11/06/2020

Número: **0818345-03.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **25/03/2020**
Valor da causa: **R$ 11.812,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
NILDECY MEDEIROS DANTAS (AUTOR)	RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
31474291	11/06/2020 12:56	2725747_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01099/01100 - carta_01 - INVALIDEZ

00020550

Carta nº 14281744

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 12:56:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061112560717200000030189645
Número do documento: 20061112560717200000030189645

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01647/01648 - carta_15R - INVALIDEZ
00020824

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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:
	241495194 04	NILDECY MEDEIROS DANTAS

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: NILDECY MEDEIROS DANTAS			CPF: 241495194 04
Profissão: RECUSO	Endereço: RUA DA AURORA		Número: 333 / Complemento: AP 1203
Bairro: MIRAMAR	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PB	CEP: 58043270
E-mail:			Tel.(DDD): (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 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)

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

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

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

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

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, 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: _____
Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAIO 2019
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.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 12:56:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061112560717200000030189645
Número do documento: 20061112560717200000030189645

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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) 3218-5357

C E R T I D Ã O.
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, consequentemente, 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.

Nildecy Medeiros Dantas

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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:
	241495194 04	NILDECY MEDEIROS DANTAS

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo:			CPF:
NILDECY MEDEIROS DANTAS			241495194 04
Profissão:	**Endereço:**	**Número:**	**Complemento:**
RECUSO	RUA DA AURORA	333	AP 1203
Bairro:	**Cidade:**	**Estado:**	**CEP:**
MIRAMAR	JOÃO PESSOA	PB	58043270
E-mail:			**Tel.(DDD):**
			(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 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)

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

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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, 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

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.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 12:56:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061112560717200000030189645
Número do documento: 20061112560717200000030189645

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

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	Religião	Prontuário
Mãe **NECI MARIA DANTAS**			Pai **SILVINO JOSE DANTAS**	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) **NILSONIA MEDEIROS - IRMÃO(A)**	
DDD Móvel **84**	Fone Móvel **999020139**		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento **RG (IDENTIDADE)**	Número documento **536687**		Nº Cns	
Local de procedência **CABO BRANCO**			Tipo **BAIRRO**	UF **PB**
Email	Naturalidade **CARNAÚBA DOS DANTAS**		CBO/R	

Endereço

CEP **59065480**	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**		Clínica	
Classificação de risco			Origem do paciente **RESIDENCIA**
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento **ATROPELAMENTO**		Detalhe 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

Miriam Martins de Araújo
COREN-PB 515.565

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

CID

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

Imprimir

30/12/2018 07:48

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
BRADESCO270520190500000000002370103800000011840168750 PAGO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é segunda via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/fatura de energia elétrica Nº 018.060.951

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
JOSE VIRGINIO DINIZ NETO RUA DA AURORA 333 AP 1203 JOAO PESSOA	5/652411-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2019	07/01/2019	432	06/02/2019	R$ 387,56

Acesse: www.energisa.com.br

energisa

JOSE VIRGINIO DINIZ NETO
Roteiro: 02-006-150-0049
83610000003-0 87560149000-1 06524112019-8 01600006019-0

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
06/02/2019	R$ 387,56	652411-2019- 01-8

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

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.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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
CRB/HEETSHL
CRM 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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

TÉRMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

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**e os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer àComissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas emdecorrência 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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 12:56:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061112560717200000030189645
Número do documento: 20061112560717200000030189645

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

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

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 MC

CUIDADOS

SSVV + CCGG

Conduta

Em observação

Boletim registrado por PRISCILA JORGE DA SILVA em 30/12/2018 07:50:31

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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	Telefone de Contato **(84) 999020139**
Mãe **NECI MARIA DANTAS**				Prontuário
Endereço **ALAMANDA, SN**		Bairro **CANDELÁRIA**	Município **NATAL**	UF RN
Acidente **MOTO X PEDESTRE**	Motivo **ATROPELAMENTO**		Profissional **IGOR QUEIROZ CAVALCANTE**	Nº Cons. Regional 7733/
ata/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, (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

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 30/12/2018 07:50:31

Anexo II

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HTOP

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HTOP

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: NILDECY MENEZES DANTAS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

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: DDD / Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA:

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

23 - CID 10 PRINCIPAL:

24 - CID 10 SECUNDÁRIO:

25 - COD 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

27 - COD. 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 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

31 - QTDE:

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

34 - QTDE:

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

37 - QTDE:

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FIO DE KC 2.0 -02
FIO ACIFLEX 2.0 - C1
FIO DE SEDA 2.0 - C1
FIO ETHIBOND 5.0 -02

AUCLH + PRÓTESE
DO BAIXO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/9

41 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

43 - ASSINATURA E CARIMBO (NOME E Nº DO CONSELHO):

Daniel Conserino Arruda
MÉDICO
CRM 11134

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

47 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

49 - ASSINATURA E CARIMBO (NOME E Nº DO CONSELHO):

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 12:56:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061112560717200000030189645
Número do documento: 20061112560717200000030189645

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

FEDERAL

Nome: Vilsey Medeiros Dantas BE Prontuário: 132555

Idade: _____ Sexo: ( )Masculino (X)Feminino Cor: _____ Data: 09/01/19

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Osteossintese de Patela (E)

Cirurgião: Dr Andre 1º Assistente: MR1 Daniel

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Anabona

Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início ___:___ Término ___:___

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fx de Patela (E)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Osteossintese de patela (E)	

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim (X)Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 09/01/19

Médico/CRM: Daniel Conserva Arruda MÉDICO CRM 11134

FUNJLASCIR.009-1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 12:56:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061112560717200000030189645
Número do documento: 20061112560717200000030189645

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: [illegible]
IDADE: 37 BE: [illegible] PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: 02 LEITO: 07
CIRURGIA: FRAT. DE PATELA E.D
CIRURGIÃO: DR GUSTAVO PAUX: SALA:
ANESTESIA: RAQUI + SEDAÇÃO + [illegible]
ANESTESISTA: DR. ANALAVA
INSTRUMENTADOR:
DATA: 27/01/19 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO: 08:52 FIM: CIRURGIA: INICIO: 09:10 FIM: 10:10
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS):
( ) ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTESICAS	QTD.
ALFENTANILA	
BUPIVACAINA ISOBÁRICA	/
BUPIVACAINA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
ETOMIDATO	
FENOBARBITAL	
FENTANILA	/
FLUMAZENIL	
ISOFLURANO	
EVOBUPIVACAINA C/ VASO	/
EVOBUPIVACAINA S/ VASO	
LIDOCAINA C/ VASO	/
LIDOCAINA S/ VASO	
MIDAZOLAN	/
MORFINA	
NIMBIUM	
PANCURÔNIO	
PETIDINA	
PROPOFOL	
RAMIFENTANILA	
ROCURÔNIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETÔNIO	
TIOPENTAL	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
AGUA DESTILADA	
ATROPINA	
DIPIRONA	
FAZOLINA	//
DEXAMETASONA	/
HIOSCINA	//
EFEDRINA	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
GLUCONATO DE CALCIO	
HIDROCORTISONA	
LIDOCAINA GELEIA	
ONDASENTRONA	/
PLASIL	
PROSTIGMINE	
PROTAMINA	
TENOXICAN	

