogério Berte da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.833.314 / 36, do sinistro de DPVAT cobertura incólides da Vítima Rogério Berte da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.833.314 / 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: - - - Renda: - - - e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

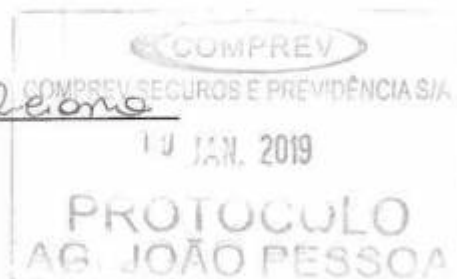
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Doutor Antônio Pollet</u>		Número <u>175</u>	Complemento
Bairro <u>Bonfarrós</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58051-780</u>
Email <u>francine.ellen@netmarc.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(33) 99181-6739</u>

João Pessoa / PB, 10 de fevereiro de 2019
Local e Data

Francine Ellen de Lelis Feliciano
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Arnaldo José Mesquita da Silva,

RG nº 3000315, data de expedição 07/04/2002

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 062.085.314-03, com domicílio na cidade de Caaporã, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Clemente Figueira, nº 124,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Rogério Brito da Silva cujo o condutor era Rogério Brito da Silva.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda XR 160 Bros

Ano: 2016

Placa: PCO 6643/PE

Chassi: 9C2ED0810GR436072

Data do Acidente: 17/08/2018

Local e Data: Caaporã/PB, 10 de janeiro de 2019

Arnaldo José Mesquita da Silva
Assinatura do Declarante

Rogério Brito da Silva

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



CARTÓRIO SOUSA SOARES - NOTAS, DOC. E
Travessa do Forum, S/N, Centro, Caaporã - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ARNALDO JOSE MESQUITA DA SILVA

Dou fé. Caaporã/PB - 07/01/2019

Escrevente: Hermógenes Bezerra Gomes Filho

Selo Digital: AHY91264-8NIA

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,23 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,70



Hermógenes Bezerra Gomes Filho
Escrevente

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Arnaldo José Mesquita da Silva,

RG nº 3000315, data de expedição 07/04/2002

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 062.085.314-03, com domicílio na cidade de Caaporã, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Clemente Figueira, nº 124,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Rogério Brito da Silva cujo o condutor era Rogério Brito da Silva.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda XR 160 Bros

Ano: 2016

Placa: PCO 6643/PE

Chassi: 9C2ED0810GR436072

Data do Acidente: 17/08/2018

Local e Data: Caaporã/PB, 10 de janeiro de 2019

Arnaldo José Mesquita da Silva
Assinatura do Declarante

Rogério Brito da Silva

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



CARTÓRIO SOUSA SOARES - NOTAS, DOC. E
Travessa do Forum, S/N, Centro, Caaporã - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ARNALDO JOSE MESQUITA DA SILVA

Dou fé. Caaporã/PB - 07/01/2019

Escrevente: Hermógenes Bezerra Gomes Filho

Selo Digital: AHY91264-8NIA

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,23 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,70




Hermógenes Bezerra Gomes Filho
Escrevente

Documento de Alta

Nome: ROGERIO BERTO DA SILVA			Número Prontuário: 110551
Data de 30/01/1985	Sexo: Masculino	Data de Internação: 17/08/2018 22:35:12	Data de Alta: 25/08/2018 07:34:14
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: INTERNADO P/ TTº CIRURGICO FT FEMUR			
Resumo da Internação: SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DO FEMUR SEM INTERCORRENCIAS			
Resultado de Exames: RX FEMUR COM FT DIAFISE DO FEMUR			
Tratamento: RAFI DR JACQUES DR JUVENCIO			
Diagnóstico: S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur			
Recomendações: TROCA DE CURATIVOS RETORNO HTOP EM 1 SEMANA AMBULATORIO DR JACQUES OU JUVENCIO			

