

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 ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO (Pessoa Física) VITÍMA/BENEFICIÁRIO: RUA CLEMENTE FERREIRO, Nº 224, CENTRO, COCORAIO, PB, CEP: 58326-000

Nome completo: Rogério Berto do Silva CPF: 057.833.414-36

Profissão: metalurgista Endereço: Rua Clemente Ferrero Número: 224 Complemento:

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

E-mail: profissional@hotmarl.com.br Tel.(DDD): 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 BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO (A INDENIZAÇÃO É ASSINALADA UMA ÚNICA OPÇÃO DE CONTAS)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4033 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: Local e Data: Cocoraio/PB 10/01/2019
Nome: Rogério Berto do Silva
CPF: 062.085.314-03
TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

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

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



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 <u>17/08/18</u>	ID da Ocorrência <u>2165186</u>	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe <u>217</u>	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base <u>19:00</u> Hs	Hora de Chegada no Local <u>19:10</u> Hs
-------------------------	------------------------------------	--	---------------------------	--	--	---

Paciente / Usuário <u>Rogérioberto da Silva</u>	idade <u>33</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
--	--------------------	--	-----------

Local da Ocorrência: Cupissura Taquara Pitumbu BR 101 Acaú Outro: _____

Logradouro <u>Sítio Capim de Cheiro</u>	Bairro <u>Zona Rural</u>	Médico Regulador <u>Dr. Juliana</u>
--	-----------------------------	--

Quantidade de vítima(s) no local: Uma Duas Três Mais de três:
Apoio no Local: USB USA Resgate / Bombeiros PM Resgate PRF BPTRAN Outro: _____

QTA: Socorrido por Terceiros Socorrido pelos Bombeiros Evadiu-se do Local Trote Outro: _____

DESTINO DO PACIENTE: Atendido no Local e Liberado Encaminhado a Unidade Hospitalar Óbito no Local Óbito Durante o atendimento

HEETSHU Destino (Unidade Hospitalar)

Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 3792
Responsável e Funcionário (Assinatura e Carimbo)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

1. DADOS VITAIS

Box 80 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 fechada de fêmur (fechada) MID, apresenta edema e injeções, referindo dor no local. (SSVU + Imobilização + AVP + medicação analgésica).

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____
Intervenções: SSVU + protocolo de imobilização + AVP + adm. med. PERM TOCICOLO
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 + AVP + tilatil 40mg + AD + dipirona + AD, encaminhado p/ HEETSHU.

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 Palidez 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

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bomba de Infusão | <input type="checkbox"/> DEA | <input type="checkbox"/> KED Adulto | <input type="checkbox"/> Sonda vesical |
| <input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea | <input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas | <input type="checkbox"/> KED Infantil | <input type="checkbox"/> Sedação |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical | <input type="checkbox"/> Drenagem torácica | <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa | <input checked="" type="checkbox"/> Talas / Tração |
| <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia | <input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão | <input type="checkbox"/> Orotraqueal | <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) |
| <input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia | <input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa | <input type="checkbox"/> VMI |
| <input type="checkbox"/> Curativo | <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2) | <input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa | <input type="checkbox"/> VMNI |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de membros | <input type="checkbox"/> Sonda gástrica | <input type="checkbox"/> Outros: |

Descrição do(s) procedimento(s):

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 glicemia + 01 equipe macro + 01 SRV + 01 jélc 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:



CAGEPA
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAIBA
 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

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

NOV/2018

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
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)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
2229	2251	22	30	20/12/2018

HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	AGUA-ANEJO	20 PORT.	05/2017 MS.
OUT/2018	23	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
SET/2018	18	TURBIDEZ	0	0	0
AGO/2018	21	COLOR	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(H)	19	DADOS REFERENTES A: SET/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 21/11/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 11:15:40

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
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**

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
 CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1
 INFORMAÇÕES GERAIS:
 "QUANDO A INFANCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

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

8269000000 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 PARAIBA
 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

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

NOV/2018

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outra	
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)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
2229	2251	22	30	20/12/2018

HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	AGUA-ANEJO	20 PORT.	05/2017 MS.
OUT/2018	23	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
SET/2018	18	TURBIDEZ	0	0	0
AGO/2018	21	COLOR	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(H)	19	DADOS REFERENTES A: SET/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 21/11/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 11:15:40

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
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 É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"



CAGEPA
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAIBA

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

8269000000 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



7216210573006100000038595530011018

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

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 COAF**².

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 Melo Feliciano inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.219.034 / 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Regênio Berto da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.833.314 / 36, do sinistro de DPVAT cobertura imobilizada da Vítima Regênio Berto 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

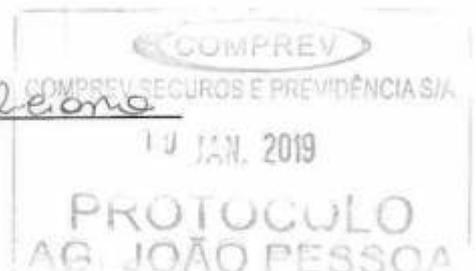
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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 Polket</u>		Número <u>175</u>	Complemento
Bairro <u>Bonários</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58051-780</u>
Email <u>francine.ellen@keltmar.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99181-6739</u>

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

Francine Ellen de Melo 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 Ferruzio, 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 Bezerra da Silva cujo o condutor era
Rogério Bezerra da Silva.

Veículo: motocicleta
Modelo: honda NXR 160 Bros
Ano: 2016
Placa: PCO 66431PE
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 Bezerra 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 Ferruzio, 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 Bento da Silva cujo o condutor era
Rogério Bento da Silva.

Veículo: motocicleta
Modelo: honda NXR 160 Bros
Ano: 2016
Placa: PCO 66431PE
Chassi: 9C2ED0810GR436072
Data do Acidente: 17/08/2018
Local e Data: Caaporã/PB, 10 de janeiro de 2019

2º OFICÍO

Arnaldo José Mesquita da Silva
Assinatura do Declarante

Rogério Bento 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
Dau 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



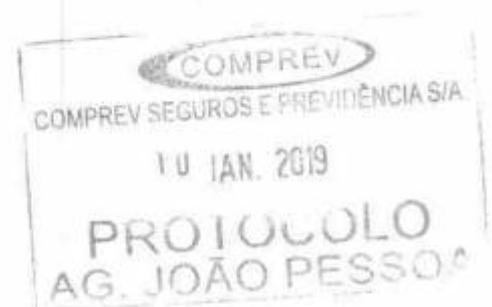
Documento de Alta

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/ TT° 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 DRJACQUES 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



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) - (P.VAO(A))
Escolaridade	DDD Móvel 83			Fone Móvel 993100151
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3087344	DDD Fho 83	Fone Fixo 32861121	
Local de procedência CAAPORA	Nº Cns			
Email	Naturalidade	Tipo MUNICIPIO	UF PB	

Endereço

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

Admissão

Date e Hora 17/08/2018 20:52:45	Número da pulseira 1000006012709	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
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	Velo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperature
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

COMPREV
COMPREV SÉGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 JAN. 2019
PROTUDOLO
AG. JOAO PESSOA
CID
Tempo
10seg

Imprimir

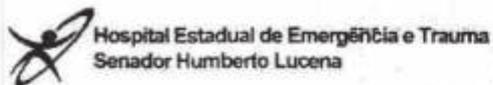
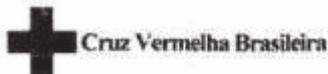
Documento de Alta

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-8371 - PB


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



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	Telefone de Contato (83) 32861121
Mãe ANTONIA ALVINA FERREIRA CORREIA				Prontuário
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 vitima 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

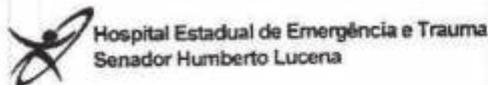
CUIDADOS cuidado por: JOSEVALDO DA SILVA em 17/08/2018 20:52:56

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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	Telefone de Contato (83) 32861121
Mãe ANTONIA ALVINA FERREIRA CORREIA				Prontuário
Endereço CLEMENTE FERREIRA, 124		Bairro CENTRO	Município CAAPORA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA		Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 17/08/2018 20:52:46			Data/Hora Prescrição 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

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE BACIA

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

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

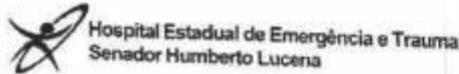
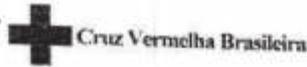
Dr. Luciano Leal Luz

Médico Residente

CRM-PB 10125

ROGERIO BERTO DA SILVA

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(: 3792/PB)



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

Impresso 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	Prontuário 110551
Tempo de Internação		Convênio SUS	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.

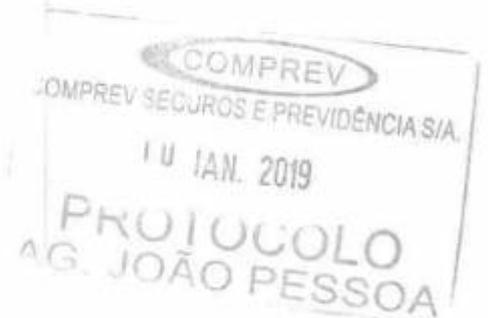
PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

CD: AGUARDA CIRURGIA.
OPME: CX 4,5 OU HIM.

Seção: POSTO IB - ENF 15 Leito: 0003 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Brno de Luna Roma
MÉDICO
CRM-PB 10075

Número Conselho: 10075





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



Prontuário: 1102207
Data: 23/08/18
Caixa Pronta: _____

Número: _____
Paciente: Regênio Berto da Silva
Procedimento: tratamento ortopedico de fratura distal de fêmur direito
SUS: () Não SUS ()
Médico: Dr. Victor Linhares

FORNECEDOR	DISPENSÇÃO CME	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<u>coe: 4,5 T.M.C</u>				
<u>T.M. Suinça</u>		<u>placa longa 5/16 Jures Cavulsa</u>	<u>01</u>		
		<u>parafuso vertical n°-28</u>	<u>04</u>		
		<u>n°-32</u>	<u>02</u>		
		<u>n°-34</u>	<u>03</u>		
		<u>n°-36</u>	<u>01</u>		
		<u>n°-38</u>	<u>01</u>		
		<u>n°-42</u>	<u>01</u>		

FORNECEDOR	DISPENSÇÃO - FARMÁCIA	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
<u>rugon</u>		<u>Agulha de plexo A 100</u>	<u>01</u>		

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 10894-RN
CRM 10894-PB

ASSINATURA DE FARMÁCIA - COREN
Anderson Carvalho
Coordenador de Farmácia
ASSINATURA DE FARMÁCIA - COREN

ASSINATURA CIRCULAR EM FARMÁCIA RESPONSÁVEL
Edenilson de Fátima
Farmacêutico
CRP 250.852



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE **H.E.E.T.S.H.L**

4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE **Regenio Berto da Silva**

6 - N° DO PRONTUÁRIO **1102207**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DE NASCIMENTO _____

9 - SEXO Masc 1 Fem 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____

11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) _____

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA **Carapicuíba**

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

01 - placa longa c/ 16 pinos (avulso) **ex 4,5 m.c**

01 - parafuso retorcido n.º 28

04 - " " " " n.º 32

02 - " " " " n.º 34

03 - " " " " n.º 36

01 - " " " " n.º 38

02 - " " " " n.º 38

01 - Agulha A 100

IMPREV. SEC. SAÚDE - LICENCIAMENTO

38 - NOME DO 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) _____

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) _____

Dr. VICTOR LINHARES
Médico
CRM 2184-RN
CRM 10694-PR



CRUZ VERMELHA
DE ANÁPOLIS

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

IDADE: _____ ROGERIO BERTO DA SILVA BE/PRONTUÁRIO **1102207**
 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: _____

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM: 11134

DATA: **23/8/2018**

COMPREV
EMPREGADOS E PREVIDÊNCIA S/A.
10/12/2018

FRUICULO
NÃO PESSOA



Nota de Sala Cirúrgica



10/2011

NOME DO PACIENTE: Regenio Berto da Silva
 IDADE: 33 BE: 1102207 SERVIÇO: ORTÓRICO ENFERMARIA: LETO
 CIRURGIÃO: Dr. Jacques ALX: Dr. J. J. J. J. NATUREZA DE FEMUR: de fratura de fêmur direito
 ANESTESIA: Roguel
 ANESTESISTA: Dr. Rossana (Rossana)
 INSTRUMENTADOR: Yleustan
 DATA: 23/08/18 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 13:45 FIM: 16:45

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST):
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAL DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICACÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		NIT SIST DREN TORANICA Nº		FIO DE NYLON Nº 2.0	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	1	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LL'VA DE PROCEDIMENTO PAR	300
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4.5		LL'VA ESTERIL Nº7.0	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		LL'VA ESTERIL Nº7.5	
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08		LL'VA ESTERIL Nº8.0	
MORFINA		AGULHA 40X12		LL'VA ESTERIL Nº8.5	
NIMBILM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRURGICA	
PANCRÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21	
ROCLÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	
MEDICACÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
FLUROSEMIDA		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	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI			
TENOXICAN		ESPARADRAPO			
ectopropimo	1	GAZES			
		GAZES ALGODOADAS			
		GEL ELETROLITICO			
		JELCO Nº14			
		JELCO Nº16			

PARAFUSOS CORTICAIS 01m: 28
 PARAFUSOS CORTICAIS 04m: 32
 PARAFUSOS ESPONJOSOS 02m: 34
 PARAFUSOS HEPATICO 03m: 36
 PARAFUSOS MATELONAR 01m: 38
 PARAFUSOS MATELONAR 04m: 42
 PLACA Large 116 P 01

CIRCULANTE...
 Colina...
 CIRCULANTE...
 CIRCULANTE...

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 SANGUÍNEO OK
 ESTADO GERAL BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO OK AP. CIRCULATÓRIO OK
 AP. DIGESTIVO OK ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO VPM

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA MIDAZOLAM 2mg IV NA SO ESTADO FÍSICO (ASA) ASA I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE FÊMUR, D

CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÊMUR, D

CIRURGIÃO DR. JACQUES AUXILIARES DR. JUVÊNCIO

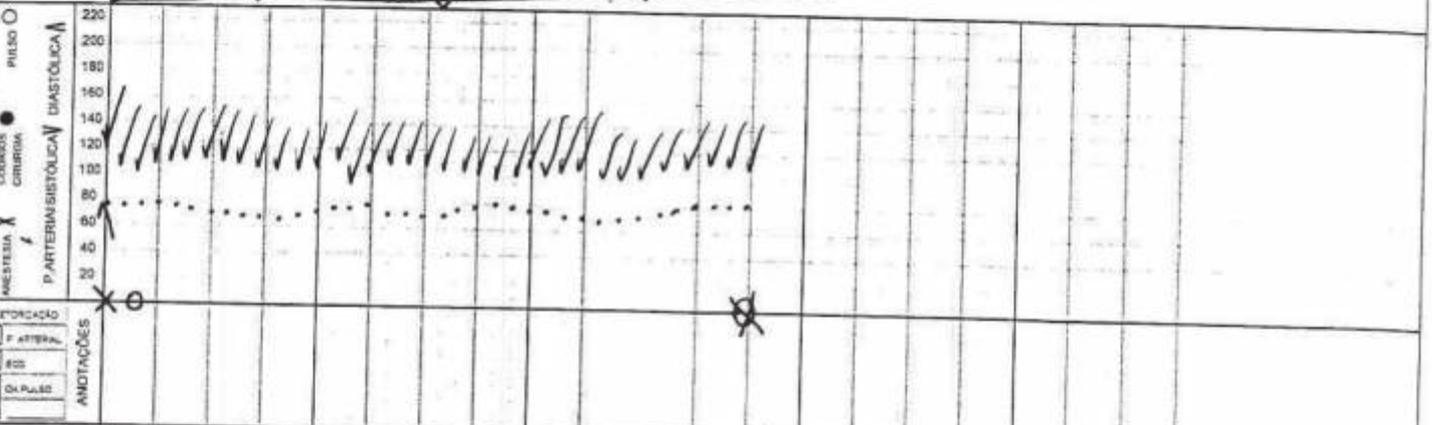
INÍCIO DA ANESTESIA 13:45h TÉRMINO DA ANESTESIA 16:45h DURAÇÃO DA ANESTESIA 3 horas

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA DR. ROSSANA L.M.F. VALE CPF 620.882.174-91 CRM-PB 4229

AGENTES HORAS: 13:45, 14:45, 15:45, 16:45

LIQUIDOS VENOSOS: OK, OK, OK, OK



ANESTESIA: ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOO PLEXO BLOO NERVOS OUTROS

