

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

24/08/2020

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

320027400701

**VALOR TOTAL:**

2.362,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** BRENO DE MELO ALVES

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 00038

**CONTA:** 000000015722

---

---

**Número da Autenticação**

8716441D3B367436

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Bruno de Melo Alves  
 DATA DO ACIDENTE 30.01.2020 CPF DA VITIMA 096.1136.344-50  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Bruno de Melo Alves  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESSO COM  
 A VITIMA E Bruno de Melo Alves  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Traveessa Felinto da Rocha  
 Nº Sul COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Centro  
 CIDADE Bommeiras UF PB CEP 58220000  
 E-MAIL alvesbruno19@gmail.com TELEFONE (83) 993953933

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM 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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (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 (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCALS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- 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.DPVATSEGURADODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29.07.2020  
 IDENTIDADE 3667018  
 ASSINATURA Bruno de Melo Alves

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200274007

**Cidade:** Bananeiras

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** BRENO DE MELO ALVES

**Data do acidente:** 30/01/2020

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE  
FRATURA DA VERTEBRA CERVICAL - C2 (B.O.)  
FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/8/9/10

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215172/20

**Vítima:** BRENO DE MELO ALVES

**CPF:** 096.436.344-50

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** BRENO DE MELO ALVES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**BRENO DE MELO ALVES : 096.436.344-50**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/08/2020  
Nome: BRENO DE MELO ALVES  
CPF: 096.436.344-50

BRENO DE MELO ALVES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200274007

**Cidade:** Bananeiras

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** BRENO DE MELO ALVES

**Data do acidente:** 30/01/2020

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE  
FRATURA DA VERTEBRA CERVICAL - C2 (B.O.)  
FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE DO FEMUR (PLACA E PARAFUSOS), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1/8/9/10

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 015100007641  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
EXERCÍCIO 2019

VA 0047890177-1 00/00000000 2019

JOSE CARLOS LIMA DE OLIVEIRA



05218770400

NOVO PB 9C2KCL670CR569517

138/MOTOCICLETA NAO-ETIC

HONDA/CG 150 FAN ESI

2 P/149 /CI PARTIC

00/00/0000

1\*

0

2\*

3\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) \*\*\*\*\* SEGURO P A G O 25/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) P A G O 25/09/2019

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

BANANEIRAS - PB LOCAL

42234

DETRAN

CONTRAN

42234

26/09/2019

9598

9598

É OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
OMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015100007641 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT, 0800 022 1204

ENTRADA DATA EMISSÃO  
2019 26/09/2019

OP / CNPJ 05218770400

PLACA 9C2KCL670CR569517

RENVAM 150 FAN ESI

ANO FAB 2012

PREMIO TARIFARIO \*\*\*\*\*

SEGURO P A G O

DATA DE QUITAÇÃO 25/09/2019

PREMIO TOTAL (R\$) \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 25/09/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

BANANEIRAS - PB LOCAL

42234

26/09/2019

9598

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

9598-1586-20190926



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 BRENO DE MELO ALVES



DOC. ENTREGA / ORG. EMISSOR DE  
 3667018 BHP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
 096.436.344-50 24/07/1989

FUNÇÃO  
 ANTONIO CARUTO ALVES  
 MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES

PERÍODO REC. CATEG.  
 [ ] [ ] [ ]

Nº BIOMÉTRICO VIGÊNCIA 1ª HABILITAÇÃO  
 05334791462 06/04/2021 24/10/2011

VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1280601109



ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
 SOLANEA, PB 18/04/2016

87888610132  
 88032374887

DETRAN - PB (PARAIBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1280601109

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO



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

## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1219880 e PRONTUÁRIO nº 120822

PACIENTE: BRENO DE MELO ALVES

DATA DE NASCIMENTO: 24.07.89

Data e Hora do Atendimento: 31.01.20

Horário: 2:26h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta trazido pelo SAMU apresentando quadro de cervicalgia, dor e deformidade no membro inferior direito. Atendido pelo Dr. Jorge José Sousa Pinto CRM 12278, Dr. Walter Luiz Bandeira CRM 3359, Dr. Lavoisier Feitosa Neto CRM 7030, Dr. Leonardo da Costa Almeida CRO 4550.