Data: 25/08/2018


FRANCISCO GUEDES DE SOUZA
NETO
CRM: 6371 - PB





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROGERIO BERTO DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 30/01/85
NOME DA MÃE ANTONIA ALVINA FERREIRA CORREIA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.102.207
Nº PRONTUÁRIO 110.551
DATA DO ATENDIMENTO 17/08/18
HORA DO ATENDIMENTO 20:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta em que a mesma caiu por cima de sua perna D, apresentando relato de dor em membro inferior D, com imobilização local Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa D - AP e P
RX da bacia - AP
RX do joelho D - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur D ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. José Rodriguez no 1º tempo e pelo Dr. Jacques Paiva e Dr. Luiz Juvêncio no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 25/08/18
DATA DA EMISSÃO: 29/11/18

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



AV. ORESTES LISBICA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOAO PESSOA - CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1102207



Identificação do paciente

ID 1317278	Nome ROGERIO BERTO DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 30/01/1985	Idade 33 anos 6 meses 27 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110551
Mãe ANTONIA ALVINA FERREIRA CORREIA	Pai JOAO BERTO DA SILVA		Responsável (Parentesco) - IRMÃO(A)	
Escolaridade	DDD Móvel 83		Fone Móvel 993100151	DDD Fho 83
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3087344	Fone Fixo 32861121		Nº Cns
Local de procedência CAAPORA	Tipo MUNICIPIO		UF PB	CBO/R
Email	Naturalidade			

Endereço

CEP 58326000	Município de residência CAAPORA	UF PB	Logradouro CLEMENTE FERREIRA
Número 124	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 17/08/2018 20:52:45	Número da pulseira 1000006012709	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUJA	
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 AMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

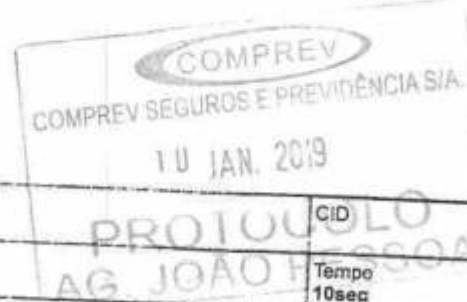
PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: ROGERIO BERTO DA SILVA			Número Prontuário: 110551
Data de: 30/01/1985	Sexo: Masculino	Data de Internação: 17/08/2018 22:35:12	Data de Alta: 25/08/2018 07:34:14
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: INTERNADO P/ TTº CIRURGICO FT FEMUR			
Resumo da Internação: SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DO FEMUR SEM INTERCORRENCIAS			
Resultado de Exames: RX FEMUR COM FT DIAFISE DO FEMUR			
Tratamento: RAFI DR JACQUES DR JUVENCIO			
Diagnóstico: 2.3 - Fratura da diáfise do fêmur			
Recomendações: TROCA DE CURATIVOS RETORNO HTOP EM 1 SEMANA AMBULATORIO DR JACQUES OU JUVENCIO			

Data: 25/08/2018

FRANCISCO GUEDES DE SOUZA
NETO
CRM-6371 - PB

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ROGERIO BERTO DA SILVA	BAE 1102207	Data/Hora Entrada 17/08/2018 20:52:46	Data Baixa
Data de nascimento 30/01/1985	Idade 33a 6m 19d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ANTONIA ALVINA FERREIRA CORREIA			Telefone de Contato (83) 32861121
Endereço CLEMENTE FERREIRA, 124	Bairro CENTRO	Município CAAPORA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE RODRIGUES ZORRILLA NETO	Nº Cons. Regional 9390/PB
Data/Hora Classificação 17/08/2018 20:52:46		Data/Hora Prescrição 17/08/2018 22:16:55	

Anamnese

paciente vítima de acidente de carro

dor e deformidade em coxa direito

x: fratura diafisaria da femur fechada

cd: internamento hospitalar
ao bloco para tração trans tibial**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

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 ML VIA E.V., 8/8H

APTOPRIL 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

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 ML VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

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

PANTOPRAZOL SÓDICO 40MG INJETAVEL, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V, 1X AO DIA

CUIDADOS: Cuidado por: JOSEVALDO DA SILVA em 17/08/2018 20:52:56

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ROGERIO BERTO DA SILVA	1102207	17/08/2018 20:52:46	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
30/01/1985	33a 6m 19d	Masculino	
Mãe			Telefone de Contato
ANTONIA ALVINA FERREIRA CORREIA			(83) 32861121
Endereço	Bairro	Município	UF
CLEMENTE FERREIRA, 124	CENTRO	CAAPORA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CARLOS MAGALHAES FRANCA	3792/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
17/08/2018 20:52:46		17/08/2018 21:13:31	

Anamnese

" CIRURGIA GERAL #

...CIENTE RELATA QUEDA DE MOTOCICLETA, EM QUE A MESMA CAIU POR CIMA DE SUA PERNA DIREITA. RELATA DOR EM MI DIREITO, COM IMOBILIZAÇÃO NO LOCAL. NEGA DOR EM REGIÃO CERVICAL, TÓRAX E ABDOME. NEGA TONTURA, NÁUSEA, VÔMITO E OUTROS SINAIS DE ALERTA.

...EXAME FÍSICO: CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15, PUPILAS FOTORREAGENTES. SEM DOR À PALPAÇÃO EM REGIÃO CERVICAL, TORÁCICA E ABDOMINAL.

AC: RCR EM 2T, BCNF

AR: MV PRESENTE EM AHT

CONDUTA:

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

USG FAST

PARECER DA ORTOPEDIA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

ADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

ADIOGRAFIA DE BACIA

ADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO(AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Luciano Leal Lú2

Médico Residente

CRM-PB 10125

ROGERIO BERTO DA SILVA

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(: 3792/PB)



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: 22/08/2018 05:45:44

Paciente ROGERIO BERTO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1102207	Data/Hora Entrada 17/08/2018 20:52:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/01/1985	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110551	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 22/08/2018 05:45:32)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DIÁFISE FÊMUR D.;
EXAMES OK; EM TTE.

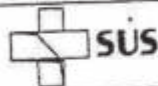
PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

CD: AGUARDA CIRURGIA.
OPME: CX 4,5 OU HIM.Seção: POSTO IB - ENF 15 Leito: 0003 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMABruno de Luna Roma
CRM-PB 10075

Número Conselho: 10075

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





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

2 - CNES

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Regenio Berto da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

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)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

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

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTOE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTOE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTOE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ex 4,5 m.c
01 - placa longa c/ 16 pinos (avulsos)
01 - parafuso reticular n° 28
04 - " " " " n° 32
02 - " " " " n° 34
03 - " " " " n° 36
01 - " " " " n° 38
02 - " " " " n° 38

01 - Agulha A 100

IMPRESSÃO
10/05/2013

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

Dr. Vitor Linhares
Médico
CRM 2184-RN
CRM 10694-PA



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

ROGERIO BERTO DA SILVA BE/PRONTUÁRIO **1102207**
IDADE: _____ SEXO: ☐ MASC 6 ☐ FEM COR: _____ DATA: **23/8/2018**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO**
CIRURGIÃO: **DR LUIZ JUVENCIO** 1º ASS: **DR JACQUES**
2º ASS: **MR1 DANIEL** 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO	
COM PLACA DCP LONGA + PARAFUSOS CORTICAIS	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____

DATA: **23/8/2018**

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM: 11134

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JAN 2019
PROTOCOLO
1020 PESSOA



NOME DO PACIENTE Rogério Berto da Silva

IDADE 33 **SEXO** M **PROFISSIONÁRIO** ENFERMEIRO **LEITO**

CIRURGIA Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito

CIRURGIÃO Dr. Jacques Dr. Fernandes

ANESTESIA Raquel

ANESTESISTA Dr. Rossana (Rossana)

