
Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190376826

Vítima: JANIO DO NASCIMENTO ALVES

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANIO DO NASCIMENTO ALVES

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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190376826

Vítima: JANIO DO NASCIMENTO ALVES

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JANIO DO NASCIMENTO ALVES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190376826

Vítima: JANIO DO NASCIMENTO ALVES

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIO DO NASCIMENTO ALVES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JANIO DO NASCIMENTO ALVES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **0000060981-9**

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





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 06158.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06158.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:20 horas do dia 04 de junho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Janio do Nascimento Alves**, CPF nº 436.852.504-34, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Militar Reformado, filho(a) de Maria Regina Maciel e Jose Salustiano de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/02/1978 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Senhor do Bonfim, Nº 129, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB.

Dados do(s) Fatos:

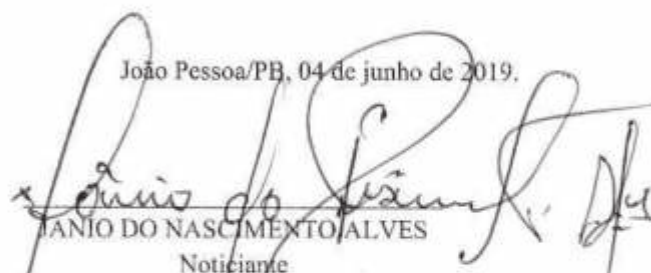
Local: Costa e Silva, Entrada do Taipa, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/02/19 07:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 19/02/2019, POR VOLTA DAS 07:15, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA START DE COR VERMELHA, ANO 2016, PLACA QFZ-8598/PB, CHASSI 9C2KC2500GR035484, REGISTRADA EM NOME DE EDUARDO MACIEL DE SOUZA, EM UMA RUA LOCALIZADA PROXIMO A ENTRADA DO TAIPA, CONJUNTO COSTA E SILVA, NESTA CAPITAL, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA VEIO EM SENTIDO CONTRÁRIO SEM SINALIZAÇÃO DE PLACA E COM O CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, VINDO A COLIDIR COM ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S72.1, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 04 de junho de 2019.

JANIO DO NASCIMENTO ALVES
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CBF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPF: 436.852.504-34
Endereço: Rua Senhor do Bonfim 129 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Niterói Estado: RJ CEP: 58306-230
E-mail: Tel (DDD): 73 98708.8728

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (231) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0036 CONTA: 89407 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 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 original da vítima ou beneficiário não alfabetizado: Local e Data, João Pessoa, 07/06/2019
Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

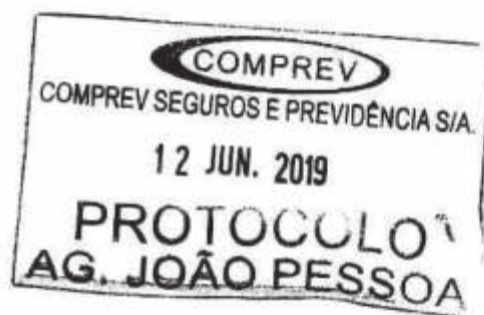
TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
Assinatura
2ª Nome: 12 JUN. 2019
CPF: PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) 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.



Scanned by CamScanner





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1144092



Identificação do paciente

ID 724449	Nome JANIO DO NASCIMENTO ALVES	Sexo Masculino
Data de nascimento 24/12/1965	Idade 53 anos 1 mes 26 dias	Estado civil CASADO(A)
	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA BATISTA DO NASCIMENTO	Pai JOSE FRANCISCO ALVES	
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) ELISAMA FELIX DIAS PEREIRA DE ARAUJO - OUTRO PARENTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 32322610	DDD Fixo 83
		Fone Fixo 988521514
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 12587	Nº Cns 700007744421609
Local de procedência COSTA E SILVA	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R Soldado da Polícia Militar

Endereço

CEP 58307210	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro PETRÔNIO FIGUEIREDO
Número 377	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 19/02/2019 08:19:50	Número da pulseira 1000007112965	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA 110 x 80 mmHg	Pulso 89	Temperatura 36,9	NGT: 113
---------------------	-------------	---------------------	----------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos Paciente admitido, trazido e fono, encaminhado moto x moto, refere dor no ombro @ e no HIE segue p/ melhor exame Ana Flávia Melo COREN-PB 416.190-ENF						
Diagnóstico						CID
Atendido por JULLYO CESAR FERREIRO DOS ANJOS						Tempo 49seg

Imprimir

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 JUN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

19/02/2019 08:17

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 19/12/19	ID da Ocorrência: 2355826	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe: 07	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 07:25 Hs	Hora de Chegada no Local: 07:38 Hs
-----------------------	----------------------------------	--	------------------------	---	--	---

Paciente / Usuário: JÂNIO DO NASCIMENTO ALVES	Idade: 52	Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	Telefone: _____
--	------------------	---	-----------------

Local da Ocorrência: ☒ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☐ Outro: _____

Logradouro: RUA PARNICIA 8 BR-101	Bairro: C. SILVA	Médico Regulador: ALEXANTRE
--	-------------------------	------------------------------------

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

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

FICETSHL
Destino (Unidade Hospitalar) _____ Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO Motivo: _____ > CAUSAS EXTERNAS > Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☒ Outro: colisão moto x moto. ☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: _____ ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro: _____	☐ TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____ Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____ ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Intermittentes Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos em uso Contínuo Quais? _____
---	--

1. DADOS VITAIS
P.A.: **110x80** FC: **89** FR: **J6** HGT: **113** SpO2 - S/O2: **97%** SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA
DE INÍCIO S/ QUEIXAS DE: CERVICALGIA, LOMBALGIA, DORES PELO VÍCIO, 230mmHg, TORÁXICAS. S/ CORTEZ OU ESTABILIZADOR, NUNCA E/ MOVIMENTO @, MID PRESERVADO E/ DOR EM OMBRO "10" E REGIÃO CABEÇA FÊMUR JUNTO E/ A PELE. PELE S/ DOR INICIAL.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
 Diagnósticos de Enfermagem: **DOR (0-10) : 6**
 Intervenções: **SUV + G. FÍSICO + MANUSEIO + SUP C/SL.**
 Evolução do Enfermeiro:
PACIENTE EVOLUI C/GB, CONSCIENTE, ORIENTADO, MOVIMENTADO, EUBIÓICO, ESTABILIZADO E/ DOR E TORÁXICAS. S/ CORTEZ OU ESTABILIZADOR, NUNCA E/ MOVIMENTO @, MID PRESERVADO E/ DOR EM OMBRO "10" E REGIÃO CABEÇA FÊMUR JUNTO E/ A PELE. PELE S/ DOR INICIAL.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA
Remover + P/CI

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: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANIO DO NASCIMENTO ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000060981-9

Nr. da Autenticação 97C935AAE13AE40B

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Relembra para sempre pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 021.922.211

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JANIO DO NASCIMENTO ALVES
RUA SENHOR DO BONFIM 129
BAYEUX

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/328663-0

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

18/03/2019

CONSUMO

212

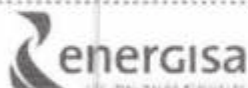
VENCIMENTO

06/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 202,47

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHE AGUÁ

JANIO DO NASCIMENTO ALVES

Roteiro: 10-008-840-5280

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 18/03/2019

VENCIMENTO

06/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 202,47

MATRÍCULA

328663-2019-03-2



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Eduardo Maciel de Souza

RG nº 2019753, data de expedição 16/02/2017

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 023.814.754/9

com domicílio na cidade de Pirpirituba, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Cidade de Pirpirituba, nº 10

complemento 00 636 L 06, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Junio do Nascimento Alves, cujo o condutor era

Junio do Nascimento Alves.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 160 Start Ano: 2016

Placa: 0F78598/10 Chassi: 9C2KC2500G2035484

Data do Acidente: 19/02/2019

Local e Data: Bayeux-PB, 03 de Abril de 2019

Eduardo Maciel de Souza
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO
2º Ofício Notarial

Ângela Meloires C. Caetano
TITULAR
Rosângela C. Caetano Meloires
SUBSTITUTA

Av. LIBERDADE, 436, BAYEUX-PB, CENTRO / CEP: 58106-001 - Tel: (31) 3222-2209

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de(s) EDUARDO MACIEL DE SOUZA

Em test. da verdade, Bayeux-PB 03/04/2019 14:49:44

Rosângela Caetano C. Meloires - Substituta

2019-001472 EMUL:R\$ 99.91 FAPEN:R\$ 0.29 FEPJ:R\$ 1.98 ISS:R\$ 0.50

SELO DIGITAL: A1131106-S10K

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 JUN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JANIO DO NASCIMENTO ALVES
DADOS DE NASCIMENTO 24/12/65
NOME DA MÃE MARIA BATISTA DO NASCIMENTO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

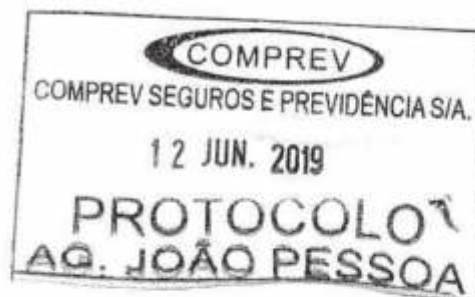
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.144.092
Nº PRONTUÁRIO 114.142
DATA DO ATENDIMENTO 19/02/19
HORA DO ATENDIMENTO 08:19
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DO FEMUR E
CID 10 S 72.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), trazido pelo SAMU, apresentando dor em ombro E e dor em membro inferior (perna e coxa) E com limitação funcional. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP e Oblíquo
RX da coxa E - AP e P
RX da perna E - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura transtrocantérica do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. João Paulo Linhares e Dr. Roberto Almeida da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 01/03/19
DATA DA EMISSÃO: 09/05/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 2516

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. O profissional que assina este laudo não prestou assistência médica.

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 27/02/2019 14:17:27

Nome JANIO DO NASCIMENTO ALVES		Boletim de Atendimento 1144092	Data/Hora Entrada 19/02/2019 08:19:50	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/12/1965	Idade 53	Sexo Masculino	CNS 700007744421609	Prontuário 114142
Tempo de Internação 8d 3h 28min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 19/02/2019 08:19:50	Data Internação 19/02/2019 10:49:47	Permanência na Unidade: 8d 5h 58min	Permanência no Leito: 5d 21h 48min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 27/02/2019 14:17:11)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

11 poi de tratamento cirúrgico de fratura transtrocanteriana de fêmur esquerdo, sem intercorrências.

cd: vpm + raio-x de controle + hemograma

staff: Dr Roberto + Dr João Paulo

Seção: HTOP - APARTAMENTO 06 Leito: LEITO 01

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491


Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM- 8491

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 21/02/2019 08:54:13

Nome JANIO DO NASCIMENTO ALVES		Boletim de Atendimento 1144092	Data/Hora Entrada 19/02/2019 08:19:50	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/12/1965	Idade 53	Sexo Masculino	CNS 700007744421609	Prontuário 114142
Tempo de Internação 1d 22h 5min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 19/02/2019 08:19:50	Data Internação 19/02/2019 10:49:47	Permanência na Unidade: 2d 35min	Permanência no Leito: 1d 22h 5min	

EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 21/02/2019 08:52:06)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA#fratura transtrocanterica de femur
evolui estavel
leuco normal no novo hemograma
risco classe I
cd: aguarda programação cirurgica
Analgesia + suporte clínicoSeção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 14
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142


Dr. Edson Delgado Tinoco
ORFOLIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia e Traumatologia
CRM 98742

RUA PEDRO GONDIM, S/N -
CNES: 122332 - Tel.:Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 20/02/2019 08:36:07

Nome JANIO DO NASCIMENTO ALVES		Boletim de Atendimento 1144092	Data/Hora Entrada 19/02/2019 08:19:50	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/12/1965	Idade 53	Sexo Masculino	CNS 700007744421609	Prontuário 114142
Tempo de Internação 21h 47min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 19/02/2019 08:19:50	Data Internação 19/02/2019 10:49:47	Permanência na Unidade: 1d 17min		Permanência no Leito: 21h 47min

EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 20/02/2019 08:35:54)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente com fratura transtrocanterica de femur
evolui estavel
leucocitose
cd: solicito novo leuco

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 14
Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM-PB 7296 CREMEPE: 18474
TEOT 15069



SUS

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HTOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HTOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Janio do Nascimento Alves

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

1144096

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

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

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDDE

CX - DHS / DCS / TMC / B-Braun

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 placa de DHS de 135° de 06 furo 01 agulha de plexo 150
 01 parafuso deslizante N.º 105 03 Fios de Kirschner 2,5
 01 parafuso de compressão usado como guia
 01 parafuso cortical N.º 38
 03 " " N.º 40

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura e Carimbo
 Médica
 CRM- 8491

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Janio Nascimento Alves BE/Prontuário: 1141092
 Idade: 53 Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 27/02/19
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura transrotuliana de
fêmur esquerdo
 Cirurgião: Dr. João Paulo 1º Assistente: Dr. Roberto
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Raqui-anestesia Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura transrotuliana de fêmur esquerdo	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tratamento cirúrgico de fratura transrotuliana de fêmur esquerdo	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____


 Laiana Jaren Dantas Barreto
 MÉDICA
 CRM- 8491

João Pessoa, 27/02/19



NOME DO PACIENTE: **Janio do Nascimento Alves**
 IDADE: **53A** BE: **1144092** ENFERMARIA: **Ap 06 - 01**
 CIRURGIA: **Trat. cirúrgico fratura transtrocantariana de fêmur (E)**
 CIRURGIÃO: **Dr. João Paulo + Dr. Roberto Almeida**
 ANESTESIA: **Raque + bloqueio**
 ANESTESISTA: **Dr. Vanessa + Renan (R)**
 INSTRUMENTADOR: **Ana Lucia**
 DATA: **27/02/19** CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO: **13:20** FIM: **15:15** Cirurgia - 13:45 Fim - 15:00
 ÍNDICE 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	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	2,0 H
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON Nº	3,0 H
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	PVPi DEGERMANTE		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPi TÓPICO		FIO POLIGLACTINA Nº	
VOBUPIVACAÍNA C/ VASO	1	SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
VOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	1	AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	1	AGULHA 25X07		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X08		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		FITA CARDIACA	
NIMBÍUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	1	FIO DE KIRSCHNER Nº	2,5 - usado
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	como guia - 03
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	4	CATETER DE OXIGÊNIO	1	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		TMC	
IRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS M. COMPRESSÃO - 01	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS DESLIZANTE Nº 105	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA DHS de 195° 06 F. 01	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EX - DHS / DCS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi		() ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		() BISTURI ELÉTRICO	
etonidina	1	GAZES		() CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS		() CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16		() FOCO CENTRAL	
		LAP	02	() MICROSCOPIO	
		COMPLEMENTO	01	() OXÍMETRO DE PULSO	
		FÊMUR	01	() P.A. INVASIVA / NÃO INVASIVA	
		MARTELO	01	() PERFURADOR ELÉTRICO	
		BAND. RAQUE	02	() SERRA	
		EX - DHS / DCS	01	CIRCULANTE	

Agulha de plexo 150 - B. Braun

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 27/02/19

PRONTUÁRIO: 1144 092

PACIENTE: Janio Nascimento Alex

SEXO: M COR: - IDADE: 53

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: *Ultrassom*AP. RESPIRATÓRIO: *Estável* AP. CIRCULATÓRIO: *Estável*AP. DIGESTIVO: *Boa* ESTADO MENTAL: *LOTE* DROGAS EM USO:PRÉ-ANESTÉSICO: DOSE/HORA: ESTADO FÍSICO (ASA): *I*DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fratura Transversária de Fêmur Esquerdo*CIRURGIA REALIZADA: *Tratamento Cirúrgico*

CIRURGIÃO: AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 13:15 TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 01:45

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

ANESTESISTA: *Dra. Vanessa* CPF: *Dr. Nathan* CRM-PB:

AGENTES/HORA:

