



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190325674**

**Vítima: FABIO ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FABIO ALVES DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: FABIO ALVES DA SILVA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000729**

**Conta: 000004716-9**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00847/00848 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030424



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE: FABIO ALVES DA SILVA**, brasileiro, solteiro, pedreiro, portador da Cédula de Identidade nº 2.942.066 SSP/PB e CPF nº 057.715.494-01, residente e domiciliado na Rua Edmundo Filho, 1010, Bairro São José, João Pessoa, Paraíba, CEP 58034-500.

**OUTORGADO: JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN**, brasileira, casada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, seção Paraíba sob o nº 22039, com endereço profissional à Av. João Machado, 849, sala 409, Centro, nesta Capital, Telefone (83) 3241.2485.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo como minha bastante procuradora a outorgada acima qualificada, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo a outorgada poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** do outorgante acima qualificado, o que tudo será tido como bom, firme e valioso.

João Pessoa, 10 de ABRIL de 2019.

*Fabio Alves da Silva*  
**FABIO ALVES DA SILVA**  
Outorgante





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2 9 4 2 0 6 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 03 OUT 2009

NOME FABIO ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO Agemiro Dias Moreira da Silva  
Maria de Tatima Alves da Silva

João Pessoa-PB 05.08.1985  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Certidão Nascimento 44.922-Fls.243-Liv.A-  
DOC ORIGEM

43-2ª Cartório de João Pessoa-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LE/Nº 7.116 DE 29/08/85

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA P.04

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Fingerprint and mugshot area.

Fabio Alves da Silva  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

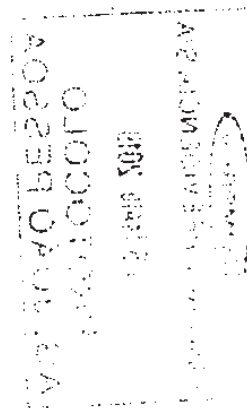
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA







# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Requis: para simples pagamento na conta fiscalizada de energia elétrica Nº 024.265.053

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-699  
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

<b>DADOS DO CLIENTE</b> MARIA DE FATIMA ALVES RUA EDMUNDO FILHO 1010 JOAO PESSOA		<b>CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR</b> <b>5/107747-8</b>		
<b>REFERÊNCIA</b> <b>MAI/2019</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> <b>03/05/2019</b>	<b>CONSUMO</b> <b>86</b>	<b>VENCIMENTO</b> <b>10/05/2019</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 30,78</b>

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

		<b>MARIA DE FATIMA ALVES</b> Roteiro: 01-006-107-0140 8364000000-3 30780149000-3 01077472019-6 05500006019-8	
<b>VENCIMENTO</b> 10/05/2019	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 30,78	<b>MATRÍCULA</b> 107747-2019- 05-5	



Num. 29976677 - Pág. 4





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00321.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00321.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:09 horas do dia 21 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Fábio Alves da Silva**, CPF nº 057.715.494-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria de Fátima Alves da Silva e Agemiro Dias Moreira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/08/1985 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Edmundo Filho, Nº 1010, bairro São José, tendo como ponto de referência Praça, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98740-0159.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Rua Edmundo Filho, Próximo a Praça, João Pessoa/PB, bairro São José; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/09/17 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

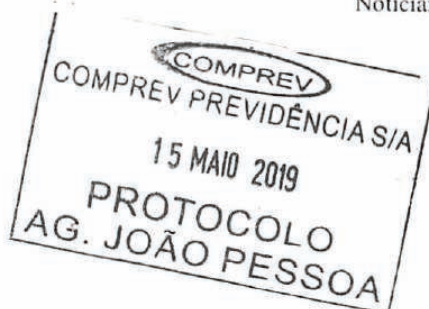
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CB 300 R, AMARELA, 2009/2010, PLACA NPW4480/PB, CHASSI 9C2NC4320AR000918, registrado em nome de ANA PAULA ALVES DA SILVA, quando perdeu o controle ao frear vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de fevereiro de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
FÁBIO ALVES DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 00321.01.2018.1.00.420





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIO ALVES DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 05/08/85  
NOME DA MÃE MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

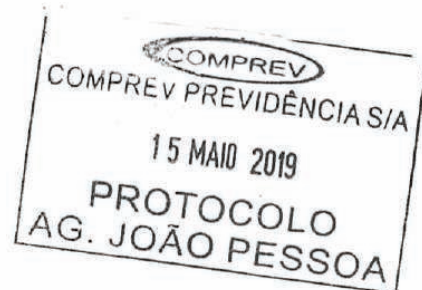
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.027.885  
Nº PRONTUARIO 104.293  
DATA DO ATENDIMENTO 16/09/17  
HORA DO ATENDIMENTO 09:21  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA  
CID 10 S 82.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, há cerca de 4 hs, trazido pelo SAMU, apresentando relato de trauma em joelho D e perna D, referindo dor importante e edema + impotência funcional Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do joelho D  
RX do joelho D - AP e P  
RX da coxa D - AP e P  
RX da perna D - AP e P



### TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia D à TC e ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Luiz Portela e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Leopoldo Viana e Dr. Andrier Farias no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 29/10/17  
DATA DA EMISSÃO: 18/01/18

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







Identificação do paciente			
ID 1210819	Nome FABIO ALVES DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 05/08/1985	Idade 32 anos 1 mes 11 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DA FATIMA ALVES DA SILVA	Pai AGEMIRO DIAS MOREIRA DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DA FATIMA ALVES DA SILVA - MAE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987400159	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2942066	Nº Cns 206109935470009	
Local de procedência BAIRRO SAO JOSE	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade	CBO/R	
Endereço			
CEP 58034500	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro EDMUNDO FILHO
Número 1010	Complemento	Bairro SAO JOSE	
Admissão			
Data e Hora 16/09/2017 09:21:12	Número da pulseira 100005991258	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso oficial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA 130	x 80	mmHg	Pulso 87
			Temperatura 100
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
<p>Dados clínicos</p> <p>paciente com trauma, el. e trauma de</p> <p>EM qual foi o trauma de</p> <p>liberado - 60 min</p>			
Diagnóstico			CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA			Tempo 01min 55seg

Imprimir

**COMPREV**

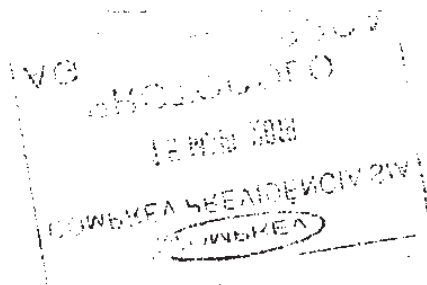
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 MAIO 2019

AG PROTOCOLO

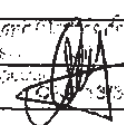
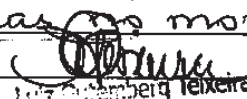
SSCA





Nome do paciente

Gabio Alves

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
02/09/17	11:25	<p>Psicologia</p> <p>Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, humor sem alterações, interage bem. Realizado exame psicológico.</p> <p>             Luiza Gutemberg Teixeira            Psí...            5023/13         </p>
03.10.17	14:20	<p>Psicologia</p> <p>Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente Sem queixas no momento</p> <p>             Luiza Gutemberg Teixeira            PSICÓLOGO            5023/13         </p>

F(NG).ENF.018-1





**Nota de Sala Cirúrgica**



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em Decúbito Dorsal. Hair Shave 5 de 40 cm na região da cintura para cima.
Incisão:	Incisão longitudinal e Agulha Articular medial de 20 cm (D) Dissecção para Planos da pele e profunda.
Achados:	- Ruptura do Aqueleto - Fístula interna com Placa Bloqueio na parte medial e fixação com parafusos de Bloqueio.
Conduta:	- Incisão longitudinal e Agulha Articular medial de 20 cm (D) Dissecção para Planos da pele e profunda. - Ruptura do Aqueleto - Fístula interna com Placa Bloqueio para Placa Tátil + Parafusos de Bloqueio. - Alargada com Ruptura do Aqueleto - Sutura com 3/0 PDS. - Sutura da pele.
Fechamento:	- Curativo - A - de cateter.
Observação:	Fístula na 45 dia de cirurgia. Em curativo de 45 dias.

Dr. Eneas P. Bessa Neto  
MÉDICO  
CRM/RN 8498

João Pessoa, 27/10/17

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



Nome: Fabrizio Alves da Silva BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 27/10/14  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Dr. Leagald 1º Assistente: Dr. Anselmo  
 2º Assistente: Dr. João Luiz 3º Assistente: Dr. Frederico  
 Instrumentador: Natália Anestesista: Dr. Amor Lúcio  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início 09:00 Término 12:50

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura da Placa Tibial (D)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tratamento cirúrgico de consolidação da placa tibial (D)	

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

Dr. Eneas P. Bessa Neto  
MÉDICO  
CRM - RN 8498

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 27/10/14

F(NG).ASCIR.009-1







# RELATÓRIO DE CIRURGIA

VERSÃO

Nome: Edna Alves de Sá Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
BE/Prontuário: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ Cirurgia: 12hs (Exatidão externa) MS  
Cirurgião: Dr. Luiz Antônio 1º Assistente: Dr. Stefano 2º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Ana Louisa Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: Sedação

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
- Inf. Elemento tubid. ①		
- Ex. Exatidão externa		
Procedimentos Cirúrgicos		Código
- Refinamento Exatidão externa		

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_  
Biopsia de Congelamento: ( ) Sim ( ) Não  
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico: \_\_\_\_\_  
Enfermaria: \_\_\_\_\_  
( ) Terapia Intensiva ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

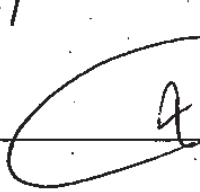
Dr. Luiz Antônio  
CRM: 20667/1185  
Especialidade: Traumatologia  
Otorrinolaringologia

João Pessoa, 25/09/13



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<p><b>Posição e Preparo:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pac em decúbito dorsal sob anestesia</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Deferença de pele</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Anestesia e antisepticos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Campos estéril</p> <p><b>Incisão:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Retirado fixador externo transarticular do M.I.D.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Curativo.</p> <p><b>Achadas:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Boa perfusão distal</p> <p><b>Conduta:</b></p> <p><b>Fechamento:</b></p> <p><b>Observação:</b></p> <p>Derivado fratura em posterior, necessita de um alceia posterior e de placa bloqueada por osteosíntese e osteomítiler em 2º tempo.</p>

Médico/CRM:

  
Dr. Luiz Portela  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Coluna Vertebral  
CRM-PE 68671/EQT 111

João Pessoa, 20/05/19



Assinado eletronicamente por: JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN - 18/04/2020 14:53:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041814531298700000028825790>  
 Número do documento: 20041814531298700000028825790





# FICHA DE ANESTESIA

HEEISIM

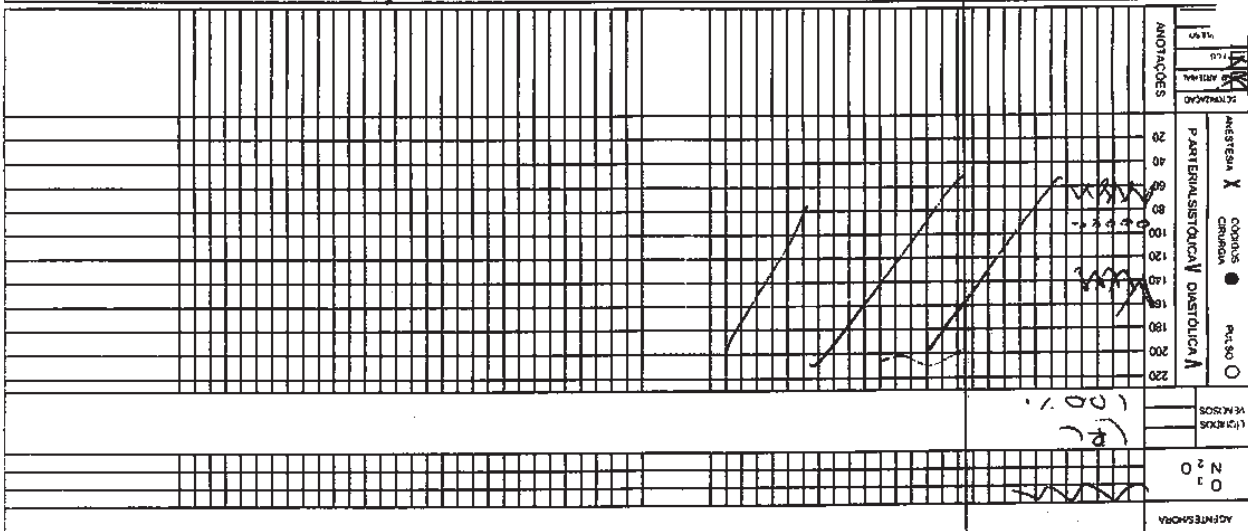


20

PRONTUÁRIO:

DATA: 25/04/17

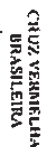
PACIENTE: <b>Fernando A. da Silva</b>		SEXO: <b>M</b>	COR: <b>M</b>	IDADE: <b>32</b>
GRUPO SANGÜÍNEO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	
ESTADO GERAL <b>BOM</b>	REGULAR	(MAU) (PÉSSIMO)	RISCO CIRÚRGICO <b>BOM</b>	(REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)
EXAMES COMPLEMENTARES <b>UPE</b>				
AR. RESPIRATÓRIO	<b>UPE em 21/04/17</b>			
AR. DIGESTIVO	<b>UPE</b>			
PRE-ANESTÉSICO	DOSE/HORA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				
CIRURGIA REALIZADA <b>Exatidão de fixação artroscópica de joelho</b>				
CIRURGIAO <b>Fernando A. da Silva</b>				
TÉRMINO DA ANESTESIA <b>13:45</b>				
DURAÇÃO DA ANESTESIA <b>15 min</b>				
VALORES RS				
CRM-PB				



TÉCNICA		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
ANESTESIA GERAL		Sedativos e analgésicos	
RAQUIDIANA			
EPIDURAL			
BLOCO PLEXO			
BLOCO NERVOS			
OUTROS			
LOCALS	USADOS		
CRIOSE	1	Fentanyl 100 mcg	
MACA	2	Propofol 120 mg	
SANGUE	3		
FLUIDO	4		
TOTAL	5		
INSTR. DO PACIENTE	6		
APR	7		
UTI	8		
RESIDÊNCIA	9		
OUTROS	10		

Ana Carolina Souto  
Anestesiologista  
CRM-PB 9190

ASSINATURA DO ANESTESISTA



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

## HELETSHI

Número:00

Paciente: Edgar Allan Poe  
 Diagnóstico: Alzheimer  
 Tratamiento: Medicamentos

Procedimento: Exame de 1º e 2º graus

SUS: (X) Não SUS: ( )

Medic: 1) 1000 1700 1700 1700

Prontuário: 1067805

Date: 16/02/17

### Reposição:

Data: \_\_\_\_\_

Caixa Pronta: — ..

**DISPENSACÃO CME**

**FORNECEDOR**

**IMPOL INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA**

AV. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil

10/2016

## REFERENCES

**IMPOL**  
INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA

Av. Dr. Olysses Guimarães, 3333 - Diadema - SP - Brasil

10/2016

### FIXADORES EXTERNOS

**FIXADOR IMPOL FIX 23**

**TAM: ROFAII**

**MATERIAL:** NBR ISO 209 / NBR 560

REGISTRAR ANISA 10100170110

0060/1018

**THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS**

**COD. 0930-001-00**

PRODUTO DE USO ÚNICO. PRODIGO REPROCESSAR, DESTINADO AOS V

**MATERIAL** NBR ISO 208 / NBR  
**REGISTRO ANVISA** 104108  
**Rep. Tc. Douglas C. Nunes - CRB**  
**LOTE** 0060/101  
  
**COD.** 0930-001-1  
**PRODUTO DE USO ÚNICO**

QTO: 1  
VAL: 10/2020  
CLASSE III

## DISPENSACÃO - FARMÁCIA

[illegible]

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

CRM 10045/P8

ASSINATUROS E N.ºS DE IDENTIFICAÇÃO - CORRIGIR

10/10/2006

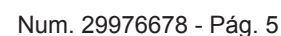
## ASSIGNMENT QUESTIONS: RESPONSIVENESS

Vanderhugto Ferreira Gomes


F(NG).APC.013-2



<b>SUS</b> Sistema Único de da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		Folha 1/2
	Anexo II		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____			
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <u>Adriana Silva</u> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) _____ 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____			
14 - C.D. (BGE, MUNICÍPIO) _____ 15 - UF _____ 16 - CEP _____ 11 - TELEFONE DE CONTATO _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO _____ 9 - SEXO: Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fm. <input checked="" type="checkbox"/> 3 6 - N.º DO PRONTUÁRIO <u>5027885</u>			
4 - CNES _____ 2 - CNES _____			
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) _____			





 <b>Sistema Único de Saúde</b> Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> Folha 1/2	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD, IBGE, MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
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	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UM E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTD	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - QTD		35 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTD	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
<p>Aut sintoma - Brio de Kuschmann 2,5 - 02 (modo como guia)</p> <p>CC de Brioquada 4,5 - 01 + Brio em L N: 54 Brio em T N: 4 - 01</p> <p>Procedimentos Brioquados 18/01 - 26/01 - 28/01 - 36/02 - 44/01</p> <p>Brioquados Englobados R32 N: 45-01 46/03 - 50/02</p> <p>Brioquados Englobados R32 N: 38-01</p>			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
41 - ASSINATURA		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
45 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

Anexo II



Médico/CRM:

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observação:
Rechamento:
Condução:
Achados:
Incisão:
Posição e Preparo:
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEFISAL

202 VERMELHA  
BRANCA



4  
3  
2  
1  
0



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Felipe Caires da Silva BE/Prentuário: 1024885  
 Idade: 32 Sexo: ( ☒ ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 16/09/17  
 Clínica/Setor: Otorrinolaringologia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Remoção de domos de fúnd. Comprim. de pluto libral  
 Cirurgião: Dr. João Henrique 1º Assistente: Dra. Jéssyka (P2)  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Neto Melo  
 Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Instalação de Placa Tubal Schtzker V</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Instalação de Placa Tubal Schtzker V</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: \_\_\_\_\_

*Dra. Jéssyka Emília F. Rabêlo*  
CRM 100398

João Pessoa, 16/09/17

F(ING) ASCIR 009-1





# Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Felipe Alves da Silva  
 IDADE: 37 BE 102 INDIQUE 5 ENFERMARIA: 7 LEITO: 7  
 CIRURGIÃO: Roberto de Lencastre Estêvão M.D  
 ANESTESISTA: Luís Leite (Ragim)  
 INSTRUMENTADOR: Amilson  
 DATA: 18/04/20 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 12:00 FIM: 12:55 CIRURGIÃO: INÍCIO: 12:00 FIM: 12:55  
 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		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		FIO CAT. GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPROPILCAÍNA C/ VASO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPROPILCAÍNA S/ VASO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		FIO POLIGLACTINA Nº	
MIDAZOLAN		FIO SEDA Nº	
MORFINA		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM		MATERIAL ESPECIAL	
PANCURÔNIO		CATETER DE PIC	
PETIDINA		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		FIO STENMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		FIO STENMAN Nº	
TIOPENTAL		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		KIT. DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		KIT. PAM	
BEXTRA		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOTRINA		EMPRESA	
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EPEDRINA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FLUROSEMIDA		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIIDROCORTISONA		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		PLACA	
ONDASESTRONA		PLACA	
PLASIL			
PROSTIGMINE		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		( ) ASPIRADOR	
TENOXICAN		( ) BISTURI ELÉTRICO	
		( ) CAPNÓGRAFO	
		( ) CARDIOMONITOR	
		( ) DESFIBRILADOR	
		( ) FOCO AUXILIAR	
		( ) FOCO CENTRAL	
		( ) MICROSCOPIO	
		( ) OXÍMETRO DE PULSO	
		( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
		( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
		( ) SERRA	
		CIRCULANTE	

impr. final fixar bu. e. termos (2)

Vanderlúcia Ferreira Gomes  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-PB 957.237







## Receituário Médico



O Sr. Fábio A. de Silva  
está em acompanhamento com  
aparelho gástrico para alívio  
e controle da dor de estômago  
de origem de rigidez estômago  
de interesse a seguir D. para a ingestão  
de alimentos sem mais problemas  
CID: 754.1582

Data: 13/04/18

Dr. Paulo V.  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



## RELATÓRIO FISIOTERAPÊUTICO

Local, João Pessoa. Data, 04 de junho de 2018

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que o Sr. **Fábio Alves da Silva** foi admitido para atendimento fisioterapêutico na Clínica Escola de Saúde da Uninassau-JP, com diagnóstico médico de **Fratura do Platô Tibial Proximal**, e apresentando queixa principal de dor no joelho direito e dificuldade ao andar.

Ao **exame físico** apresentou: Diminuição na amplitude de movimento da articulação do joelho direito para o movimento de flexão, dorsiflexão e flexão plantar do tornozelo, quadro algico pela Escala Visual Analógica (EVA) grau 3 em repouso e 8 ao movimento, hematoma na região da fossa poplítea e edema.

Apresenta como **diagnóstico funcional**: Déficit de amplitude de movimento do joelho com dificuldade para deambulação.

Os **objetivos propostos** foram: Reduzir a dor no joelho direito, Aumentar Amplitude de Movimento; Melhorar a força muscular; aprimorar a marcha.

Sendo assim, do ponto de vista cinético funcional, o paciente em questão está impossibilitado de realizar qualquer atividade laboriosa.

Jéssica T. Lima Dias  
Fisioterapeuta  
CREFIO: 221437-F

---

Fisioterapeuta









**Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0823288-63.2020.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Diante da declaração de pobreza prestada pela parte autora, que por ela responde civil e criminalmente, **defiro os benefícios da assistência judiciária.**

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo. Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

**Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial.**

Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial. **Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.**

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intemem-se as partes para se pronunciarem sobre



o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, 20 de abril de 2020.

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba

1ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

**Número do Processo: 0823288-63.2020.8.15.2001**

**Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Assunto: [Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito]**

**Polo ativo: AUTOR: FABIO ALVES DA SILVA**

**Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

### CERTIDÃO

Certifico que notifiquei o perito conforme se vê abaixo:

j  
p  
a  
-  
v  
c  
i  
v  
0  
1  
@  
t  
j  
p  
b  
.  
j  
u  
s  
.  
b  
r

Zimbra

---

### PERICIA

---

**De :** 1ª VARA CÍVEL DE JOÃO PESSOA <jpa-vciv01@tjpb.jus.br>

Sex, 24 de abr de 2020  
21:10

**Assunto :** PERICIA





**Para :** antoniovituriano@outlook.com

Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos do processo de nº **0823288-63.2020.8.15**.2001, com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre as Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Deste modo, informe se aceita o encargo de perito.

Fique intimado o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Juízo de Direito da 1º Vara Cível da Capital.

JOÃO PESSOA, 24 de abril de 2020  
GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS

What do you want to do ?

[New mail](#)Copy