INSTRUMENTADOR Yleriston

DATA 23/08/18 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO** **FIM** **CIRURGIA INÍCIO** 13h51:45

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5

GRAL DE CONTAMINAÇÃO LIMPA CONTAMINADA INFECTADA POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BLPIVACAÍNA ISOBARICA	1	JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BLPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORÁNICA Nº		FIO DE NYLON Nº 2.0	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO	1	SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4.5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		FIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X08		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		FIO SEDA Nº	
NEBUZUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		FITA CARDÍACA	
ANCLORÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
ETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CATETER DE PIC	
ROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		CIMENTO CIRÚRGICO	
AMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
OCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
VOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO DE KIRSCHNER Nº	
XAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN Nº	
OPENTAL		ATADURA GESSADA		FIO STEINMAN Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
RENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	KIT DERIVA VENTRICULAR	
ROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		PROTESE VASCULAR	
NTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		KIT PAM	
FAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		FIXADOR EXTERNO	
XAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		Cal 4.5 IMPRESA M.C	
IRONA SODICA	1	CERA PARA OSO		PARAFUSOS CORTICAIS 0.1m=28	
DRINA	1	COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS 0.4m=32	
ROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS 0.2m=34	
COSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS 0.3m=36	
CONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS M. LIG. 0.1m=38	
ROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS M. LIG. 0.4m=42	
OCAÍNA GELEIA		ELETRODOS		PLACA 20x10x1.5 F. 01	
ASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	PLACA	
SIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
STIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
TAMINA		ESPONJA DE PVPI		EQUIPAMENTOS	
OXICAN		ESPARADRAPO		() ASPIRADOR	
lepro jmo	1	GAZES		() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS		() CAPNOGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO		(X) CARDIOMONITOR	
		JELCO Nº14		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº16		() FOCO AUXILIAR	
				(X) FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				(X) OXÍMETRO DE PULSO	
				(X) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				(X) PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

ASSINATURA DO CIRURGIÃO **ASSINATURA DO ANESTESISTA** **ASSINATURA DO INSTRUMENTADOR**

ASSINATURA DO ENFERMEIRO **ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA** **ASSINATURA DO PSICÓLOGO**

ASSINATURA DO NUTRICIONISTA **ASSINATURA DO FARMACÊUTICO** **ASSINATURA DO ODONTÓLOGO**

ASSINATURA DO RADIOLÓGICO **ASSINATURA DO PATÓLOGO** **ASSINATURA DO LABORANTISTA**

ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE PLÁSTICO **ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE INTENSIVIDADE** **ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE UTI**

ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE NEONATOLOGIA **ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE PEDIATRIA** **ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE GINECOLOGIA**

ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE OBSTETRICA **ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE ORTODONTIA** **ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE ORTODONCIA**

ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA **ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE OTO-OTOLOGIA** **ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE OTO-OTOLOGIA**

CIRCULANTE
Cidade de São Paulo - SP
Gilberto dos Santos
Rua da Liberdade, 100
Condição: FIMOSAS 821-2



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 23/08/18

PRONTUÁRIO:

 PACIENTE: ROGÉRIO BERTO DA SILVA SEXO: M COR: P IDADE: 38 anos

 PRESSÃO ARTERIAL 120/80 mmHg PULSO 74 bpm RESPIRAÇÃO OK TEMPERATURA OK PESO OK GRUPO SANGÜÍNEO OK
 ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO (OK) AP. CIRCULATÓRIO (OK)AP. DIGESTIVO (OK) ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO VPMPRÉ-ANESTÉSICO MIDAZOLAM 2mg IV NA SO ESTADO FÍSICO (ASA) ASA IDOSE/HORA MIDAZOLAM 2mg IV NA SODIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE FÊMUR (D)CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÊMUR (D)CIRURGIÃO DR. JACQUES AUXILIARES DR. JUVÊNCIOINÍCIO DA ANESTESIA 13:45h TÉRMINO DA ANESTESIA 16:45h DURAÇÃO DA ANESTESIA 3 horasCÓDIGO DO PROCEDIMENTO OK QUANT. DE CH. OK VALORES RS OKANESTESISTA ROSANA L.M.F. VALE CPF 620.882.174-91 CRM-PB 4229AGENTES HORAS 13:45 14:45 15:45 16:45Dose (mg/min) OK OK OK OKLÍQUIDOS VENOSOS OK OK OK OKPULSO OK OK OK OKCORONA OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OKP. ARTERIAL OK OK OK OKDIÁSTOLICA OK OK OK OKANESTESIA OK OK OK OKREINORÇÃO OK OK OK OK