**DIAGNÓSTICO INICIAL:** TCE + TRAUMA DE FACE + FRATURA BIPENDICULAR AO NÍVEL DE C<sub>2</sub> + FRATURA SUBTROCANTERICA DO FEMUR ESQUERDO CID 10 S 06 9, S 12 2 e S 72 1

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):** Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da neurocirurgia, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da coluna cervical, da coluna lombosacra, Rx da bacia AP e Perfil, Rx de Tórax AP e Perfil, Ultrassonografia (FAST) e tratamento cirúrgico com colocação de tração transtibial no membro inferior direito, colocação de colar cervical e tratamento cirúrgico com osteossíntese de fratura subtrocantérica direita.

**ALTA HOSPITALAR:** Em 09.02.20 às 9:58h.

Data da Emissão: 28.06.20

DR. GLENER TERCIO TRINDADE  
AUDITOR CVBHEETSHL  
CRM - 3920



Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM-3920

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



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



*Seus todos*  
**PARAIBA**  
Governador do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1219880



Identificação do paciente			
ID 1481090	Nome BRENO DE MELO ALVES	Sexo Masculino	
Data de nascimento 24/07/1989	Idade 30 anos 6 meses 7 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES		Pai ANTONIO CANUTO ALVES	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) ANDRE SILVA - PRIMO(A)	
DDD Celular 83	Celular 993291335	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3667018	Nº Cns	
Local de procedência BANANEIRAS		Tipo MUNICIPIO	UF PB
nat	Naturalidade BANANEIRAS	CBO/R	
Endereço			
CEP 58220000	Município de residência BANANEIRAS	UF PB	Logradouro ADJALMA EPITACIO SILVA
Número 61	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 31/01/2020 02:26:04	Número da pulseira 100006822544	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 policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
feio de transporte AMU		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA	x	mmHg	Pulso
Temperatura			
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
<p>Dados clínicos  <i>Paciente vítima de acidente moto, trazido pelo            socorrido, consciente, algo orientado, algo em MEB,            segue ag. conduta.</i> </p>			
Diagnóstico			CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA			Tempo 35seg

Imprimir



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>BRENO DE MELO ALVES</b>	BAE <b>1219880</b>	Data/Hora Entrada <b>31/01/2020 02:25:04</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>24/07/1989</b>	Idade <b>30a 6m 7d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993291335</b>
Mãe <b>MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES</b>			Prontuário
Endereço <b>ADJALMA EPITACIO SILVA, 61</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>BANANEIRAS</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES</b>	Nº Cons. Regional <b>3359/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>31/01/2020 02:26:04</b>		Data/Hora Prescrição <b>31/01/2020 05:38:29</b>	

## ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE ANATOMICA EM MID. EF: MID; RODADO EXTERNAMENTE E ENCURTADO. DOR A MOBILIZAÇÃO RX: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FEMUR DIREITO CD: JEJUM PARA REALIZAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM MID EM BLOCC CIRURGICO AGUARDO AVALIAÇÃO DA NEURO, C/ BUCOMAXILURURGIA GERAL CIRURGIA GERAL ALTA CIRURGIA, LIBERADO DA C/ SURGIA PARA PROCEDIMENTO

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES  
(: 3359/PB)

*Walter Luiz B. Alves*  
CRM 3159  
Mat. 9090-5

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 31/01/2020 02:26:39



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senado - Humberto Lucena



PARAIBA  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>RENO DE MELO ALVES</b>	BAE <b>1219880</b>	Data/Hora Entrada <b>31/01/2020 02:26:04</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>14/07/1989</b>	Idade <b>30a 6m 7d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993291335</b>
Mãe <b>MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>ADJALMA EPITACIO SILVA, 61</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>BANANEIRAS</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GUSTAVO FARIAS MENDONCA</b>	Nº Cons. Regional <b>6786/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>31/01/2020 02:26:04</b>		Data/Hora Prescrição <b>31/01/2020 05:04:52</b>	

## ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE ANATOMICA EM MID. EF. MID: RODADO EXTERNAMENTE E ENCURTADO, DOR A MOBILIZAÇÃO RX: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FEMUR DIREITO CD: JEJUM PARA REALIZAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM MID EM BLOCO CIRÚRGICO AGUARDANDO AVALIAÇÃO DA NEURO, C. BUCOMAXILAR CIRURGIA GERAL

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Gustavo Farias Mendonça  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB nº 100113240  
GUSTAVO FARIAS MENDONÇA  
(CRM. 6786/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 31/01/2020 02:26:39



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>BRENO DE MELO ALVES</b>	BAE 1219880	Data/Hora Entrada 31/01/2020 02:26:04	Data Baixa
Data de nascimento 24/07/1989	Idade 30a 6m 7d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993291335
Mãe <b>MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES</b>			Prontuário
Endereço <b>ADJALMA EPITACIO SILVA, 61</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>BANANEIRAS</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO</b>	Nº Cons. Regional 7030/PB
Data/Hora Classificação 31/01/2020 02:26:04		Data/Hora Prescrição 31/01/2020 09:29:15	

## ANAMNESE

NEUROCIRURGIA== PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO CERVICALGIA, FORÇA PRESERVADA N 04 MEMBROS, ENCONTRA-SE LÚCIDO, PIFR, SEM DÉFICIT APENDICULAR. TEM TAMBÉM DOR E DEFORMIDADE ANATÔMICA EM MIB EF ORTOPEDICO: MID: RODADO EXTERNAMENTE E ENCURTADO - DOR A MOBILIZAÇÃO. RX: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊM DREITO. TC DA COLUNA CERVICAL: FRATURA DE C2, SLIC 3 PONTOS, ANDERSON - D'ALONZO TIPO I. CD: COLAR CERVICAL. INTERNAÇÃO HOSPITALAR. OBS. NEUROLÓGICA. LIBERADO PARA TRACÃO PELA ORTOPEDIA.

## DIETA

DIETA, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

PARACETAMOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

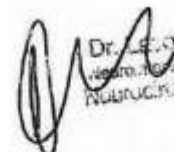
## CUIDADOS

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

AFERIR PA E FC

## Conduta

Em observação

  
Dr. Lavoisier Feitosa Neto  
Neurocirurgião Endovascular  
Neurocirurgião CRM-PB 7030



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA  
Governador João Pessoa

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

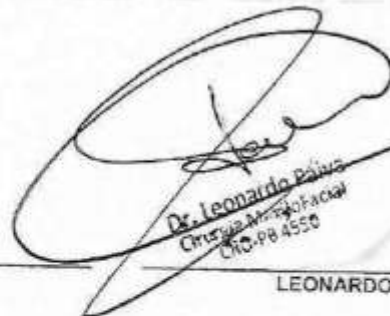
Paciente <b>BRENO DE MELO ALVES</b>	BAE 1219880	Data/Hora Entrada 31/01/2020 02:26:04	Data Baixa
Data de nascimento 24/07/1989	Idade 30a 6m 7d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993291335
Mãe <b>MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES</b>			Prontuário
Endereço <b>ADJALMA EPITACIO SILVA, 61</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>BANANEIRAS</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA</b>	Nº Cons. Regional <b>4550/PB</b>
Data/Hora Classificação 31/01/2020 02:26:04		Data/Hora Prescrição 31/01/2020 09:52:50	

## ANAMNESE

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SIP. CONSCIENTE, ORIENTADO, NO MOMENTO. APRESENTANDO, EM FACE, FCC EM REGIÃO GLABELAR, AUSÊNCIA DE FRATURAS DO ESQUELETO FACIAL CD 1 - SÍNTESE DO FERIMENTO 2 - ALTA DA CTBMF COM ORIENTAÇÕES.