U₃
N₂OLÍQUIDOS
VENOSOS

PULSO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

CIRCUITO

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

1. APA + montenapeção 2. Bloqueio de p. desigual via, de, de

LÍQUIDOS: Venosa em ml: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLICOSE	1 Dextrose 50mg	11
NaCl	2 0.9% 2mg	12
SANGUE	3 Fentanyl 100mg	13
RINGER	4 Midazolam 5mg	14
TOTAL	5 Neupb. efase 0.25, 2mg	15
DESTINO DO PACIENTE	6 Lidoca. cloro 1%, 2mg	16
☐ APT* ☐ ENFERMARIA	7 Bupivacaína 0.5%, 15mg	17
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8 Diprison 2mg	18
☐ OUTROS	9 Oflazone 30mg	19
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10 Montenapeção 1mg	20

perce. muscular, via anterior, com END + agulha ASO, infusão de
 Si 6. 3. paciente montenapeção, compressa e antitrombótico com 100ml,
 punção muscular, única, R. n. 25, ULL, infusão de 7, N. intravenosa

ASSINATURA DO ANESTESISTA

FUNDADOR CDB

Vanessa França de Sousa
 Médica / CRM-PB 9287
 CPF 064 171 374-65

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDM sob anestesia em mesa ortopédica
- Antibiótico profilático
- Assepsia e antisepsia
- Aplicação de campos cirúrgicos

Incisão:

- Via de acesso lateral sub vasto em coxa esquerda
- Divulsão e dissecação por planos
- Cuidados com hemostasia

Achados:

- Fratura transfracturária de fêmur esquerdo

Conduta:

- Redução da fratura
- Fixação com placa DHS de 5 furas, com 4 parafusos corticais e parafuso deslizante n° 10S, com auxílio de escopie
- Revisão de hemostasia
- LMC com SFO, 9%.

Fechamento:

- Sutura por planos
- Curativos estéreis
- Rx - x de controle

Observação:

Médico/CRM:


 Leiana Varen Dantas Barreto
 MÉDICA
 CRM 8491

João Pessoa, 27/02/19

Documento de Alta

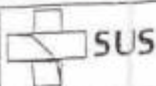
Nome JANIO DO NASCIMENTO ALVES			Número Prontuário: 114142
Data de 24/12/1965	Sexo: Masculino	Data de Internação: 19/02/2019 10:49:47	Data de Alta: 01/03/2019 09:04:13
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: conduta=ALTA HOSPITALAR			
Resumo da Internação: resumoInternacao=FRATURA FÊMUR PROXIMAL, SUBTROCANTÉRICA SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO POR DR ROBERTO E DR JOÃO PAULO			
Resultado de Exames: resultadoExames=RX			
Tratamento: tratamento=RAFI			
Diagnóstico: S72.0 - Fratura do colo do fêmur			
Recomendações: recomendacoes=RETORNO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA COM 8 DIAS			

Data: 01/03/2019

Dr. Luiz Portela
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia de Coluna Vertebral
CRM-PB 8867/TEC 114142

DR EDUARDO DUQUE PORTELA
CRM: 6867 - PB

CEFA 50 mg
Osmel 100 mg



Sistema
União da
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

Masc. ☒

Fem. ☐

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

44 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

01191771210141816

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JANIO DO NASCIMENTO ALVES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR IN
12587 PM PB

CPF
436.852.504-34

DATA NASCIMENTO
24/12/1965

TRACAO
JOSE FRANCISCO ALVES
MARIA BATISTA DO
NASCIMENTO

PERMISSAO
ACC
CAT. HAB
B

Nº REGISTRO
04213927682

VALIDADE
23/09/2020

1ª HABILITACAO
22/10/2007

OBSERVAÇÕES
A /

SIGNATURA DO TITULAR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
23/09/2015

SIGNATURA DO EMISSOR

54865499115
PB031392660

DETRAN - PB (PARAIBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1152951140

PROBIBIDO PLASTIFICAR
1152951140

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 JUN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
12 JUN. 2019
AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO

DETRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS

DETRAN - PB Nº 014200584518
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD. RENAVAM - DATA C. EXERCÍCIO
1 0109707674-9 00/00000000 2018