P.



Paciente: Regino Berto do Silva

Procedimento: Método mono-linguístico trans-le-pal

Médico: Dr. J. Rodríguez

Prontuário: 1102207

Data:

Reposição:

मिड

Data: 170818

Caixa Pronta:

[illegible][illegible]

ASSINATURA DO MEDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Jamile Ferreira Rodrigues,

Táctica Enfermader

ASSINATO E PRESENTATO SINGOLARMENTE



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

H. G. G. S. H. L.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. G. G. S. H. L.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Rogério Berto do Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

1 1

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDO

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)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-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

absoluta - Fio Kirschner

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

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

DR. JOÃO PESSOA
MÉDICO
CRM 11134

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

NOME: **ROGERIO BERTO DA SILVA** BE/PRONTUÁRIO **1102207**
 IDADE: _____ SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: _____ DATA: **17/8/2018**
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: _____ LR: _____
 CIRURGIA: **TRAÇÃO TRANSESQUELETICA TIBIAL DIREITA**
 CIRURGIÃO: **DR JOSE RODRIGUES** 1º ASS: **MR1 DANIEL**
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: **SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA COM FIO KC 4,0 MM	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ N O

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ N O

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____


MÉDICO
CRM 1134

DATA: _____

17/8/2018


COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA + ANTISEPSIA
APOSICAO DE CAMPOS CIRURGICOS
Incisão:
INCISÃO EM FACE LATERAL DE PERNA DIREITA
Achados:
Condução:
TRAÇÃO TRANSTIBIAL D COM FIO KC 4,0MM
CURATIVO ESTEREIS
RX CONTROLE
Fechamento:
Observação:
8 KGS EM TRAÇÃO TRANSTIBIAL

Médico/CRM:

Daniel Conserva
MÉDICO
CRM 13134

João Pessoa,

17/8/2018

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



FORM 7842

NOME DO PACIENTE: Rogério Bento da Silva
 IDADE: 33a SEXO: M PRONTUÁRIO: 10207 ENFERMARIA: 1 LEITO: 1
 CIRURGIÃO: Dr. João Rodrigues ANESTESIA: Sedativo + local
 ANESTESISTA: Dr. André
 INSTRUMENTADOR: Dr. João
 DATA: 17/01/17 TEMPO CIRÚRGICO: 23:30 FIM: 23:00
 INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE):
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BLPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BLPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15	
FENTANILA		PVPi DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	
ISOFLURANO		PVPi TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
MORFINA		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
NORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
NIMBILUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	
PANCLURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTÍVIAS	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
CEFALOXILINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIPLOMATA SODICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
EFEVIA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
FULMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDASINTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi		FIOS	QTD.
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A Nº	
		GAZES		FIO ALGODÃO S/A Nº	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº	
		JELCO Nº14			
		JELCO Nº16			

EMPRESA: COMPREV
 EQUIPAMENTOS: () ASPIRADOR () BISTURI ELÉTRICO () CAPNÓGRAFO () CARDIOMONITOR () DESFIBRILADOR () FOCO AUXILIAR () FOCO CENTRAL () MICROSCOPIO () OXÍMETRO DE PULSO () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA () PERFURADOR ELÉTRICO () SERRA

Assinatura: Jamile Pereira Rodrigues
 Técnico Enfermagem
 COREN-PB 918079



HISTÓRICO

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/08/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Rogério B. de S. L. SEXO: M COR: Br IDADE: 50

PRESSÃO ARTERIAL 120/80 PULSO 72 RESPIRAÇÃO 12 TEMPERATURA 36.5 PESO 75 GRUPO SANGÜÍNEO B

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

EXAMES COMPLEMENTARES qu

AP. RESPIRATÓRIO ok AP. CIRCULATÓRIO ok

AP. DIGESTIVO ok ESTADO MENTAL ok DROGAS EM USO ok

PRÉ-ANESTÉSICO ok ESTADO FÍSICO (ASA) II

DOSE HORAS ok

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fract. Rolim

CIRURGIA REALIZADA TROS. CERVICAL / TROS. DO

CIRURGIÃO ok AUXILIARES ok

INÍCIO DA ANESTESIA ok TÉRMINO DA ANESTESIA ok DURAÇÃO DA ANESTESIA ok

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ok QUANT. DE CH. ok VALORES RS ok

ANESTESISTA Dr. Anderson CRM-PB 76

AGENTES HORA ok

JEJUM VENTOSO ok

ANESTESIA ok

PULSO ok

DIÁSTOLICA ok

ARTERIAL ok

RESPIRAÇÃO ok

TEMPERATURA ok

PESO ok

GRUPO SANGÜÍNEO ok

ESTADO GERAL ok

RISCO CIRÚRGICO ok

EXAMES COMPLEMENTARES ok

AP. RESPIRATÓRIO ok

AP. CIRCULATÓRIO ok

AP. DIGESTIVO ok

ESTADO MENTAL ok

DROGAS EM USO ok

PRÉ-ANESTÉSICO ok

ESTADO FÍSICO (ASA) ok

DOSE HORAS ok

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO ok

CIRURGIA REALIZADA ok

CIRURGIÃO ok

AUXILIARES ok

INÍCIO DA ANESTESIA ok

TÉRMINO DA ANESTESIA ok

DURAÇÃO DA ANESTESIA ok

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ok

QUANT. DE CH. ok

VALORES RS ok

ANESTESISTA ok

CRM-PB ok

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

JEJUM ok VOLUME EM ml ok MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	USADO	USADO
1	1	11
2	2	12
3	3	13
4	4	14
5	5	15
6	6	16
7	7	17
8	8	18
9	9	19
10	10	20

DESTINO DO PACIENTE

☐ APT* ☒ ENFERMARIA

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

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

Dr. Anderson
Anestesiologista
CRM-PB 7728
CREMÉR 19538

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F.(ING) ASCIR 026-1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 02

Rogério Berto da Silva

IDENTIFICAÇÃO

ROGERIO BERTO DA SILVA

JOÃO BERTO DA SILVA

ANTONIA ALVINA FERREIRA CORREIA

CAAPORA - PB

30/01/1985

DATA DE NASCIMENTO

256061 FLS. 250; LIV. 21-A.

CRIST. GRAVATA - PB.

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 11.3.2003

SERIAL: 008794

ROGERIO BERTO DA SILVA

JOÃO BERTO DA SILVA

ANTONIA ALVINA FERREIRA CORREIA

CAAPORA - PB

30/01/1985

DATA DE NASCIMENTO

256061 FLS. 250; LIV. 21-A.

CRIST. GRAVATA - PB.

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 04844840

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 12 da Lei nº 8.912/84)



04844840

04844840

04844840

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome: JOSEFANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Matrícula: JOSE FELICIANO DA SILVA
ELIANE DE MELO COSTA

Matrícula: JOÃO PESSOA PE

CPF: 3589321-550108

Assinatura: João Pessoa PE

Assinatura: João Pessoa PE

Assinatura: João Pessoa PE

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014085197289
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM ENTRC EXERCÍCIO
1 1080354520 ***** 2018

ARNALDO JOSE MESQUITA DA SILVA

TIMBAUBA - PE

062.085.314-03

PLACA
PC06643

PLACA ANT./UP CHASSI
***** 9C2KD0810GR436072

ESP. DE TIPO
PAS MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESDE

ANO FAB. ANO MOD.
2016 2016

CAP/POT/CIL
2P/162CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA 2018 QUITADO

VENC./COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
A 1 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
3 SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
TIMBAUBA - PE 28/11/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 014085197289 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ARNALDO JOSE MESQUITA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

TIMBAUBA - PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 28/11/18

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 062.085.314-03 PC06643

RENAVAM MARCA / MODELO
1080354520 HONDA/NXR160 BROS ESDE

ANO FAB. COT. TARIF. Nº CHASSI
2016 09 9C2KD0810GR436072

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADORA (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014085197289
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM ENTRC EXERCÍCIO
1 1080354520 ***** 2018

ARNALDO JOSE MESQUITA DA SILVA

TIMBAUBA - PE

062.085.314-03

PLACA
PC06643

PLACA ANT./UP CHASSI
***** 9C2KD0810GR436072

ESP. DE TIPO
PAS MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESDE

ANO FAB. ANO MOD.
2016 2016

CAP/POT/CIL
2P/162CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC./COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
3 SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL

DATA
TIMBAUBA - PE 28/11/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 014085197289 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ARNALDO JOSE MESQUITA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
TIMBAUBA - PE 2018 28/11/18

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 062.085.314-03 PC06643

RENAVAM MARCA / MODELO
1080354520 HONDA/NXR160 BROS ESDE

ANO FAB. COT. TARIF. Nº CHASSI
2016 09 9C2KD0810GR436072

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADORA (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190026655 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO BERTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO)E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190026655 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO BERTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO)E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190026655 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO BERTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO)E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190026655 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO BERTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO)E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
BEZERRA CAVALCANTI
Reconheço por ANTICIPAÇÃO
e(s) firma(s)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

indicadas(s) por seta(s) com minha rubrica
Dou fé
Caapora 10 / 01 / 2019
Selo: AIA 41555-565.62

OUTORGANTE:

Nome: Rogério Berto da Silva
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteiro
Profissão: motorista
Identidade: 308734-9 CPF: 057.833.414-36
Endereço: Rua Clemente Ferreira, 124, Bento, Coqueiro, Paraíba

OUTORGADO:

Nome: João Pâmulo de Melo Falcão
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteiro
Profissão: advogado
Identidade: 2.569.321 SSP/PB CPF: 036.219.034-88
Endereço: Rua Doutor Antônio Vitor, 175, Bonfim, São Paulo, Paraíba

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Rogério Berto da Silva

Coqueiro/PB, 10 de janeiro de 2019
Local e data

Rogério Berto da Silva
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



COMPREV
SISTEMA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
 BEZERRA CAVALCANTI
 Reconheço por ANTICIPAÇÃO
 a(s) firma(s)
 indicadas(s) por seta(s) com minha rubrica
 Dou fé
 Caapora 10 / 01 / 2019
 Selo: AIA 41555-565.62

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Rogério Brito da Silva
 Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteiro
 Profissão: motorista
 Identidade: 308734-9 CPF: 057.833.414-36
 Endereço: Rua Clemente Faria, 124, Bento, Coqueiro, Paraíba

OUTORGADO:

Nome: João Pâmulo de Melo Falcão
 Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteiro
 Profissão: advogado
 Identidade: 2.569.321 SSP/PB CPF: 036.219.034-88
 Endereço: Rua Doutor Antônio Vitor, 175, Bonfim, São Paulo, Paraíba

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Rogério Brito da Silva

Coqueiro/PB, 10 de janeiro de 2019
 Local e data

Rogério Brito da Silva
 Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)



COMPREV
 COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 10 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011586/19

Vítima: ROGERIO BERTO DA SILVA

CPF: 057.833.414-36

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROGERIO BERTO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

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

ROGERIO BERTO DA SILVA : 057.833.414-36

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

Data da entrega: 10/01/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190026655

Vítima: ROGERIO BERTO DA SILVA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROGERIO BERTO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190026655

Vítima: ROGERIO BERTO DA SILVA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROGERIO BERTO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190026655

Vítima: ROGERIO BERTO DA SILVA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROGERIO BERTO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ROGERIO BERTO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000059178-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

Nome completo da vítima:

057.833.414-36

Rogério Berto do Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E AVISO DE INDI-ENTENDIMENTO ESSA TÍTULA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - FICULA SUSP. Nº 2/2017

Nome completo:

CPF:

Rogério Berto do Silva

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

motorista

Rua Clemente Ferruz

124

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Centro

Cagari

PB

58326-000

E-mail:

Tel.(DDD):

profefeioro@hotmail.com

83199183-6739

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☒ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCARIOS DO BENEFICIÁRIO (VÍTIMA) - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTAS

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1033

CONTA:

0059178

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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

nascimento (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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Cagari/PB 10/03/2019

Rogério Berto do Silva

062.085.314-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Rogério Berto do Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

231-731362703-4

19/AGO/2015 HORA OF 12:16:07

LOT. 13.018160-9 TERM 012078

LOCALIDADE: CAAPORA

AG. VINCULADA: 1033 CONTROLE: 231100434

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUF CAIXA FÁCIL

NOME: ROGERIO BERTO DA SILVA

AGÊNCIA: 1033

OPERAÇÃO: 013

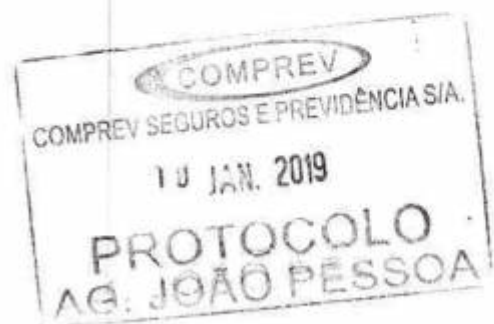
CONTA-OV: 0059178-0

DATA DE ABERTURA: 19/08/2015

LOTÉRIAS CAIXA

231-731362703-4

VIA DO CLIENTE



BOLETIM DE OCORRENCIA nº 010/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do ocorrido: 17 de agosto de 2018

Hora e data que a Delegação tomou conhecimento: 10/01/2019.

Local do ocorrido : Sítio Capim de Cheiro

COMUNICANTE:

Nome: ROGERIO BERTO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Naturalidade: Caaporã/PB

Idade: com 33 ANOS DE IDADE

Data de nascimento: 30/01/1985

Estado Civil: solteiro

Profissão: motorista

Identidade nº: 3087344 SDS /PB

CPF: 057 833 414 36

Filiação: João Berto da Silva e de Antonia Alvina Ferreira Correia

Endereço: Rua Clemente Ferreira ,124, Centro, Cidade de Caaporã/PB.

Telefone: (83) 9 9313 5307

HISTORICO: Que a notificante vem registrar que em data de 17/08/2018, quando pilotava a moto de marca Honda, tipo NXR 160 BROS ESD, Placa PCO 6643/PE, registrada no Detran/PE em nome de ARNALDO JOSÉ MESQUITA DA SILVA, pelo Sítio Capim de Cheiro, quando veio a desequilibrar e cair da referida moto, tendo sido socorrida pelo SAMU para o Hospital de Trauma da Capital, onde lá foi submetida a intervenção cirúrgica , conforme Laudo Médico, Boletim de entrada 1.102.207, CID 10 S 72.3, assinado pelo DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, EXPEDIDO EM DATA DE 29/11/2018. Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica). Requer registro da ocorrência e respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

Rogério Berto da Silva
COMUNICANTE

[Assinatura]
Escrivão de Polícia

