
Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190309630

Vítima: NILDECY MEDEIROS DANTAS

Data do Acidente: 30/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NILDECY MEDEIROS DANTAS

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, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190309630

Vítima: NILDECY MEDEIROS DANTAS

Data do Acidente: 30/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NILDECY MEDEIROS DANTAS

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 joelho 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: **NILDECY MEDEIROS DANTAS**

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

Banco: **237**

Agência: **000001038-3**

Conta: **000000011840-0**

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



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:	Nome completo da vítima:
	24149519404	NILDECY MEDEIROS DANTAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
NILDECY MEDEIROS DANTAS	24149519404	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	RUA DA AURORA	333
Bairro:	Cidade:	Estado:
MIRAMAR	JOÃO PESSOA	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58043270	(83) 987088728

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 CADASTRAIS

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: 1038 3 CONTA: 11840 0 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que 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
Vivos:	Falecidos:	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.

Ingresso digital da vítima ou Beneficiário não alfabetizado

Local e Data: JOÃO PESSOA, 08/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Nildecy Medeiros Dantas

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura

07 MAIO 2019

2ª | Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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.



Bradesco

**Crédito-Débito
Crediário**



5067 2783 6076 2109

5067

12/19

VÁLIDO ATÉ

1038 3

AGÊNCIA DIG

0011840 0

CONTA

01 00

DIG VIA TIPO



NILDECY MEDEIROS DANTAS

VALIDO SOMENTE NO BRASIL





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Gerência Executiva de Polícia Civil
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

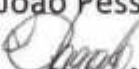
Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3212-5257

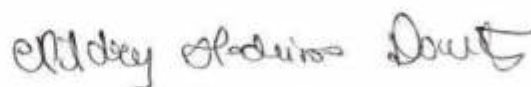


CERTIDÃO.
484/2019

CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº **484/2019**, na mesma continha o seguinte teor: Aos quinze dias do mês de abril, do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, compareceu o Sr. **Nildecy Medeiros Dantas**, brasileira, divorciada, natural de Carnaúba dos Dantas/RN, nascido aos 09/07/1961, filha de Silvino José Dantas e de Neci Maria Dantas, portadora da cédula de identidade nº 536.687 Seds/RN e CPF nº 241.595.194 - 04, residente (na) rua **Aurora nº 333, apartamento 1203, bairro Miramar, nesta capital**, e notificou que, na manhã do dia 30 de dezembro do ano próximo passado, por volta das 07:50 horas aproximadamente, quando se conduzia a pé com destino a uma panificadora no bairro Cabo Branco desta capital, oportunidade em que ainda atravessava a Faixa de Pedestre, completamente despreocupada, quando foi surpreendida e atropelada por um veículo de placas e Condutor não identificado, conseqüentemente, foi socorrido ao Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, onde ficou diagnosticado Fratura de Patela Esquerda, identificado pelo CID 10 S82.0. Conforme Laudo Médico apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 15 de abril de 2019.


Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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:	Nome completo da vítima:
	24149519404	NILDECY MEDEIROS DANTAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
NILDECY MEDEIROS DANTAS	24149519404	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	RUA DA AURORA	333
Bairro:	Cidade:	Estado:
MIRAMAR	JOÃO PESSOA	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58043270	(83) 987088728

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 CADASTRAIS

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: 1038 3 CONTA: 11840 0 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que 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
Vivos:	Falecidos:	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.

Ingresso digital da vítima ou Beneficiário não alfabetizado

Local e Data: JOÃO PESSOA, 08/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Nildecy Medeiros Dantas

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura

07 MAIO 2019

2ª | Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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.



Bradesco

**Crédito-Débito
Crediário**



5067 2783 6076 2109

5067

12/19

VÁLIDO ATÉ

1038 3

AGÊNCIA DIG

0011840 0

CONTA

01 00

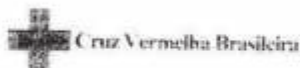
DIG VIA TIPO



NILDECY MEDEIROS DANTAS

VALIDO SOMENTE NO BRASIL





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1132555



Identificação do paciente

ID 1360854	Nome NILDECY MEDEIROS DANTAS	Sexo Feminino
Data de nascimento 09/07/1961	Idade 57 anos 5 meses 21 dias	Estado civil
Mãe NECI MARIA DANTAS	Pai SILVINO JOSE DANTAS	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) NILSONIA MEDEIROS - IRMÃO(A)	Profissão
DDD Móvel 84	Fone Móvel 999020139	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 536687	Fone Fixo
Local de procedência CABO BRANCO	Nº Cns	
Email	Tipo BAIRRO	UF PB
	Naturalidade CARNAÚBA DOS DANTAS	CBOR