SOLUÇÕES	QTD.
ALCOOL ETILICO 70%	/
PVPI DEGERMANTE	/
PVPI TINTURA	/
PVPI TOPICO	
SABÃO ANTISEPTICO	

MATERIAIS	QTD.
AGULHA 13X4,5	/
AGULHA 25X07	
AGULHA 25X08	/
AGULHA 40X12	
AGULHA PERIDURAL Nº16	
AGULHA PERIDURAL Nº17	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA RAQUI Nº25G	
AGULHA RAQUI Nº26G	
AGULHA RAQUI Nº27G	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	
ATADURA DE CREPOM	
ATADURA GESSADA	
BOLSA P/ COLOSTOMIA	
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	
CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	
CATETER EPIDURAL Nº16	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CERA PARA OSSO	
COLET. URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRURGICAS	
COMPRESSAS CIRURGICAS	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUCÇÃO	
ELETRODOS	
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	
ESPARADRAPO	
GAZES	
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLITICO	
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO Nº18	1
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº15	
LÂMINA BISTURI Nº23	
LÂMINA BISTURI Nº24	1
LÂMINA DE DERMATOMO	
LÂMINA DE ENXERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	01
LUVA ESTERIL Nº7,0	
LUVA ESTERIL Nº7,5	
LUVA ESTERIL Nº8,0	
LUVA ESTERIL Nº8,5	
MASCARA CIRURGICA	1
MULTIVIAS	
PERFURADOR DE SORO	
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	1
SERINGA 5ML	1
SERINGA 10ML	1
SERINGA 20ML	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SILICONE (LATEX)	

FIOS	QTD.
FIO ALGODÃO S.A Nº	
FIO ALGODÃO S.A Nº	
FIO ALGODÃO C.A Nº	
FIO ALGODÃO C.A Nº	
FIO ETILON 2/0 - 1	
FIO DE KC 2/0 - 1	
FIO DE CATGUT 2/0 - 1	
FIO ETILON 3/0 - 1	
AGULHA MISCELIA KOLLMAN - 1	

MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CATETER DE PVC	
IMPLANTE CORTICAL	
CIMENTO CIRURGICO	
FIO DE CERCLAGEM Nº	
FIO DE CERCLAGEM Nº	
FIO ETERNAM Nº	
GRAMPEADOR CIRURGICO	
HEMOSTASIA CIRC.	
KIT DERIVA VENTRICULAR	
PROTESE VASCULAR	
KIT PAM	
DRAINOS EXTERNOS	

EMPRESA
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSO CANULADO
PARAFUSO ESPONJOSO
PARAFUSO PEDICULAR
PARAFUSOS MALEOLAR
PARAFUSOS MULTIAXIAL
PLACA
PLACA

EQUIPAMENTOS
APARELHO DE
BISTURI ELETRICO
COMPRESSOR
CAMA ORTOPEDICA
DESFIBRILADOR
FOCO CIRURGICO
FOCO FRONTAL
MICROSCOPIO
GONIOMETRO DE PLACA
MESA AUXILIAR DA ASSIS.
RAIO X CIRURGICO
SERRA
CIRCULANTE

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 07/01/19 PRONTUÁRIO: 1192555

PACIENTE: Nilobey Medeiros Dantas SEXO: F COR: - IDADE: 57a

PRESSÃO ARTERIAL: 150x84 PULSO: 76bpm RESPIRAÇÃO: 18/20 TEMPERATURA: PESO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: Ht 41,6 INR 1,0 Alergia a morfina

AP. RESPIRATÓRIO: eupneico AP. CIRCULATÓRIO: Estável

AP. DIGESTIVO: Jejum ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: — ESCALA TEMPO/SEG:

PULSE HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de patela

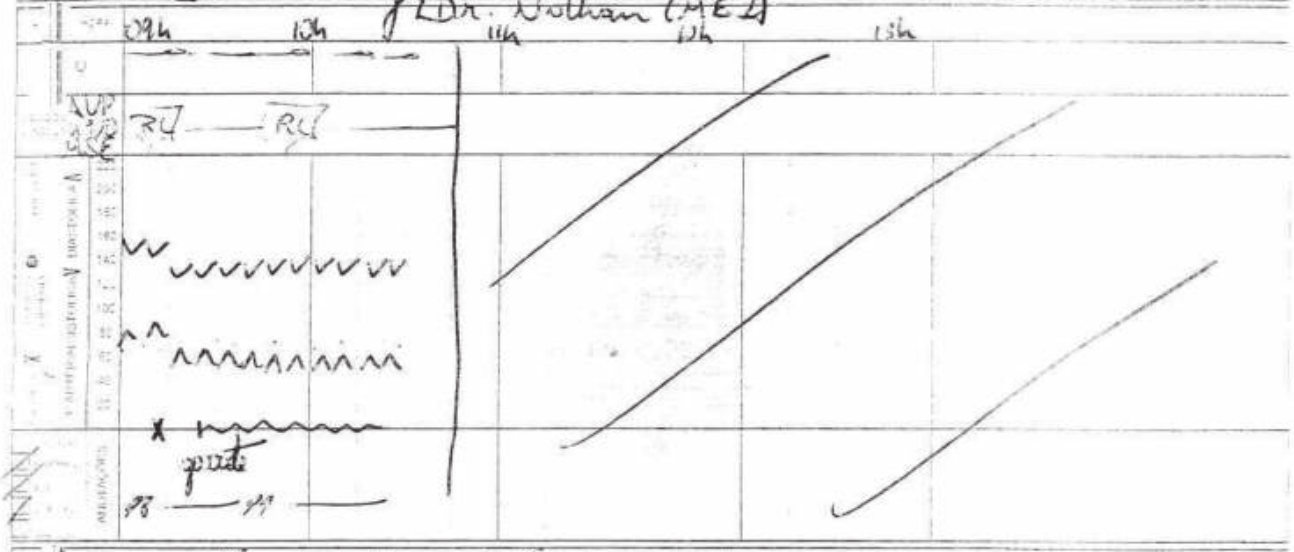
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico de patela de patela

CIRURGIÃO: AUXILIARES:

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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALOR EM R$:

ANESTESISTA: Dra. Audrey CRM: Dr. Nathan (MEd) CRM-PB



ANESTESIA GERAL ☑ RAQUIDIANA ☐ PERIDURAL ☑ BLOQ PLEXO ☐ BLOQ NERVOSO ☐

(1) APA + monitorização (ECG + PANI + OXI. PULSO),

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

	1 Dexametasona	10 mg	11
	2 Cefazolina	2 g	12
	3 Fentanil	100 mcg	13
	4 Midazolam	5 mg	14
1.000	5 Bupivacaína pesada	8 mg	15
	6 Dipirona	2 g	16
	7 Dexketoprofeno	8 mg	17
	8 Bupivacaína s/ vaso 0,5% - 40mL		18
	9		19
URPA	10		20

(2) Venoclise nº 20 MSE

(3) Sedação leve com 3 - 4;

(4) Paciente sedada, assepsia e antissepsia c/ álcool 70% Punção para anestesia, L3-L4, Agulha nº 26, LCR, injeção de 5 Bramo, IV, Mid. Limite T10.

(5) Bloqueio de nv. femoral à lidocaína, via anterior, agulha 22G e EVP, sem injeção de (8)

(6) Encaminhada à URPA s/ queixas e sinais vitais estáveis.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 12:56:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061112560717200000030189645
Número do documento: 20061112560717200000030189645

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:
Rot sob anestesia em DDH
Antissepsia + Assepsia
Aposição de campos operatorio.
Bloqueio de garrote

Incisão:
Via de acesso anterior de patela (E)
Aulaxi + apulsio por planos
Cuidados com a hemostasia

Achados:
Fx de Patela (E)

Conduta:
Patelectomia parcial (E)
Bloqueio de pés de fx para redução dos fragmentos
Sutura do tendão de patela Krackow.
retinaculo direito e fx
Fixação com Krackow
pontos por planos.
Curativo
Pé equino
Tala gessada.

Fechamento:

Observação:

Daniel Carneiro Arruda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa, 07/01/19

Médico/CRM:

FUNDAC.ASCIR.009-1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 12:56:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061112560717200000030189645
Número do documento: 20061112560717200000030189645

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 536.687
DATA DE EXPEDIÇÃO 17/02/2004
NOME NILDECY MEDEIROS DANTAS
FILIAÇÃO SILVINO JOSE DANTAS
NECI MARIA DANTAS
DATA DE NASCIMENTO 09/07/1961
NATURALIDADE CARNAUBA DOS DANTAS RN
DOC. ORIGEM CERT. DE CAS-DIV L-B-12 F-261 RG-6643
CAMPINA GRANDE PB-1 CARTORIO
CPF 241.495.194-04
3a. VIA
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO
POLEGAR DIREITO
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152248/19

Vítima: NILDECY MEDEIROS DANTAS

Data do acidente: 30/12/2018

CPF: 241.495.194-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NILDECY MEDEIROS DANTAS

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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