EDUARDO MACIEL DE SOUZA

02381475419 CPF / CNPJ PLACA QF28598/PB

NOVO PB 9C2KC2500GE035484 CATEGORIA

HAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 160 START ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

1 P 00/00/0000 VENC. COTA UNICA VENC / COTAS 1*

2* 3*

FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 16/07/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PESSOA - PB LOCAL DATA 16/07/2018

41947 19925

Assinatura

SEGURO OBRIGATORIO PARA VEÍCULOS AUTOMOTORES DE TERCEIROS E SUAS CARGAS E PESSOAS TRANSITANDO EM VIAS PÚBLICAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200584518 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ 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

VIA 1 02381475419 CPF / CNPJ PLACA QF28598/PB

RENAVAM 1097076749 HONDA/CG 160 START

ANO FAB. 2016 9C2KC2500GR035484 1ª FASE

PRÊMIO TARIFÁRIO

RNS (R\$) ***** (SENA)TRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** SEGURO

TOTAL SEGRINCO DO BILHETE (R\$) P A G O

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 16/07/2018

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

19925-1616393-20180716

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS RECURSAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

NOTA: **EDUARDO MACIEL DE SOUZA**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR: **2019753 SSP PB**

CPF: **023.814.754-19** DATA NASCIMENTO: **24/02/1978**

FUNÇÃO: **JOSE SALUSTIANO DE SOUZA**
MARIA REGINA MACIEL

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT. N.º: **A**

Nº REGISTRO: **05729495780** VALIDADE: **13/02/2022** 1ª EMISSÃO: **13/03/2013**

OBSERVAÇÕES:

Eduardo Maciel de Souza
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **JOÃO PESSOA, PB** DATA EMISSÃO: **16/02/2017**

Arakeli
ASSINATURA DO EMISSOR

85490830918
PB034142550

PARAÍBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1467326769

PROIBIDO PLASTIFICAR
1467326769

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Roteiro para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 022.387.786

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-48 Ins.Cat. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE SALISTRINO DE SOUZA
RUA CIDADE DE PIRIPITUBA 10 Q 636 L 08
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1422945-4

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

25/03/2019

CONSUMO

68

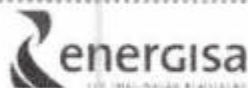
VENCIMENTO

01/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 59,66

Acesse: www.energisa.com.br



destaque aqui

JOSE SALISTRINO DE SOUZA

Roteiro: 15-002-713-6460

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/04/2019

VENCIMENTO

01/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 59,66

MATRÍCULA

1422945-2019- 03-6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190376826 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIO DO NASCIMENTO ALVES **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 1/6/8/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190376826 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIO DO NASCIMENTO ALVES **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 1/6/8/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199635/19

Vítima: JANIO DO NASCIMENTO ALVES

CPF: 436.852.504-34

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 19/02/2019

Titular do CPF: JANIO DO NASCIMENTO ALVES

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
Outros

JANIO DO NASCIMENTO ALVES : 436.852.504-34

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: 12/06/2019
Nome: JANIO DO NASCIMENTO ALVES
CPF: 436.852.504-34

JANIO DO NASCIMENTO ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 436.852.504-39 Nome completo da vítima: Janio do Nascimento Alves

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

Nome completo: Janio do Nascimento Alves - CPF: 436.852.504-39

Profissão: Recusado Endereço: Rua Senador Bomfim Número: 329 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: Babelux Estado: PB CEP: 58306-230

E-mail: _____ Tel. (DDD): 83 98708-8729

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1931 CONTA: 60985

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL 2019

AG. JOAO PESSOA

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa, 11/07/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, após

165-603183033-0

14/JUN/2019

HORA DE 10:35:10

LOT. 13.004631-0

TERM 031623

LOCALIDADE: BAYEUX

CONTROLE: 165400633

AG. VINCULADA: 1911

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PODER CAIXA FACIL

NOME: JANTO DO NASCIMENTO ALVES

AGENCIA: 1911

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.060.981-9

DATA DA ABERTURA: 14/06/2019

LOTERIAS CAIXA

165-603183033-0

13 VIA