Endereço

CEP 59055480	Município de residência NATAL	UF RN	Logradouro ALAMANDA
Número SN	Complemento	Bairro CANDELÁRIA	

Admissão

Data e Hora 30/12/2018 07:50:12	Número da pulseira 1000006843969	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalha do acidente MOTO X PEDESTRE

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

Imprimir

Ministério da Saúde
COREN-PB 515.165

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NILDECY MEDEIROS DANTAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01038-3

CONTA: 000000011840-0

Nr. Autenticação

BRADESCO2705201905000000000023701038000000011840168750 PAGO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recebo para depósito pagamento da conta fiscalizada de energia elétrica. Nº 018.060.951



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crista Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.423-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE VIRGINIO DINIZ NETO
RUA DA AURORA 333 AP 1203
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/652411-0

REFERÊNCIA

JAN/2019

APRESENTAÇÃO

07/01/2019

CONSUMO

432

VENCIMENTO

06/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 387,56

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHES

JOSE VIRGINIO DINIZ NETO

Roteiro: 02-006-150-0049

83610000003-0 87560149000-1 06524112019-8 01600006019-0

VENCIMENTO

06/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 387,56

MATRÍCULA

652411-2019-01-8





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE NILDECY MEDEIROS DANTAS

DATA DE NASCIMENTO 09/07/61

NOME DA MÃE NECI MARIA DANTAS

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 113155

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1132555

DATA DO ATENDIMENTO 30/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 07:50

MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE PATELA ESQUERDA

CID 10 S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NO JOELHO ESQUERDO DEVIDO A TRAUMATISMO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX JOELHO ESQ.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO ESQ. - FRATURA DE PATELAESQ.

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PATELA ESQUERDA

ALTA HOSPITALAR: 09/01/19

DATA DA EMISSÃO: 13/03/19



Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12- Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente ou o seu representante legal** os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa,/...../.....

Paciente – RG

.....
Representante Legal – RG

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente NILDECY MEDEIROS DANTAS	BAE 1132555	Data/Hora Entrada 30/12/2018 07:50:12
Data de nascimento 09/07/1961	Idade 57a 5m 21d	Sexo Feminino
Mãe NECI MARIA DANTAS		CNS
Endereço ALAMANDA, SN	Bairro CANDELÁRIA	Município NATAL
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
Data/Hora Classificação 30/12/2018 07:50:12		Data/Hora Prescrição 30/12/2018 08:48:20

Anamnese

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA NO JOELHO E HÁ HORAS.

RX COM FRATURA DE PATELA E

CD: INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO.

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), DILUIR 2,0 ML

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

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

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, (OBSERVAÇÃO

Diluir

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

PANTOPRAZOL SÓDICO 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML

CUIDADOS

SSVV + CCGG

Conduta

Em observação

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente NILDECY MEDEIROS DANTAS	BAE 1132555	Data/Hora Entrada 30/12/2018 07:50:12	Data Baixa
Data de nascimento 09/07/1961	Idade 57a 5m 21d	Sexo Feminino	CNS
Mãe NECI MARIA DANTAS			Telefone de Contato (84) 999020139
Endereço ALAMANDA, SN	Bairro CANDELÁRIA	Município NATAL	UF RN
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional IGOR QUEIROZ CAVALCANTE	Nº Cons. Regional 7733/
Data/Hora Classificação 30/12/2018 07:50:12		Data/Hora Prescrição 30/12/2018 08:48:20	

Anamnese

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA NO JOELHO E HÁ HORAS.

RAX COM FRATURA DE PATELA E

CD: INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO.