TÉCNICA L3-L4, AGULHA 27G, LCR, INJEÇÃO DO AL; APÓS UMA FALHA DE BLOQUEIO + BLOQUEIO DE NERVO FEMURAL. MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLUCOSE	1 DORMONID - 2mg IV	11
NaCl	2 NEOCAÍNA 0,5% IBOFÁRICA (20mg) + BIMOFE (0,08mg) RAQUI	13
SANGUE	3 CEFAZOLINA - 2g IV	14
RINGER	4 DEXAMETASONA - 20mg IV	15
TOTAL	5 NAUSEDRON - 8mg IV	16
DESTINO DO PACIENTE	6 DIFENON - 2amp. IV	17
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7 EFEDRINA - 30mg IV	18
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8 CETOPROFENO - 100mg IV	19
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS <u>LIRPA</u>	9 NOVABUPI 0,5% @ - 20ml	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10 LI DOCAÍNA 2% @ - 20ml	
	11 AGUA DESTILADA - 30ml	

ASSINATURA DO ANESTESISTA: [Signature]

IMPRESO EM 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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

PACIENTE Berto do Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

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 - F10 Koroelme

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

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13/01/19

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

DENTEL BRASIL
MÉDICO
024 11134

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1/1

() CNS () CPF

47 - DOCUMENTO

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

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

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 SE LURGS E PREVIDENCIA S/A

10 JAN. 2019

PROTÓCOLO
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

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



FORM 7842

NOME DO PACIENTE: Rogério Bento da Silva
 IDADE: 33a SEXO: M PRONTUÁRIO: 10207 ENFERMARIA: 1 LEITO: 1
 CIRURGIÃO: Dr. José Rodrigues CIRURGIÃO: Dr. José Rodrigues
 ANESTESIA: Sedativo + local
 ANESTESISTA: Dr. André
 INSTRUMENTADOR: Dr. André
 DATA: 17/01/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 23:30 FIM: 23:00 CIRURGIÁ INÍCIO: 23:00 FIM: 23:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÁ - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)
 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.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT. GLUT. CROMADO Nº	
BLPIVACAÍNA ISOBARICA	<u>5</u>	JELCO Nº20		FIO CAT. GLUT. 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		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATÓMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MORFINA	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDIACA	
NIMBILM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCLURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT PAM	
BEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIFENIDRAMINA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FURAZEDONA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR	
TENOXICAN	ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A Nº		() BISTURI ELÉTRICO	
	GAZES	FIO ALGODÃO S/A Nº		() CAPNÓGRAFO	
	GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A Nº		() CARDIOMONITOR	
	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº		() DESFIBRILADOR	
	JELCO Nº14			() FOCO AUXILIAR	
	JELCO Nº16			() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	

16/01/2017

COMPREV
 COMPREV SEGURID. E PREVENÇÃO
 10 JAN 2017
 PROF. FOLIO
 AG. JOÃO DE

Jamile Petreiros Rodrigues
 Técnico Enfermagem
 COREN-PB 916079



HEB TSHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/08/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Rogério B da Silva SEXO: M COR: Br IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 90/60 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36.5 PESO: 70 GRUPO SANGÜINEO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: qu

AP. RESPIRATÓRIO: AP. CIRCULATÓRIO: *de*

AP. DIGESTIVO: ESTADO MENTAL: *boa* DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: ESTADO FÍSICO (AS):

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *friso - rotura*

CIRURGIA REALIZADA: *TMO - crânio-cérebro / TMO do*

CIRURGIÃO: AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA:

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

ANESTESISTA: *Dr. Anderson* CPE: *76* CRM-PB:

AGENTES-HORA: N.º 10

TIPO DE VÊNIO: *leao*

ANESTESIA	PARTERIA SISTÓLICA	DIÁSTÓLICA	PULSO
<i>X</i>	<i>100</i>	<i>60</i>	<i>70</i>

ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	VALOR em ml	USO	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		<i>friso</i>										
2		<i>friso</i>										
3		<i>friso</i>										
4		<i>friso</i>										
5		<i>friso</i>										
6												
7												
8												
9												
10												

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 7739
 CEMTELE 19538

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F.(ING).ASCIR.026-1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.02

Rogério Berto da Silva

IDENTIDADE

nome: **ROGERIO BERTO DA SILVA**

João Berto da Silva

Antonia Alvina Ferreira Correia

Carapori - PB

CPF: **30/01/1985**

Participação: **30/01/1985**

Cert. Mat. Nº 256061 P/LA. 250114 V. 21-A.

Cert. Gravata - PB.

R. M. Mendonça

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
057.833.414-36

Nome
ROGERIO BERTO DA SILVA

Nascimento
30/01/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

P. 02

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Rogério Berto da Silva

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROTESTO 008794

DATA DE EMISSÃO 13 JAN 2003

RENOME RÔGÉRIO BERTO DA SILVA

SOBRENOME João Berto da Silva

FINANCIADA Antonia Alvina Ferreira Corrêa

CIDADE/UF Caapora - PB

Nº do documento nº 256061 FLA. 250; LIV. 21-A.

DATA DE NASCIMENTO 30/01/1985

LOCAL DE EMISSÃO CBT - GRAVATA - PB.

Assinatura: *Rogério Berto da Silva*

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. 13 da Lei nº 4.726/64)



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



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

Formação: JOÃO PESSOA PB

CPF: 3509321-5 SP/198

Assinatura: *Josefane Ellen de Melo Feliciano*

13050

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2019

PROTUCULO
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

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

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCICIO
1	1080354520	*****	2018

ARNALDO JOSE MESQUITA DA SILVA

TIMBAUBA - PE

062.085.314-03

PLACA
PC06643

PLACA ANT./UP

CHASSI
9C2KD0810GR436072

ESPECIE/TIPO
PAS MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL
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 UNICA
IPVA 2018 QUITADO

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

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL
TIMBAUBA - PE

DATA
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 EXERCICIO 2018 DATA EMISSÃO 28/11/18

VIA 1 CFF / CNPJ 062.085.314-03 PLACA PC06643

RENAVAM 1080354520 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDE

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

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

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

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

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCICIO
1	1080354520	*****	2018

ARNALDO JOSE MESQUITA DA SILVA

TIMBAUBA - PE

062.085.314-03	PLACA
	PC06643

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

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR160 BROS ESDE	2016	2016

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/162CL	PARTIC	PRETA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS
IPVA 2018 QUITADO	1º *****	
FAIXA I.P.V.A.	2º *****	
PARCELAMENTO/COTAS	3º *****	

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

EXERCICIO	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.	DT-TARIF.	Nº CHASSI
2016	09	9C2KD0810GR436072

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GARDE 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 AUTENTICIDADE

indicada(s) por seta(s) com minha rubrica

Dou fé

Caaporá 10, 01, 2019

Selo: AIA 41555-565.6

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

Nome: Jonan Collin 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 Varet, 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

Cooper PB, 10 de janeiro de 2019
Local e data

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



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



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
BEZERRA CAVALCANTI

Reconheço por ANTENTICIDADE

indicada(s) por seta(s) com minha rubrica

Dou fé

Caaporá 10, 01, 2019

Selo: AIA 41555-565.6

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

Nome: Jonan Collin de Melo Falcão
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteiro
Profissão: advogada
Identidade: 2.569.321 SSP/PB CPF: 036.219.034-88
Endereço: Rua Doutor Antônio Varet, 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

Cooper PB, 10 de janeiro de 2019
Local e data

[Handwritten Signature]

Rogério Berto da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



COMPREV
CORPORATIVO 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

Titular do CPF: ROGERIO BERTO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
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: 057.833.414-36 Nome completo da vítima: Rogério Berto do Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO (Pessoa Física) VITÍMA/BENEFICIÁRIO: (INSCRIÇÃO CADASTRAL) Nº 2.018

Nome completo: Rogério Berto do Silva CPF: 057.833.414-36

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

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

E-mail: profissional@hotmarl.com.br Tel.(DDD): 83199183-6739

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO (A INDENIZAÇÃO É ASSINALADA UMA ÚNICA OPÇÃO DE CONTAS)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4033 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: Local e Data: Caporão/PB 10/03/2019
Nome: Rogério Berto do Silva
CPF: 062.085.314-03
TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

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

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

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

231-731362703-4

19/AGO/2015

HORA DF 12:16:07

LOT. 13.018160-9

TERM 012078

LOCALIDADE: CAAPORA

CONTROLE: 231100434

AG. VINCULADA: 1033

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUF CAIXA FACIL

NOME: ROGERIO BERTO DA SILVA

AGÊNCIA: 1033

OPERACÃO: 013

CONTA-OV: 0059178-0

DATA DE ABERTURA: 19/08/2015

LOTERIAS CAIXA

231-731362703-4

VIA DO CLIENTE

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

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