## Conduta

Em observação



Dr. Leonardo Paiva  
Cirurgião Amputado Facial  
CRM-PB 4550

Enfermeiro

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA  
(: 4550/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 31/01/2020 02:26:39

Paciente <b>SRENO DE MELO ALVES</b>	BAE <b>1219880</b>	Data/Hora Entrada <b>31/01/2020 02:26:04</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>24/07/1989</b>	Idade <b>30a 6m 7d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993291335</b>
Mãe <b>MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>ADJALMA EPITACIO SILVA, 61</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>BANANEIRAS</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>OLGA LANUSA LEITE VELOSO</b>	Nº Cons. Regional <b>11728/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>31/01/2020 02:26:04</b>		Data/Hora Prescrição <b>31/01/2020 02:52:05</b>	

## ANAMNESE

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO HÁ 1 HORAS. TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO. RELATA QUE NÃO USAVA CAPACETE, COM TCE E PERDA DA CONSCIÊNCIA, AMNÉSIA. NEGA NÁUSEAS, VÔMITOS, CONVULSÃO E TONTURA. RELATA AINDA CERVICALGIA, DOR EM COLUNA LOMBO SACRA. APRESENTA ROTAÇÃO EXTERNA E ENCURTAMENTO DE MID. FCC EM DORSO SAL. NÃO SABE RELATAR VIT RELATA USO DE GARDENAL NEGA ALERGIA AO EXAME: A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL DOLOROSA A PALPAÇÃO, MANTIDO COLAR CERVICAL B: EUPNEICO, SEM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. TÓRAX DOLOROSO A PALPAÇÃO EM TRANSIÇÃO TORACO ABDOMINAL, SEM ENFISEMA/CREPTAÇÕES. C: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, ABDOME SEM GLOBOSO. INDOLOR A PALPAÇÃO. PELVE ESTÁVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO. FC: 89BPM D: ECG 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E. PRESENÇA DE FCC EM DORSO NASAL E HEMATOMA PERIORBITAL DIREITO, ENCURTAMENTO E ROTAÇÃO EXTERNA DE MID CD: 1. SOLICITO TC DE CRÂNIO E COLUNA CERVICAL 2. SOLICITO RX DE COLUNA LOMBO-SACRA, BACIA, COXA DIREITA, TÓRAX E FAST 3. SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR, ORTOPEDIA E BMF

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM AD)  
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 100ML DE SF 0,9%)  
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA  
RADIOGRAFIA DE BACIA  
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)  
ULTRASSONOGRAMA - FAST  
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTITETANICA 250UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL

## CID10

S00.0 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

## Conduta

Em observação

Dra. Olga Lanusa Leite Veloso  
MÉDICA  
R.C. - PB 11728

Enfermeiro

OLGA LANUSA LEITE VELOSO  
(CRM: 11728/PB)



Nome <b>BRENO DE MELO ALVES</b>		Boletim de Atendimento <b>1219880</b>	Data/Hora Entrada <b>31/01/2020 02:26:04</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>24/07/1989</b>	Idade <b>30</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Prontuário <b>120822</b>
Tempo de Internação <b>7d 3h 6min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>NÓTURNO</b>	
Data de Entrada <b>31/01/2020 02:26:04</b>	Data Internação <b>31/01/2020 09:59:13</b>	Permanência na Unidade: <b>7d 10h 39min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 18h 17min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 07/02/2020 06:56:13)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

# ORTOPEDIA

#FRATURA SUBTROCANTÉRICA FÊMUR D

POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO SEM INTERCORRENCIAS POR DR RODRIGO AMARALE DR ANDRIER

CDT: RX DE CONTROLE  
VPM

STAFF DR RODRIGO AMARAL

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

*Dr. José Rogaciano*  
MÉDICO  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA  
C.R.M. Nº 185222



Nome <b>BRENO DE MELO ALVES</b>		Boletim de Atendimento <b>1219880</b>	Data/Hora Entrada <b>31/01/2020 02:26:04</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>24/07/1989</b>	Idade <b>30</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Prontuário <b>120822</b>
Tempo de Internação <b>22h 47min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>31/01/2020 02:26:04</b>	Data Internação <b>31/01/2020 09:59:13</b>	Permanência na Unidade: <b>1d 6h 20min</b>	Permanência no Leito: <b>22h 47min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (MILTON DA SILVA LINHARES - 01/02/2020 08:46:23)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ortopedia

#fratura subtrocantérica de fêmur direito

#poi de tração transtibial em mid ( dr. gustavo )

paciente estável, sem intercorrências

cd: hemograma +rx de controle

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO - 009  
Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES

Dr. Milton da Silva Linhares  
CRM: 14.175-8/RS  
Ortopedia Traumatologia

Número Conselho: 4714

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HETSHL

NOME: BRENO DE MELO ALVES BE/PRONTUÁRIO: 1219880  
 IDADE: 52 SEXO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ DATA: 7/2/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: OSTEOSSINTESE DE FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FEMUR DIREITO  
 CIRURGIÃO: DR RODRIGO AMARAL 1º ASS: DR ANDRIER  
 2º ASS: MR1 ROGACIANO 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: CAMILA  
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO POS. OPERATORIO	CID
FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CODIGO
OSTEOSSINTESE DE FRATURA SUBTROCANTERICA DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO  
 DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. Jo... Rogaciano  
 12/08/2020

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:  
 ENFERMARIA  TERAPIA INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA  ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: 7/2/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA									
Posição e Preparo:									
PACIENTE EM DDH EM MESA ORTOPÉDICA SOB ANESTESIA GERAL									
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA									
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS									
Incisão:									
INCISAO LATERAL DA COXA DIREITA(SUBVASTOLATERAL)									
DISSECÇÃO POR PLANOS									
CUIDADOS DE HEMOSTASIA									
Achados:									
FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR DIREITO									
Condução:									
PASSAGEM DE FIO DE KC COM GUIA COM AUXILIO DE ESCOPIA									
FRESAGEM DE COLO DE FEMUR PARA PASSAGEM DE PARAFUSO DESLIZANTE N 75									
REDUÇÃO DO FOCO DE FRATURA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA									
FIXAÇÃO COM PLACA DCS CORTICAIS SOB AUXILIO DE ESCOPIA									
LIMPEZA COM SF 0,9%									
REVISÃO DE HEMOSTASIA									
SUTURA POR PLANOS;									
Fechamento:									
CURATIVOS ESTÉREIS									
RAIO-X DE CONTROLE									
Observação:									

Dr. João ROCHA  
RUA ...  
... 224

Médico/CRM:

\_\_\_\_\_ João Pessoa,

7/2/2020





RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: BRENO DE MELO ALVES BE/PRONTUÁRIO: 1219880  
 30 SEXO: m COR: \_\_\_\_\_ DATA: 31/1/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO  
 CIRURGIÃO: DR GUSTAVO 1º ASS: MR1 JANSEN  
 2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_ HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CID
<b>FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO</b>		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
<b>TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM MID</b>		

CIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:  
 DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA  
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

\_\_\_\_\_  
 Dr. Jansen Henrique  
 MÉDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM-48.715

DATA: 31/1/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA




HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>
Incisão:
Achados:
<b>FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO</b>

Condução:
<b>PASSAGEM DE FIO DE K TAM. 4.5</b>
<b>CUIDADOS COM A HEMSTASIA</b>
<b>CURATIVOS ESTEREIS</b>
Fechamento:
<b>RX CONTROLE</b>
<b>7 KG NA TRACÇÃO</b>
Observação:

Médico/CRM:

  
Dr. Jansen Henriques  
Médico Ortopedista Traumatologista  
CRM 1138

João Pessoa,

31/1/2020

Emergência

FICHA DE ANESTESIA

Pronto Conf

DATA: 31/01/20

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Russo da Silva Alex SEXO: COR: IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL ( ) PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO DISE: HORA ESTADO F

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Emergência Fratura de tíbia

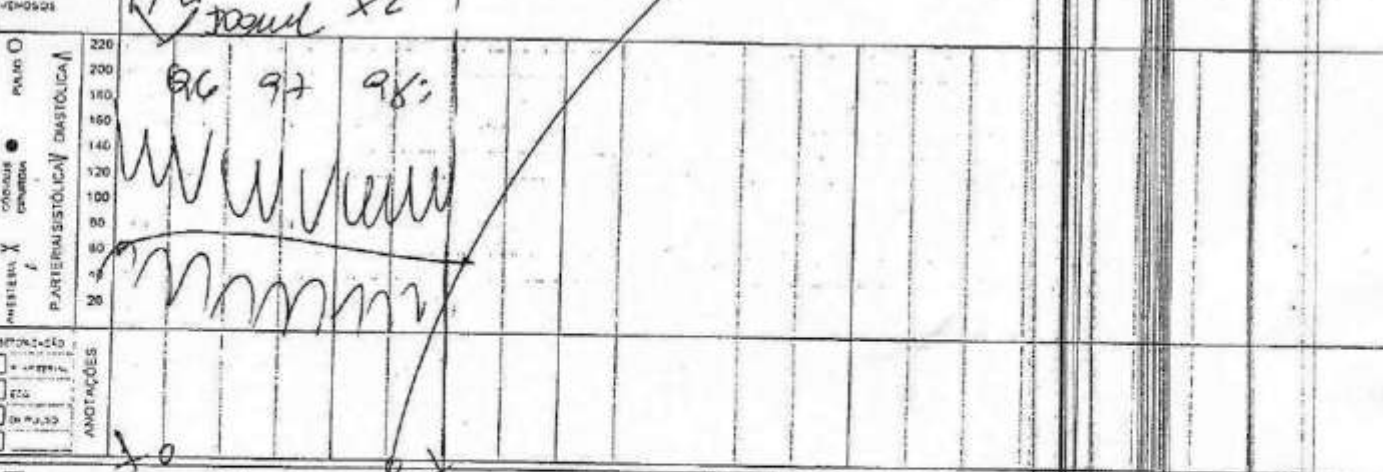
CIRURGIA REALIZADA fratura

CIRURGIÃO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R

ANESTESISTA CPF CRM-PB



ANESTESIA GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOCO PLEXO  BLOCO NERVOS  OUTROS

USUÁRIOS MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE 1 propofol 100mg 11

2 fentane. 100mg 12

3 13

4 14

TOTAL 5 15

DESTINO DO PACIENTE 6 16

APT\*  ENFERMAGEM 7 17

UTI  RESIDÊNCIA 8 18

OUTROS 9 19

10 20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

⊕ Em uso de gardinal

⊕ Lidocap Monarhe G + D

Dr. Cláudio Ventura  
Médico Anestesiologista  
CRM: 9138 RQE: 6266  
SBA: 22.444

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Nota de Sala Cirúrgica

HEE TSHL

NOME DO PACIENTE **Breno de Melo Alves**  
 IDADE: **30** BE. **12/1980**  
 CIRURGIÃO **Dr. Gustavo** PALX **Dr. Jansen RL**  
 ANESTESIA **Sedação**  
 ANESTESISTA **Dr. Claudio Ventura**

INSTRUMENTADOR  
 DATA: **31/01/2020** ANESTESIA: INÍCIO **12:00** CIRURGIÃO: INÍCIO **12:38**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGI - 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
ALFENTANIL			S.R.L 500	1	JELCO N°18	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA					JELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA PESADA			S.F. 500ml	1	JELCO N°22	FIO DE AÇO N°
CETAMINA			na mesa		JELCO N°24	FIO DE AÇO N°
DIÓPERIDOL					KIT SIST. DREN TORÁXICA N°	FIO DE NYLON N°
ETOMIDATO			SOLUÇÕES		LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°
FENOBARBITAL			ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI N°13	FIO DE NYLON N°
PENTANIL			PVPi DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIOLACTINA N°
FLUMAZENIL			PVPi TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIOLACTINA N°
ISOFLURANO			PVPi TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIOLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO			MATERIAIS		QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAÍNA C/ VASO			AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAÍNA S/ VASO	27	1	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIOLACTINA N°
MIDAZOLAM			AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°
MORFINA			AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDÍACA
NTMOLIM			AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO			AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC
PETIDINA			AGULHA PERIDURAL N°18		PERIFURADOR DE SORO	CEMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL			AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19	CLIP <b>Arterioclips</b>
RAMFENTANILA			AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N° 4,5
ROCURÔNIO			AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO			ALODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIO STEINMAN N°
SUXAMETÔNIO			ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°
TROPENTAL			ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRANDEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.		BOLSA IV COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA			CÂNULA PI TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT. DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR
ATROPINA			CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT PAM
BEXTRA			CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA			CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA
DEXAMETASONA			CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
DIPTRONA SÓDICA			CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS
EFEDRINA			COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONDOZO
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONDOZO
GLUCONATO DE CÁLCIO			DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA			DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAÍNA GELÉIA			ELETRODOS	5	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA
ONDASENTRONA			EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL			SQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMONE			EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA			ESPONJA DE PVPi	307		
TENOXICAN			ESPARADRAPO		FIOS	EQUIPAMENTOS
			GAZES		FIO ALGODÃO S/A N°	( ) ASPIRADOR
			GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO S/A N°	( ) BISTURI ELÉTRICO
			GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A N°	( ) CAPNÓGRAFO
			JELCO N°14		FIO ALGODÃO C/A N°	( ) CARDIOMONITOR
			JELCO N°16			( ) DESFIBRILADOR
						( ) FIO CATETER
						( ) FOCO CENTRAL
						( ) MICROSCÓPIO
						( ) OXÍMETRO DE PULSO
						( ) SERRA INVASIVÃO INVASIVA
						( ) SERRA
						CIRCULANTE

**Cordeiro Gusct**  
**Pro - pé DUS**

ROSA MARIA A. NUNES  
 COREN 100.173-TE



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 052355.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 052355.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Silva Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 21:59 min do dia 27/07/2020, na Delegacia Online, **BRENO DE MELO ALVES**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Servente de Pedreiro, natural de Solânea, nascido(a) em 24/07/1989, idade 31, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DAS NEVES DE MELO ALVES e ANTÔNIO CANUTO ALVES, CPF 096.436.344-50, residente e domiciliado(a) no(a) Travessa Felinto da Rocha, bairro Centro, na cidade de Bananeiras/PB. CEP: 58220000, telefone(s) 83993953933, registrou o seguinte:

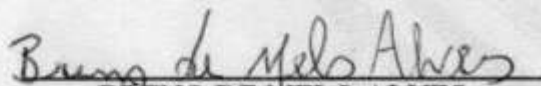
**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 30/01/2020 23:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Próximo ao Distrito de Tabuleiro, Distrito Tabuleiro, Bananeiras/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

No dia 30 de janeiro de 2020 às 23:00, o notificante estava guiando a moto HONDA\ CG 150 FAN ESI, 2012\2012, placa OFF-2587/PB, cor preta, chassi 9C2KC1670CR569517, em nome de JOSÉ CARLOS LIMA DE OLIVEIRA, quando se dirigia para a cidade de Bananeiras-PB sobrou em uma curva próximo ao distrito Tabuleiro, que em razão do acidente de moto foi encaminhado pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Humberto Lucena em João Pessoa- PB, onde foi constatado TC+ trauma de face +fratura bipendicular de c2+fratura subtrocantérica do fêmur esquerdo CID 10 S06, S 12 2 e S72 1, que se submeteu a cirurgia, conforme laudo médio assinado por GLENDER TÉRCIO G. G. DA TRINDADE CRM 3920.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

  
BRENO DE MELO ALVES

7AAE0E6BB6F3038E75AB3E88B673367B

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 096.436.344-50 4 - Nome completo da vítima: Breno de Melo Alves

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

5 - Nome completo: Breno de Melo Alves 6 - CPF: 096.436.344-50  
7 - Profissão: servente 8 - Endereço: Rua transversa penha da Rocha 511 9 - Número: \_\_\_\_\_ 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bananeiras 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58220000  
15 - E-mail: alvesbreno819@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 83.993953933

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 00015722 7 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (mãe nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bananeiras 29.07.2020

Breno de Melo Alves  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

---

**Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200274007**

**Vítima: BRENO DE MELO ALVES**

**Data do Acidente: 30/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), BRENO DE MELO ALVES**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **BRENO DE MELO ALVES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000038**

Conta: **0000015722-7**

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