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), DILUIR 2,0 ML

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

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

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

CUIDADOS

SSVV + CCGG

Conduta

Em observação



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H+OP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H+OP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

NILDECY MEDeiros Dantas

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - Mês

11 - Dia

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE - MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - COD. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - 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

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDCE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDCE

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QDCE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FIO DE KEC 20 - 07
FIO ACIFLEX 20 - 01
FIO DE GELK 20 - 01
FIO ETIBOND 20 - 07

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - DOCUMENTO

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

45 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - CNS

47 - CPF

Daniel Consercio Almeida
MEDICO
CRM 11134

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - COD. ORÇÃO SUS/MS

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - DOCUMENTO

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

53 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - CNS

55 - CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA

FEB 2011

Nome: Wilder Medeiros Dantas BE/Prontuário: 432555
 Idade: _____ Sexo: () Masculino (☒) Feminino Cor: _____ Data: 07/01/19
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Osteossíntese de Patela (E)
 Cirurgião: Dr. André 1º Assistente: MZ1 Daniel
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Ana Lúcia
 Tipo de Anestesia: Rapida Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Ex de Patela (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteossíntese de patela (E)</u>	

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: _____

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa, 07/01/19

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE WILSON MONTES DANTAS							
IDADE 37 SEXO M PONTUÁRIO 02 ENFERMARIA 02 LEITO 01							
CIRURGIA FEED. DE CAT. E. ESO							
CIRURGIÃO DR. GARCIA PAIX 2 ALX 2 ALX 2							
ANESTESIA RAQUÍ + SEDACAS + FIO DE CAT. E. ESO							
ANESTESISTA DR. AVALAY							
INSTRUMENTADOR							
DATA 27/01/19 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INIC. 09:30 FIM 12:00 CIRURGIA INIC. 10:00 FIM 10:30							
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA 1 (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)							
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		1	FIO DE CAT. E. ESO Nº1	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			JELCO Nº22			FIO DE CAT. E. ESO Nº2	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22			FIO DE CAT. E. ESO Nº3	
CETAMINA			JELCO Nº24			FIO DE CAT. E. ESO Nº4	
DROPERIDOL			KIT SIST DREN TORÁXICA Nº			FIO DE CAT. E. ESO Nº5	
ETOMIDATO						FIO DE CAT. E. ESO Nº6	
CEVOGARBITAL			SOLUÇÕES	QTD.		FIO DE CAT. E. ESO Nº7	
FENTANILA			ALCOOL ETILICO 70%			FIO DE CAT. E. ESO Nº8	
FLUMAZENIL			PVP DEGERMANTE			FIO DE CAT. E. ESO Nº9	
ISOFLURANO			PVP TINTURA			FIO DE CAT. E. ESO Nº10	
EVOLUPVACAÍNA C. VASO			PVP TÓPICO			FIO DE CAT. E. ESO Nº11	
EVOLUPVACAÍNA S. VASO			SABÃO ANTISEPTICO			FIO DE CAT. E. ESO Nº12	
LIDOCAÍNA C. VASO			MATERIAIS	QTD.		FIO DE CAT. E. ESO Nº13	
LIDOCAÍNA S. VASO			AGULHA 13X4,5			FIO DE CAT. E. ESO Nº14	
MIDAZOLAN			AGULHA 25X07			FIO DE CAT. E. ESO Nº15	
MORFINA			AGULHA 25X08			FIO DE CAT. E. ESO Nº16	
NUMBILIN			AGULHA 40X12			FIO DE CAT. E. ESO Nº17	
PANCURÔNIO			AGULHA PERIDURAL Nº16			FIO DE CAT. E. ESO Nº18	
PETIDINA			AGULHA PERIDURAL Nº17			FIO DE CAT. E. ESO Nº19	
PROPOFOL			AGULHA PERIDURAL Nº18			FIO DE CAT. E. ESO Nº20	
RANIFENTANILA			AGULHA RAQUÍ Nº25G			FIO DE CAT. E. ESO Nº21	
ROCURÔNIO			AGULHA RAQUÍ Nº26G			FIO DE CAT. E. ESO Nº22	
SEVOFLURANO			AGULHA RAQUÍ Nº27G			FIO DE CAT. E. ESO Nº23	
SUXAMETÔNIO			ALGODÃO ORTOPÉDICO			FIO DE CAT. E. ESO Nº24	
TIOPENTAL			ATADURA DE CREPOM			FIO DE CAT. E. ESO Nº25	
			ATADURA GESSADA			FIO DE CAT. E. ESO Nº26	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		GRAVADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		HENCOE 400-4000	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		KIT DEFINA VENTRICULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		PROTESI VASCULAR	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		KIT PAM	
FAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		FINAIS INTERIORES	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		ESPRESSA	
PIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAF. DE CONT. DE	
EDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAF. DE CONT. DE	
FL. ROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº		PARAF. DE CONT. DE	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAF. DE CONT. DE	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAF. DE CONT. DE	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAF. DE CONT. DE	
LIDOCAÍNA GELEIA		FLETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAF. DE CONT. DE	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				PLACA	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP				PARAF. DE CONT. DE	
TENOXICAN		ESPARADRAPO				BUTIL. DE ELÉTRICO	
		GAZES				CAPIVAGUANT	
		GAZES ALGODOADAS				CAPIVAGUANT	
		GEL ELETROLÍTICO				CAPIVAGUANT	
		JELCO Nº14				CAPIVAGUANT	
		JELCO Nº16				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº27				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº28				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº29				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº30				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº31				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº32				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº33				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº34				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº35				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº36				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº37				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº38				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº39				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº40				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº41				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº42				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº43				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº44				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº45				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº46				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº47				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº48				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº49				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº50				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº51				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº52				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº53				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº54				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº55				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº56				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº57				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº58				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº59				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº60				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº61				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº62				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº63				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº64				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº65				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº66				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº67				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº68				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº69				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº70				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº71				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº72				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº73				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº74				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº75				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº76				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº77				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº78				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº79				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº80				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº81				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº82				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº83				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº84				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº85				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº86				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº87				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº88				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº89				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº90				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº91				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº92				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº93				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº94				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº95				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº96				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº97				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº98				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº99				CAPIVAGUANT	
		FIO DE CAT. E. ESO Nº100				CAPIVAGUANT	

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 07/01/19

PRONTUÁRIO: 1192555

PACIENTE: Nilolay Medeiros Santos SEXO: F COR: - IDADE: 57

PRESSÃO ARTERIAL: 100/60mmHg PULSO: 70bpm RESPIRAÇÃO: 18l/min TEMPERATURA: 36,5°C PESO: 57kg

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

EXAMES COMPLEMENTARES: Hb: 14,6 INR: 1,0 Alegria e satisfação

AP. RESPIRATÓRIO: eufônico AP. CIRURGICATÓRIO: estável

AP. DIGESTIVO: jejum ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS USADAS:

PRE-ANESTÉSICO: -

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: II

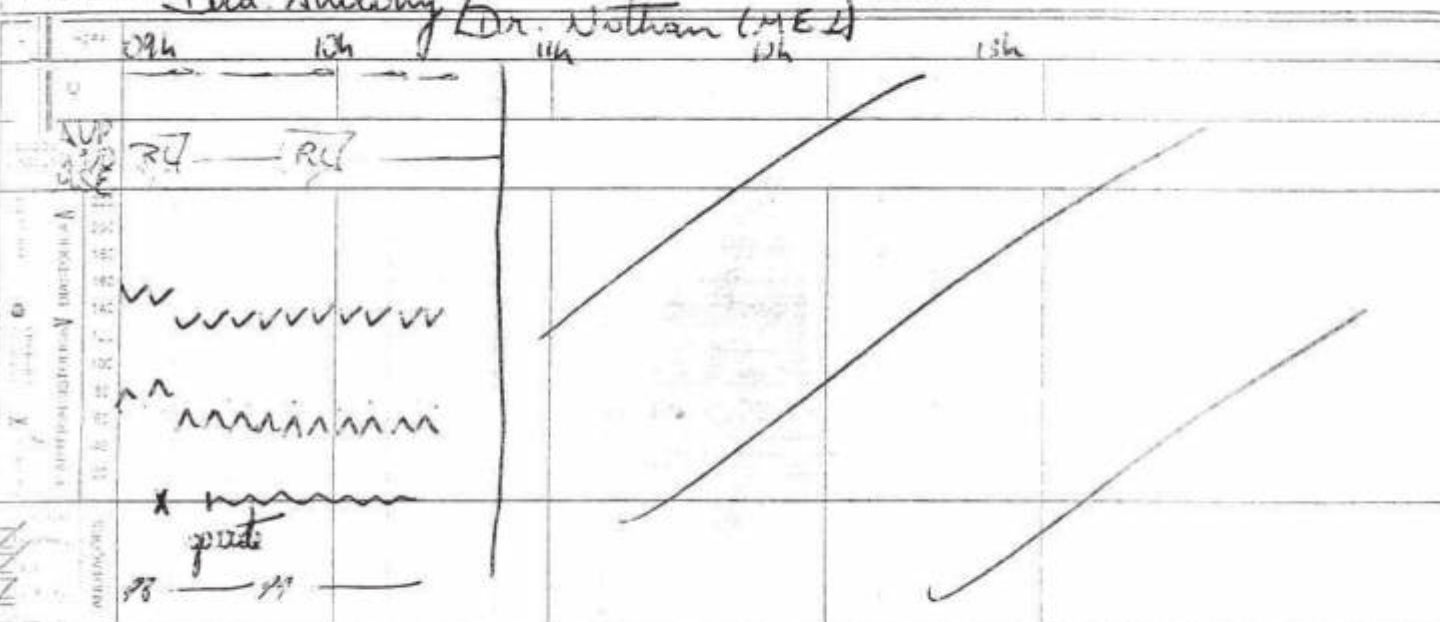
CIRURGIA REALIZADA: Fratura de patela Tratamento cirúrgico de fratura de patela

CIRURGIÃO: AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 09:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:45 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 01:45

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

ANESTESISTA: Dra. Anthony Dr. Nathan (MEU) CRM-PB:



TESTE GERAL: ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOC PLEO ☐ BLOC PERIF. ☐ OUTRO:

① APA + monitorização (ECG + PAUS + OXI. PULSO)

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO:

1	Dexametazona	10mg	11
2	Propofol	2g	12
3	Fentanyl	100mcg	13
4	Midazolam	5mg	14
5	Vecuronium bromide	1mg	15
6	Dipriona	2g	16
7	Vecuronium	8mg	17
8	Vecuronium e/ou 0,5% - 40ml		18
9			19
10			20

- ① Vecuronium n.º 0,5% 40ml
- ② Sedação com 3 + 4
- ③ Paciente rotada, oxigenação e saturação e/ou 100% por 10 minutos
- ④ 10-13, vecuronium n.º 26, LER, injeção de 5, Braxag, IV, vecuronium 10
- ⑤ Bloqueio de nervo femoral e isquiático, via anterior, agulha 40x2
- ⑥ FNP, com injeção de 5
- ⑦ Circulação da VIRA a/oxigenação e saturação

Assinatura: [Signature] Data: 07/01/19

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pt sob anestesia em DDH

Antissepsia + Assepsia

Aposição de campos operatórios

Dissecção de gordura

Incisão:

Via de acesso anterior da patela (E)

Auxílio e expulsão por globo
evitando com a hemostase

Achados:

Fr de patela (E)

Conduta:

Patelotomia parcial (E)

Preparo do joelho de K para realização da artroscopia

Sutura da tendão da patela com fio

retirada do fio e fix

Fixação com Kirschner

fixação por globo

Evitar

Re condut

Tab joelho

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Daniel Condervia Arruda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa, 07/10/19

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO




ASSINATURA DO TITULAR

Nildecy Medeiros Dantas

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL NOME 536.687

FILIAÇÃO NILDECY MEDEIROS DANTAS

NATURALIDADE SILVINO JOSE DANTAS
NECI MARIA DANTAS

DOC. ORIGEM DATA DE NASCIMENTO
CARNÁUBA DOS DANTAS RN 09/07/1961
CERT. DE CAS-DIV L-B-12 F-261 RG-6643

CPF 241.495.194-04

3a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07 MAIO 2019

PROTÓCOLO

Ag. JOÃO PESSOA

17/02/2009

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190309630 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NILDECY MEDEIROS DANTAS **Data do acidente:** 30/12/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 6/8.

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 joelho	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: 3190309630 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NILDECY MEDEIROS DANTAS **Data do acidente:** 30/12/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 6/8.

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 joelho	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-0152248/19

Vítima: NILDECY MEDEIROS DANTAS

CPF: 241.495.194-04

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 30/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILDECY MEDEIROS DANTAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NILDECY MEDEIROS DANTAS : 241.495.194-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 07/05/2019
Nome: NILDECY MEDEIROS DANTAS
CPF: 241.495.194-04

NILDECY MEDEIROS DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA