

---

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190135399**

**Vítima: LUCRECIA DA SILVA MILIANO**

**Data do Acidente: 12/06/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LUCRECIA DA SILVA MILIANO**

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, 19 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190135399**

**Vítima: LUCRECIA DA SILVA MILIANO**

**Data do Acidente: 12/06/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUCRECIA DA SILVA MILIANO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190135399**

**Vítima: LUCRECIA DA SILVA MILIANO**

**Data do Acidente: 12/06/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LUCRECIA DA SILVA MILIANO**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

Nº do sinistro ou ASL: 0056995119  
CPF da vítima: 104315124-57  
Nome completo da vítima: Buacura da Silva Miliano

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Buacura da Silva Miliano  
Profissão: Rural  
Endereço: Rua Belém dia  
Cidade: Santa Rita  
Estado: PB  
CEP: 58304-200  
Tel.(DDD):  
E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).  
RENDAS MENSAL:  
☐ RECURSO INFORMAR ☒ SEM RENDA  
R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.000,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.000,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.000,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1044 CONTA: 132345 (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**  
Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo  
Data do óbito da vítima:  
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Nulo ☐ Sim ☐ Não  
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: ☐ Sim ☐ Não  
Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não  
Vítima deixou nascido? ☐ Sim ☐ Não  
Vítima deixou país/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Estou cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, 20/01/19  
Nome: Buacura da Silva Miliano  
CPF: 104315124-57  
Assinatura de quem assina A ROGO: *Buacura da Silva Miliano*  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Buacura da Silva Miliano*  
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.  
FPS-001 V001/2018





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 09017.01.2018.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09017.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 28 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Lucrécia da Silva Miliano**, CPF nº 140.315.124-57, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Maria da Guia Santana da Silva e José Carlos Miliano, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 09/01/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 15, bairro Bebelândia, tendo como ponto de referência Perto do Restaurador de Sofás, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98601-0427.

**Dados do(s) Fatos:**

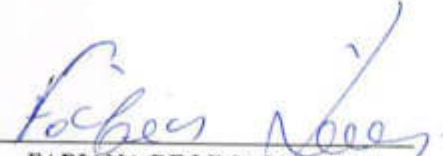
Local: Rua Projetada, Na Estrada Entre Lucena e Santa Rita, Lucena/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/06/16 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

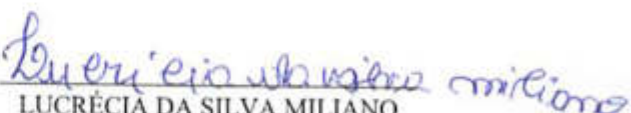
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/POP 110I, PRETA, 2016/2017, PLACA QFT4567/PB, CHASSI 9C2JB0100HR214097, registrada em nome de Tiago Rodrigo Galdino da Silva, quando perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 08.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Informa ainda que foi a única que machucou-se no ocorrido uma vez que estava sozinha na moto; 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 28 de novembro de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
LUCRÉCIA DA SILVA MILIANO  
Noticiante



Procedimento Policial: 09017.01.2018.1.00.401

Assinatura do Procurador (se houver)

CPD:

(\*) Assinatura de quem assina a ROGO

CPF: 

Nome:

א תצו

CPD:

2a | Name:

Cpf:

17 | Name:

## TESTEMUNHAS

20/01/19

CPF: 109.515.189-57

Name: \_\_\_\_\_

Local e Data, 19/05/2024

### DADOS CADASTRAIS

responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

|                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Última teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Se tinha filhos, informar quantos: _____<br>Falecidos: _____<br>Vivos: _____ | Última deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Última deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

ESTADO CIVIL DA VÍTIMA: ☒ solteiro ☐ casado (ou CMI) ☐ divorciado ☐ separado judicialmente ☐ viúvo

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 (assinhar uma das opções):

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

**Autorizo a seguradora** 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.

**AGÊNCIA:**

(informar o dígito se existir)

☐ BANCO DO BRASIL (BRL) ☒ US\$☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)☐ **CONTA POUANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

 SEM RENDA☐ RECUSO INFORMAR

REDAKSI:

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

E-mail:

Datto:

မလ္လာရ

\_\_\_\_\_

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

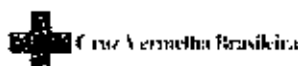
☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

**PEDIDO DO SEGURO DPVAT**





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sa -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 928516



### Identificação do paciente

|                                |                                      |                 |               |            |
|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------|---------------|------------|
| ID                             | Nome                                 |                 |               | Sexo       |
| 1047407                        | LUCRECIA DA SILVA MILIANO            |                 |               | Feminino   |
| Data de nascimento             | Idade                                | Estado civil    | Religião      | Prontuário |
| 09/01/1999                     | 17 anos 6 meses 3 dias               | SOLTEIRO(A)     | NAO INFORMADA |            |
| Mãe                            | Pai                                  |                 |               |            |
| MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA | JOSE CARLOS MILIANO                  |                 |               |            |
| Escolaridade                   | Responsável (Parentesco)             |                 |               |            |
| FUNDAMENTAL INCOMPLETO         | EDSON NAZARE DA SILVA - ACOMPANHANTE |                 |               |            |
| DDD Móvel                      | Fone Móvel                           | DDD Fixo        | Fone Fixo     |            |
| Tipo documento                 | Número documento                     | Nº Cns          |               |            |
| REGISTRO DE NASCIMENTO         | 60416                                | 184271797560018 |               |            |
| Local de procedência           | Tipo                                 |                 |               | UF         |
| LUCENA                         | MUNICIPIO                            |                 |               | PB         |
| Email                          | Naturalidade                         | CBO/R           |               |            |
|                                | SANTA RITA                           |                 |               |            |

### Endereço

|          |                           |         |                            |
|----------|---------------------------|---------|----------------------------|
| CEP      | Município de residência   | UF      | Logradouro                 |
| 58301000 | SANTA RITA                | PB      | PROFESSOR SEVERO RODRIGUES |
| Número   | Complemento               | Bairro  |                            |
| SN       | SITIO TORCRO - BEBELANDIA | POPULAR |                            |

### Admissão

|                        |                         |                     |
|------------------------|-------------------------|---------------------|
| Data e Hora            | Número da pulseira      | Convênio            |
| 12/06/2016 12:51:31    | 1000004259977           | SUS                 |
| Especialidade          | Clinica                 |                     |
| CLINICA GERAL          | CLINICA TRAUMA E GERAL  |                     |
| Classificação de risco | Origem do paciente      |                     |
|                        | RUA                     |                     |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento   | Detalhe do acidente |
| URGENCIA               | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | QUEDA / OUTROS      |

### Indicadores e Transporte

|                    |                  |                    |        |
|--------------------|------------------|--------------------|--------|
| Caso policial      | Piano de saúde   | Vero de ambulância | Trauma |
| Não                | Não              | Sim                | Sim    |
| Meio de transporte | Quem transportou |                    |        |
| SAMU               | SAMU             |                    |        |

### Sinais Vitais

|        |       |             |
|--------|-------|-------------|
| PA     | Pulso | Temperatura |
| X mmHg |       |             |

### Exames complementares

Rato X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liqueur [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Supracard. número D  
29/06/2016

Diagnóstico

Atendido por  
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

Imprimir



103min 27seg

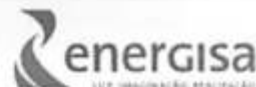
# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 019.608.973

38304-200



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400  
CNPJ 09.695.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-4

## DADOS DO CLIENTE

RITA SALVINO DA SILVA  
LOC BEBELANDIA s/n  
SANTA RITA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1047453-4

## REFERÊNCIA

FEV/2019

## APRESENTAÇÃO

05/02/2019

## CONSUMO

21

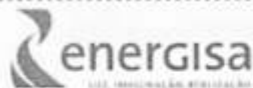
## VENCIMENTO

12/02/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 24,04

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



DESTAQUE AQUÍ

RITA SALVINO DA SILVA

Roteiro: 03-009-634-2960

83690000000-8 24040054000-3 10474532019-2 02800009019-2

## VENCIMENTO

12/02/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 24,04

## MATRÍCULA

1047453-2019-02-8





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LUCRÉCIA DA SILVA MILIANO  
DADOS DE NASCIMENTO 09/01/99  
NOME DA MÃE MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 926.519  
Nº PRONTUÁRIO 95.767  
DATA DO ATENDIMENTO 12/06/16  
HORA DO ATENDIMENTO 12:51  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR (SUPRACONDILIANA) DO  
ÚMERO D  
CID 10 S 42.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e provável fratura exposta em braço D e sem outras queixas. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP  
RX do braço D - AP e P  
RX do cotovelo E - AP e P  
USG do abdome total - FAST



### TRATAMENTO:

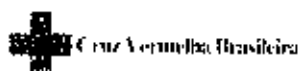
Fratura da extremidade inferior (supracondiliana) do úmero E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Santos.

ALTA HOSPITALAR: 01/07/16  
DATA DA EMISSÃO: 08/02/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO C. 2516/2011  
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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 926519



### Identificação do paciente

|                                          |                                                                  |                             |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| ID<br>1047407                            | Nome<br>LUCRECIA DA SILVA MILIANO                                | Sexo<br>Feminino            |
| Data de nascimento<br>09/01/1999         | Idade<br>17 anos 5 meses 3 dias                                  | Estado civil<br>SOLTEIRO(A) |
| Mãe<br>MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA    | Religião<br>NÃO INFORMADA                                        | Pai<br>JOSE CARLOS MILIANO  |
| Escolaridade<br>FUNDAMENTAL INCOMPLETO   | Responsável (Parentesco)<br>EDSON NAZARE DA SILVA - ACOMPANHANTE |                             |
| DDD Móvel                                | Fone Móvel                                                       | DDD Fixo                    |
| Tipo documento<br>REGISTRO DE NASCIMENTO | Número documento<br>90416                                        | Nº Cns<br>164271797550018   |
| Local de procedência<br>LUCENA           | Tipo<br>MUNICIPIO                                                | UF<br>PB                    |
| E-mail                                   | Naturalidade<br>SANTA RITA                                       | CBO/R                       |

### Endereço

|                 |                                          |                                          |
|-----------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| CEP<br>68301000 | Município de residência<br>SANTA RITA    | UF<br>PB                                 |
| Número<br>SN    | Complemento<br>SÍTIO TORORO - BEBELANDIA | Logradouro<br>PROFESSOR SEVERO RODRIGUES |
|                 |                                          | Bairro<br>POPULAR                        |

### Admissão

|                                    |                                                  |                                    |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data e Hora<br>12/06/2016 12:51:31 | Número da pulseira<br>1000004259977              | Convênio<br>SUS                    |
| Especialidade<br>CLINICA GERAL     | Clinica<br>CLINICA TRAUMA E GERAL                |                                    |
| Classificação de risco             | Origem do paciente<br>RUA                        |                                    |
| Caráter de atendimento<br>URGÊNCIA | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Data do acidente<br>QUEDA / OUTROS |

### Indicadores e Transporte

|                            |                       |                            |               |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não       | Plano de saúde<br>NÃO | Verbo de ambulância<br>Sim | Trauma<br>Sim |
| Meio de transporte<br>SAMU |                       | Quem transportou<br>SAMU   |               |

### Sinais Vitais

|                          |                |                      |
|--------------------------|----------------|----------------------|
| PA<br>_____ x _____ mmHg | Pulso<br>_____ | Temperatura<br>_____ |
|--------------------------|----------------|----------------------|

### Exames complementares

|            |            |           |        |            |         |                      |
|------------|------------|-----------|--------|------------|---------|----------------------|
| Raio X [ ] | Sangue [ ] | Urina [ ] | TC [ ] | Líquor [ ] | ECG [ ] | Ultrassonografia [ ] |
|------------|------------|-----------|--------|------------|---------|----------------------|

Dados clínicos

Supracard. número D  
29/06/2016 (3 ANA)

Diagnóstico  
RS HPT

Atendido por  
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

Imprimir



debut. t. c. d. art.  
Ad. in. m. t. c. c. d. art.  
12/06

DE  
AS/07  
103min 27seg





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



HEETSHL

# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO



NOME DO PACIENTE:

IDAD: 1000004259977 BE: 926519  
LUCRECIA DA SILVA MILIANO  
DT. NASC: 09/01/1999  
MAE: MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU  
TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta  
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura  
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax: %

## Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias  
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas  
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória  
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida  
☐ Palidez ☐ Outros:

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial  
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda  
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias

☐ Internações ☐ Outros: Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

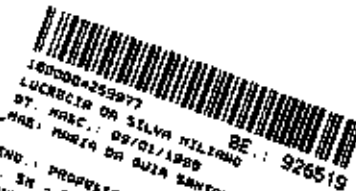
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: 12.06.16 - Paciente vítima de acidente/moto; e/  
HD: trat. exp. anteb. D; encaminhada ao CDI (Rxs); ag. AV. ORTO;  
EGR, COTE

Enfermeira  
COREN 79452/PB

DESTINO:

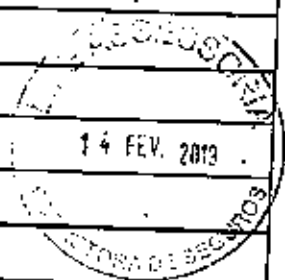
ENFERMEIRO:

COREN:



END.: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES  
N. 38 - POPULAR  
SANTA RITA  
CONE: 11  
CELULAR: 11  
TODOS: 17  
DT. ENTREGA:

| DATA     | HORA | DESCRIÇÃO DA                                                                                                                                                                                                     |
|----------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |      | boicoteia                                                                                                                                                                                                        |
|          |      | Psicologia                                                                                                                                                                                                       |
| 15/06/16 |      | Paciente apresenta-se emocionalmente instável pelos traumas físicos ocorridos por acidente de moto. Angustiado pela dificuldade de adaptação no ambiente hospitalar (URPA), expressando sentir falta da família. |
|          |      | Realizado apoio psicológico.                                                                                                                                                                                     |
|          |      | Gitana Lopes                                                                                                                                                                                                     |
|          |      | CRP 13/1882                                                                                                                                                                                                      |
|          |      | Gitana Lopes de Farias                                                                                                                                                                                           |
|          |      | Psicóloga Clínica - Hospitalar                                                                                                                                                                                   |
|          |      | CRP 13/1882                                                                                                                                                                                                      |





**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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E.E.T.S.H.I

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Quercia da Silva Italiano

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

926519

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - SEXO

MASC. ☒ FEM. ☒

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

COD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Rita

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDDE

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

01 - placa DCP e 108 zureos  
03 - parafusos verticais n° 18  
02 - " " " " n° 20  
02 - " " " " n° 26  
02 - " " " " n° 36  
01 - " " " " n° 35  
espessura

01 - Agulha de placa A 25

24.12.2019

24.12.2019

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

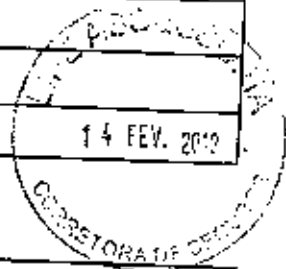


# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Laureis de Lins Ferreira BM/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: 174 Sexo: ( ) Masculino (x) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 29/6/16  
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura supracondilária  
Cirurgião: Dr. Roberto A. Santos 1º Assistente: Dr. Ueno D.  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: Dr. Carlos R.  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. B. da S.  
Tipo de Anestesia: Blócio flaco Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório     | CID |
|--------------------------------|-----|
| <u>Fratura supracondilária</u> |     |
| <u>em membro do membro D.</u>  |     |
|                                |     |
|                                |     |
|                                |     |
|                                |     |

| Procedimentos Cirúrgicos          | Código |
|-----------------------------------|--------|
| <u>Tratamento cirúrgico</u>       |        |
| <u>de fratura supracondilária</u> |        |
| <u>em membro do membro D.</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: Dr. Roberto A. Santos CRM-PB 1590 João Pessoa, 29/6/16

51

CIRCULANTE:  
Circulação de 065 Sudo  
- 36. Fátima  
COREN 250.854-PB  
FONG-ABCIR 101-2



## FICHA DE ANESTESIA



DATA 29616

**PRONTUÁRIO:**

|                                                            |       |                                                         |             |                           |                 |
|------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-----------------|
| PACIENTE                                                   |       | DATA: 16/11/16                                          |             | PRONTUÁRIO:               |                 |
| SILVEIRA DA SILVA                                          |       | SEXO: F                                                 | COR: P      | IDADE: 17 (A)             |                 |
| PRESSÃO ARTERIAL                                           | PULSO | RESPIRAÇÃO                                              | TEMPERATURA | PESO                      | GRUPO SANGÜÍNEO |
| ESTADO GERAL (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO       |       | RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO |             |                           |                 |
| EXAMES COMPLEMENTARES DENTRO DA NORMALIDADE VIDA PREVIÁVEL |       |                                                         |             |                           |                 |
| AP. RESPIRATÓRIO SRA UNV-D ANT                             |       | AP. CIRCULATÓRIO PCR 27.5                               |             |                           |                 |
| AP. DIGESTIVO JEJUM                                        |       | ESTADO MENTAL LOTE                                      |             | DROGAS EM USO             |                 |
| PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/MORA UNV-D                             |       | ESTADO FÍSICO (ASA)                                     |             |                           |                 |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRACTURA DO COTOVELO DIREITO    |       |                                                         |             |                           |                 |
| CIRURGOIA REALIZADA TATIANA LUIZ LOPES                     |       |                                                         |             |                           |                 |
| CIRURGIÃO DR. ROBERTO S. AUXILIARES DR. KATARY             |       |                                                         |             |                           |                 |
| INÍCIO DA ANESTESIA 15:15                                  |       | TÉRMINO DA ANESTESIA 17:45                              |             | DURAÇÃO DA ANESTESIA 2.30 |                 |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                     |       | QUANT. DE CH.                                           |             | VALORES R\$               |                 |
| ANESTESISTA DR. ABDON                                      |       | CPF                                                     |             | CRM-PB 4184               |                 |
| INTERESSADA                                                |       |                                                         |             |                           |                 |

† NTE BL-1000.

02  
N.C.



|    |   |   |
|----|---|---|
| 22 | Y | O |
|----|---|---|

| Page | Page | Page |
|------|------|------|
|------|------|------|

|   |      |         |
|---|------|---------|
| ● | D445 | 5-22-81 |
|---|------|---------|

5

2008

THE ROAD

ARCHITECT: PAR 2

|    |    |
|----|----|
| БЭ | БЭ |
|----|----|

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

|     |     |
|-----|-----|
| FAB | APC |
|-----|-----|

**ANESTESIA C**

000000

\_\_\_\_\_

---

100

100

STAND BY MACHINE

AP<sup>+</sup> ☐ 0

100  HILL

**OUTRO:**

7-8

2570

42

22



**MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO**

14 FEB. 2019

Dr. Abdon Ribeiro Lustosa  
Anestesiologista  
CRM 4384

ASSIGNATURA DO ANO DE 1982

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pré e anti-émbolia  
fe com o paciente

Incisão:

Incisão longitudinal  
ao nível do

Achados:

Grande Scaf.  
Adesão do fragmento

Conduta:

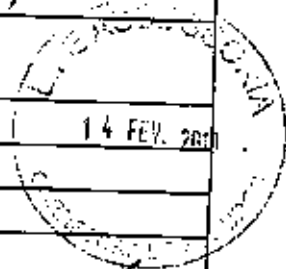
Omeor. Utilize-se  
placa 3.1 DC P. de  
Porto/fever. fixa de  
cabo com parafusos  
corticais e 1 metal.  
Após a fixação

Fechamento:

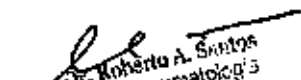
lavar.  
curativo

Observação:

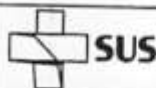
Dele ferida aberta  
Natural



Médico/CRM:

  
Dr. Roberto A. Santos  
Orto - Traumatologia  
CRM-PR 1557

João Pessoa, 29/06/06



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

NETSHL

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Raquelia da Silva Hiliano

12/06/16

6 - N° DO PRONTUÁRIO

926519

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc ☒ 1

Fem ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

## 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

(01) - Agulha de Fleco A-50 (B. Braun)



## PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

Iana Medeiros

12/06/16

( ) CNS ( ) CPF

CRM/PR 19815

Médica

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS ( ) CPF

Nome: Luciana da Silva Martins BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: 27 Sexo: ( ) Masculino (X) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1 / 1 / \_\_\_\_\_  
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: fx exposta do punho direito (D)  
Cirurgião: Dr. Vismar 1º Assistente: Dr. Sampaio  
2º Assistente: Dr. Moreira 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: Bva. + sedação Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório          | CID |
|-------------------------------------|-----|
| (D) fx exposta do punho direito (D) |     |
|                                     |     |
|                                     |     |
|                                     |     |
|                                     |     |
|                                     |     |

| Procedimentos Cirúrgicos                   | Código |
|--------------------------------------------|--------|
| (D) artroscopia do punho direito (D)       |        |
| fixação de fx exposta do punho direito (D) |        |
|                                            |        |
|                                            |        |
|                                            |        |
|                                            |        |

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



Médico/CRM: \_\_\_\_\_

  
Dr. Vismar  
CRM 9456

João Pessoa, 12 / 06 / 16



COPIES OF THE  
 REPORT OF THE  
 COMMISSIONER OF  
 THE GENERAL LAND OFFICE  
 TO THE HOUSE OF COMMONS  
 IN 1862  
 BY  
 JOHN R. COLEMAN  
 OF THE  
 HOUSE OF COMMONS  
 LONDON  
 1863

# FICHA DE ANESTESIA

8

HEETSIL

DATA: 12/08/16

PRONTUÁRIO: 1047407

|                                                                                      |                            |                                                                                         |              |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|
| PACIENTE: <u>Wanda da Silva, Nilcete</u>                                             |                            | SEXO: <u>F</u>                                                                          | COR: <u></u> | IDADE: <u>17a</u>                 |
| PRESSÃO ARTERIAL <u>110/60 - 90/60</u>                                               | RESPIRAÇÃO <u>Eupneica</u> | TEMPERATURA <u></u>                                                                     | PESO <u></u> | GRUPO SANGÜINEO <u></u>           |
| ESTADO GERAL ( ) BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO |                            | RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO |              |                                   |
| EXAMES COMPLEMENTARES <u>VPM</u>                                                     |                            |                                                                                         |              |                                   |
| AP. RESPIRATÓRIO <u>NDN</u>                                                          |                            | AP. CIRCULATÓRIO <u>NDN</u>                                                             |              |                                   |
| AP. DIGESTIVO <u>JEIUM</u>                                                           |                            | ESTADO MENTAL <u>LOTE</u>                                                               |              | DROGAS EM USO <u>VPM</u>          |
| PRÉ-ANESTÉSICO <u></u>                                                               |                            |                                                                                         |              | ESTADO FÍSICO (ASA) <u>I</u>      |
| DOSE/HORA <u></u>                                                                    |                            |                                                                                         |              |                                   |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura exposta de cotovelo D.</u>                     |                            |                                                                                         |              |                                   |
| CIRURGIA REALIZADA <u>TTO cirúrgico de fratura exposta de cotovelo</u>               |                            |                                                                                         |              |                                   |
| CIRURGIÃO <u>Dr. Gustavo</u>                                                         |                            | AUXILIARES <u>Dr. Modesto (R)</u>                                                       |              |                                   |
| INÍCIO DA ANESTESIA <u>14:30h</u>                                                    |                            | TÉRMINO DA ANESTESIA <u>16h</u>                                                         |              | DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>90min</u> |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u></u>                                                       |                            | QUANT. DE CH. <u></u>                                                                   |              | VALORES RS <u></u>                |
| ANESTESISTA <u>Dr. João, Dr. Jacob R</u>                                             |                            | CRM-PB <u>Dr. João Batista Virgulino</u>                                                |              |                                   |

|                   |                                                                             |                                   |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| AGENTE GÁS        | <u>O<sub>2</sub></u>                                                        | <u>N<sub>2</sub>O</u>             |
| LÍQUIDOS VENCIDOS | <u>50ml</u>                                                                 | <u>50ml</u>                       |
| ANESTESIA         | <input checked="" type="checkbox"/> GERAL                                   | <input type="checkbox"/> RACIOMAN |
| DIÁSTOLICA        | <u>80</u>                                                                   | <u>80</u>                         |
| ANOTAÇÕES         | <p>RS RS RS RS RS RS RS RS RS</p> <p>100% 92% 100% 99% 99% 100% 99% 98%</p> |                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|----|---|-----------------|----|---|----------------|----|---|-------------------|----|---|-------------|----|---|--------------|----|---|---------------|----|---|--------------------|----|---|--|----|----|--|----|
| <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RACIOMAN <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input checked="" type="checkbox"/> BLOCO PLEXO <input type="checkbox"/> BLOCO NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
| LÍQUIDOS<br>GLICOSE<br>NaCl<br>SORO<br>RINGER<br>TOTAL                                                                                                                                                                             | <b>MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO</b> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Midazolam 2mg</td><td>11</td></tr> <tr><td>2</td><td>Fentanyl 100mcg</td><td>12</td></tr> <tr><td>3</td><td>Clonazepam 2mg</td><td>13</td></tr> <tr><td>4</td><td>Dexametasona 10mg</td><td>14</td></tr> <tr><td>5</td><td>Diprimer 2g</td><td>15</td></tr> <tr><td>6</td><td>Naloxona 4mg</td><td>16</td></tr> <tr><td>7</td><td>Volarene 30mg</td><td>17</td></tr> <tr><td>8</td><td>Clonitazepam 100mg</td><td>18</td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td>19</td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td>20</td></tr> </table> | 1  | Midazolam 2mg | 11 | 2 | Fentanyl 100mcg | 12 | 3 | Clonazepam 2mg | 13 | 4 | Dexametasona 10mg | 14 | 5 | Diprimer 2g | 15 | 6 | Naloxona 4mg | 16 | 7 | Volarene 30mg | 17 | 8 | Clonitazepam 100mg | 18 | 9 |  | 19 | 10 |  | 20 |
| 1                                                                                                                                                                                                                                  | Midazolam 2mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 11 |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
| 2                                                                                                                                                                                                                                  | Fentanyl 100mcg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 12 |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
| 3                                                                                                                                                                                                                                  | Clonazepam 2mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 13 |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
| 4                                                                                                                                                                                                                                  | Dexametasona 10mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 14 |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
| 5                                                                                                                                                                                                                                  | Diprimer 2g                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 15 |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
| 6                                                                                                                                                                                                                                  | Naloxona 4mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 16 |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
| 7                                                                                                                                                                                                                                  | Volarene 30mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 17 |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
| 8                                                                                                                                                                                                                                  | Clonitazepam 100mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 18 |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
| 9                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 19 |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
| 10                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 20 |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
| DESTINO DO PACIENTE<br><input type="checkbox"/> APH <input type="checkbox"/> ENFERMARIA<br><input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA<br><input type="checkbox"/> OUTROS                                     | COORDENAÇÕES IMPORTANTES<br><u>Bloqueio de plexo braquial + axilar c/ NE + Agulha Stimuplex ABC c/ injeção de</u><br><u>Naloxona 0,1mg 30ml + Lidocaína 0,5% 30ml</u><br><u>Sedação EV = 2mg de Midazolam + 100mcg de fentanyl + 20mg de atropina</u><br><u>Dr. João</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |
| ASSINATURA DO ANESTESISTA<br>FINGLASCR026-1                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |               |    |   |                 |    |   |                |    |   |                   |    |   |             |    |   |              |    |   |               |    |   |                    |    |   |  |    |    |  |    |



UNIVERSIDADE  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1) Pac. em DD.A. SOB ANEST.M/1
- 2) Anti-germia e assupsia
- 3) Preparo de campos cirúrgicos

### Incisão:

4

### Ações:

- 1) Identificação de fôco de fratura

### Conduta:

- 1) Avaliação inicial de fratura
- 2) Lavagem bucal com SF 0,9% por 5 minutos
- 3) Redução de fratura
- 4) Fixação por placas
- 5) Curativos cirúrgicos
- 6) Imobilização axial com gesso cervical

### Fechamento:

14 FEV. 2013

### Observação:

- 1) Pac. operado sem problemas de fratura
- 2) Pac. com fratura de fêmur direito por trauma

Dr. Matheus Nizart  
CRM/PA 155

João Pessoa, 12/06/16

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.474.612 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/08/2017

NOME LUCRÉCIA DA SILVA MILIANO

FILIAÇÃO JOSÉ CARLOS MILIANO  
MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 09/01/1999

DOC. ORIGEM  
NASC. N. 60415 FLS. 80V LIV. A 54  
CARTÓRIO 1º SANTA RITA-PB

CPF 140.315.124-57

*Marcus A. B. Lacet Jr.*  
Marcos A. B. Lacet Jr.  
Chefe do Núcleo de  
Ident. Civil e Criminal 29/05/93

AB +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-038  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

*Lucrécia da Silva Miliano*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB  
 N° 012824784573  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
 VIA: 1 0109866644-2 00/00000000 2016

TIAGO RODRIGO GALDINO DA SILVA

11206770414 QFT4567/PB

NOVO PB 9C2JB0100HR214097

PAS/MOTO/VEÍCULO/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/POP 110I 2016 2017

2 P/109 /CI PARTIC PRESTA

IPVA PAGO EM 30/09/2016

\*\*\*\*\* 0

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 30/09/2016

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

BAYEUX-PB

42692

04/10/2016

2432

14 FEV. 2016

CORRETORA DE SEGUROS

SEGURO OBRIGATORIO DE DAQ. PESSOAAL CAUSADO POR VEICULOS AUTOMOTORES DE TERRESTRE OU PO SEGURO CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB N° 012824784573

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
 www.dpvatsegurodotransito.com.br  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 04/10/2016

1 11206770414 QFT4567/PB

01098666442 HONDA/POP 110I

2016 9 9C2JB0100HR214097

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

\*\*\*\*\* DATA DE OUTRAGO 30/09/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.345.508/0001-04

www.seguradoralider.com.br

2472-1137084-20161004

9102-100

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Marcosia de Silva João  
 DATA DO ACIDENTE 12/06/2016 CPF DA VÍTIMA 104.315.124-57  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Marcia da Silva Wlone  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Wlone ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É Marcosia de Silva Wlone  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Ave Bebelândia  
 Nº 519 COMPLEMENTO — BAIRRO Rural  
 CIDADE Santa Rita UF PA CEP 58304000  
 E-MAIL — TELEFONE ( ) —

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/06/2016  
 IDENTIDADE 104.315.124-57  
 ASSINATURA Marcia da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14 FEV. 2019  
 NOME —  
 ASSINATURA —

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056895/19

**Vítima:** LUCRECIA DA SILVA MILIANO

**CPF:** 140.315.124-57

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/06/2016

**Titular do CPF:** LUCRECIA DA SILVA  
MILIANO

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### LUCRECIA DA SILVA MILIANO : 140.315.124-57

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](http://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: 15/02/2019  
Nome: LUCRECIA DA SILVA MILIANO  
CPF: 140.315.124-57

\_\_\_\_\_  
LUCRECIA DA SILVA MILIANO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA