Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

**Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017**

**Aos Cuidados de:** **JOSE LUIZ DO NASCIMENTO**

**Nº Sinistro:** **3170643210**
**Vitima:** **JOSE LUIZ DO NASCIMENTO**
**Data do Acidente:** **27/06/2017**
**Cobertura:** **INVALIDEZ**
**Procurador:** **ALVARO MENDES PIRES NETO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170643210.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00999/01000 - carta_01 - INVALIDEZ
00020500
Carta nº 12082901

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

**Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018**

**Carta n°: 12192855**

**A/C: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO**

| | |
|---|---|
| **Nº Sinistro:** | **3170643210** |
| **Vitima:** | **JOSE LUIZ DO NASCIMENTO** |
| **Data do Acidente:** | **27/06/2017** |
| **Cobertura:** | **INVALIDEZ** |
| **Procurador:** | **ALVARO MENDES PIRES NETO** |

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **JOSE LUIZ DO NASCIMENTO**
Valor: **R$ 5.906,25**
Banco: **104**
Agência: **000001033**
Conta: **0000098825-6**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

| | | |
|---|---|---|
| **Multa:** | R$ | **0,00** |
| **Juros:** | R$ | **0,00** |
| **Total creditado:** | R$ | **5.906,25** |
| **Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%** | | |
| **Graduação: Em grau leve 25%** | | |
| **% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%** | | |
| **Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =** | R$ | **3.375,00** |
| **Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%** | | |
| **Graduação: Em grau intenso 75%** | | |
| **% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%** | | |
| **Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =** | R$ | **2.531,25** |

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01373/01374 - carta_15R - INVALIDEZ
00020687

Autorizacao de pagamento

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 22120( (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima |
|---|---|---|
| | 941.244.269-68 | José Luiz do Nascimento |

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome completo: José Luiz do Nascimento | CPF Titular da conta: 941.244.269-68 | | Profissão: Recusou |
| Endereço: Rua Alcides Bezerra | | Número: 844 | Complemento: |
| Bairro: Cruz das Armas | Cidade: João Pessoa | Estado: PB | CEP: 58085-030 |
| Email: | | | Telefone (DDD): |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

## FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [X] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[X] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [X] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

| AGÊNCIA NRO. | D/V | CONTA NRO. | D/V |
|---|---|---|---|
| 1033 | | 98825 | 6 |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

OP013

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

| BANCO Nome | NRO. |
|---|---|
| | |

| AGÊNCIA NRO. | D/V | CONTA NRO. | D/V |
|---|---|---|---|
| | | | |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 23 de Novembro de 2017
Local e Data

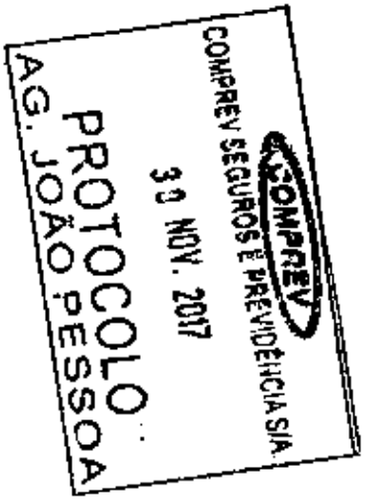
José Luiz do Nascimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

43

CAIXA
POUPANÇA
6277 8017 7841 4585
JOSE LUIZ DO NASCIMENTO
1033 013 00098826 6


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

48

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

Boletim de ocorrencia
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

# CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
## Nº 01867.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01867.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:15 horas do dia 06 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **JOSE LUIZ DO NASCIMENTO**, CPF nº 941.244.269-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Severina Maria do Nascimento e Jose do Nascimento, nascido(a) em 30/01/1974 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Alcides Bezerra, Nº 844, complemento casa, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência 15º Bimtz, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98606-0990.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Cruz das Armas, Outros, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/06/17 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE COR VERMELHA DE PLACA OFX-2263-PB, CHASSI Nº 9C2KC1680FR571513, EM NOME DE SEBASTIAO PEREIRA FILHO, QUANDO FOI COLIDIDO PELO VEICULO FIAT SIENA DE PLACAS QFQ-3085-PB, DE PROPRIEDADE DA QUALITY ALUGUEL DE VEICULOS SA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM PB 2516, DATADO DE 03/10/2017.

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 fé.

João Pessoa/PB, 06 de outubro de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigacao

JOSE LUIZ DO NASCIMENTO
Noticiante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Serviço Registral Alcântara Brito — Av. Cruz das Armas, 499

AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.
João Pessoa, 23 de outubro de 2017. Em teste da verdade
Marilene Eloi Brandão - Escrevente Autorizada
Selo: AMZ40022-VJJ3
Consulte autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

Marilene Eloi Brandão
Escrevente Autorizada

Procedimento Policial: 01867.01.2017.1.00.420



01

Declaracao de Inexistencia de IM

# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Luiz do Nascimento,
portador da carteira de identidade nº 3.862.704 e inscrito no CPF nº 941.244.269-68, residente e domiciliado na Rua Alcides Bezerra 844 - Cruz das Almas 58085-030,
Cidade João Pessoa, Estado PB, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

José Luiz do Nascimento
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa PB, 30 de outubro de 2017.
Local e data

03

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME

192 192

Comprovacao de ato declaratorio

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

# DECLARAÇÃO

ATO DECLARATORIO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 707/050, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1743469, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente JOSE LUIZ DO NASCIMENTO idade 43 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 27/06/2017, na Av. Cruz das Armas, Bairro: Cruz das Armas - João Pessoa - aproximadamente às 19:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 14 de Julho de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRESS Registro 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



02

# BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.906,25

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000098825-6

---

Nr. da Autenticação 7F57CFA6B29190F9

# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.054/0001-87

| NÚMERO DESTE SERVIÇO | |
|---|---|
| MATRÍCULA | 1122657 |
| REFERÊNCIA | SET/2017 |

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JOSÉ DO NASCIMENTO
RUA ALCIDES BEZERRA 844 - 00000
CRUZ DAS ARMAS 58085-030
JOÃO PESSOA

| Inscrição | SMI | Quantidade de Economias (Residencial / Comercial / Industrial / Pública) | Responsável |
|---|---|---|---|
| 001.09.045.0281 | 0 | 1 / 0 / 0 / 0 | 1122657 |

| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto |
|---|---|---|---|---|
| 106A141699 | 20/07/2007 | 5 | LIGADO | LIGADO |

| ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3) | NUM. DE DIAS | PROXIMA LEITURA |
|---|---|---|---|---|
| 1224 | 1224 | 0 | 32 | 09/10/2017 |

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. / QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.

| | | | PARAMETROS | EXIG. | ANALIS. | CONFORMES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MAR/2017 | 4 | 42 | TURBIDEZ | 294 | 300 | 298 |
| ABR/2017 | 4 | 42 | COR | 77 | 101 | 101 |
| MAI/2017 | 4 | 42 | CLORO | 294 | 300 | 299 |
| JUN/2017 | 4 | 32 | COL.TERMOT | 0 | 0 | 0 |
| JUL/2017 | 0 | 0 | COL.TOTAIS | 294 | 300 | 300 |
| AGO/2017 | 4 | 42 | | | | |
| MEDIA(N) | 4 | | DADOS REFERENTES A:JUL/2017 | | | |

DATA DA LEITURA: 11/09/2017 HORA DA LEITURA: 12:22:05

| DESCRICAO | CONSUMO | VL AGUA | VL ESGOTO | TOTAL(R$) |
|---|---|---|---|---|
| RESIDENCIAL CONSUMO ATE 30M | 10 | 36,84 | 29,47 | R$66,31 |
| 047-JUROS DE MORA | | | | R$1,12 |
| 050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. | | | | R$1,33 |

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R$6.13.PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

| VENCIMENTO: | Total a Pagar: |
|---|---|
| 23/09/2017 | R$68,76 |

V.16.12 R. 1.0

INDICAÇÃO DE LEITURA:REALIZADA
INDICAÇÃO DO FATURAMENTO:MEDIA TIPO DE TARIFA:NORMAL
CAGEPA
POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

| CAGEPA | MATRÍCULA | REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| | 1122657 | SET/2017 | 23/09/2017 | R$68,76 |

82660000000-2 68760010820-7 11226570920-7 17000000002-7

Comprovante de residencia

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

49

DANILO CAZE BRAGA DA COSTA SILVA
RUA JOÃO LUIZ RIBEIRO DE MORAIS 84 CS 01 - CENTRO
CEP 58013-230 - JOÃO PESSOA / PB (AC 1)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
5 - Centro Regional - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0

Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICA
Roteiro: 05-0001-039-142 Referência: SET/2017
Medidor: 00000045236 Emissão: 11/09/2017

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.345.157
Código para Débito Automático: 0000280510

0800 083 0196

| Conta Referência | Apresentação | Data Prevista da Próxima Leitura | Nº Cliente |
|---|---|---|---|
| SET/2017 | 12/09/2017 | 10/10/2017 | 4204526407 |

Nº da Instalação/Contrato: 6280610-9

Ao acessar www.energisa.com.br você recebe tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como segunda via da conta, mudança de titularidade, religação, consulta a débitos, entre outros.

Comprovante de residencia

| Anterior | Atual | Constante | Consumo Dias |
|---|---|---|---|
| Data 11/08/17 Leitura 17666 | Data 12/09/17 Leitura 18298 | 1 | 642 / 32 |

| COD | Descrição | Tarifa c/ Impostos | Quantidade | Valor Total (R$) | Base Calc. ICMS (R$) | Alíq. ICMS | ICMS (R$) | Base Calc. PIS/COFINS (R$) | PIS (R$) 0,46874% | COFINS (R$) 2,16064% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001 | Consumo em kWh | 0,67 | 0,653600 | 429,61 | 429,61 | 27 | 116,01 | 429,61 | 1,94 | 8,94 |
| 001 | Adic. B Vermelha | | | 17,00 | 17,00 | 27 | 4,61 | 17,00 | 0,08 | ,36 |
| 001 | Adic/D Amarela | | | 8,64 | 8,64 | 27 | 1,65 | 8,64 | 0,03 | 0,14 |
| | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| 997 | CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA | | | 22,38 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| COD: Código de Classificação de Bens | | | Total: | 499,61 | 447,45 | | 120,93 | 447,25 | 2,05 | 9,44 |

| Saldo Anterior | Vencimento | Total a Pagar |
|---|---|---|
| 0,00 | 19/09/2017 | R$ 469,91 |

| 632 | 649 | 772 | 684 | 730 | 793 | 767 | 676 | 812 | 785 | 712 | 720 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGO/17 | JUL/17 | JUN/17 | MAI/17 | ABR/17 | MAR/17 | FEV/17 | JAN/17 | DEZ/16 | NOV/16 | OUT/16 | SET/16 |

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVADO AO FISCO
1f65 566b 32ef 226a 0d9b 9902 e089 5f6e

Indicadores de Qualidade (Últ. Consumo)

| Indicador | Valor | Média Regional | Limite de Tempo | |
|---|---|---|---|---|
| DEC MENSAL | 6,18 | 0,00 | NOMINAL | 220 |
| DEC TRIMESTRAL | 10,38 | | CONTRATADA | |
| DEC ANUAL | 20,77 | | LIMITE INFERIOR | 202 |
| FEC MENSAL | 3,42 | 0,00 | LIMITE SUPERIOR | 231 |
| FEC TRIMESTRAL | 6,85 | | | |
| FEC ANUAL | 13,70 | 0,00 | | |
| DMIC | 2,94 | | | |
| DICRI | 12,22 | | | |

Composição do Consumo

| Discriminação | Valor(R$) | % |
|---|---|---|
| Serv Dist | 115,93 | 24,67 |
| Compra de Energia | 149,35 | 31,78 |
| Serviço de Transmissão | 17,81 | 3,79 |
| Encargos Setoriais | 32,12 | 6,84 |
| Impostos Diretos e Encargos | 154,70 | 32,92 |
| Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| Total | 469,91 | 100,00 |

Valor do EUSD(Ref 07/2017) R$ 150,53

ATENÇÃO

Tarifa Vigente: Resolução Homologatória ANEEL nº 2.201 - Data Reajuste 13,0-% Média
Encargos Tarifários Vigentes: Resolução Homologatória ANEEL nº 2.201 - Alíq Vigente 15,34% Média

Energisa PARAÍBA
Roteiro: 05-0001-039-1420
Matric.: 280510-2017-09-2

| Vencimento | Total a Pagar |
|---|---|
| 19/09/2017 | R$ 469,91 |

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 19/09/2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

UB

Declaracao Circular SUSEP 445/1

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
# CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 22120
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

**http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636**

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alvaro Mendes Pires Neto inscrito (a) no CPF 086.686.184-07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Luiz do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 941.244.269/68, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Luiz do Nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 941.244.269/68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

X Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

| Endereço | | Número | Complemento |
|---|---|---|---|
| Rua João Luiz Ribeiro de Morais | | 840 | |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| Centro | João Pessoa | PB | 58013-230 |
| Email | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | |
| alvaro_mendes_pires@hotmail.com | | 83-99825.6662 | |

João Pessoa 03 de Novembro de 2017
Local e Data

Alvaro Mendes Pires Neto
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

44

Declaracao do proprietario do ve

Declaração do Proprietário do Veiculo

Eu, Sebastião Pereira Filho,
RG nº 335508, data de expedição 10/06/2013,
Órgão SSP, portador do CPF nº 110.541.904-53,
com Domicilio na cidade de João Pessoa, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) AV. Frei Martinho
nº 260, complemento, JAGUARIBE, declaro, sob as
penas da Lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vitima
JOSÉ LUIZ DO NASCIMENTO, cujo o condutor
era JOSÉ LUIZ DO NASCIMENTO.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
COMPREV
32 NOV. 2017
PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

Veiculo.....: MOTOCICLETA
Ano.....: 2015/2015
Modelo.....: HONDA/CG150 FAN ESDI
Placa.....: OFX 2263/PB
Chassi.....: 9C2KC1680FR571513
Data do acidente.: 27/06/2017

Local e data: João Pessoa, 24 outubro 2017

CARTÓRIO M. DA FRANÇA

X _____
Assinatura do Declarante Proprietário
**(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)**

CARTÓRIO M. DA FRANÇA

X José Luiz do Nascimento
Assinatura do **CONDUTOR** (quando a vitima for carona)
**(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)**

CARTÓRIO MONTEIRO DA FRANÇA
Reconheci, com autenticidade, a(s) firma(s) de: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO
Em test.da verdade. João Pessoa-PB 24/10/2017 08:57:41
Luciano Augusto de Farias Escrevente
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
SELO DIGITAL: AHA22222-AHA22222-22222 0,27 FEMP:R$ 1,85

CARTÓRIO MONTEIRO DA FRANÇA
SERVIÇOS NOTARIAIS
4º Ofício de Notas
Tel.: 3244-3000
João Pessoa
Paraíba

04

CARTÓRIO
MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial - 5º Ofício

DAMAS FRANCA JUNIOR
HEROFILO A. FRANCA

MONTEIRO DA FRANCA SERVIÇOS NOTARIAIS
5º Ofício de Notas
Tel.: 3244-8000

Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) firmas(s) de:.....
SEBASTIÃO PEREIRA FILHO
Em test.da verdade. João Pessoa-PB 10/10/2017 5:20:00
Claudiana de Miranda Dornelles - Escrevente
[2017-054238]EMOL:R$ 1,23 TFJ:R$ 0,27 FETJ:R$ 1,85 ISS:R$ 0,46
SELO DIGITAL: AFU24542-EOQK
Confira a autenticidade em https://seldodigital.tjpb.jus.br

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

# LAUDO MÉDICO

Documentacao medico- hospita

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | |
|---|---|
| NOME DO PACIENTE | JOSÉ LUIZ DO NASCIMENTO |
| DADOS DE NASCIMENTO | 30/01/74 |
| NOME DA MÃE | SEVERINA MARIA DO NASCIMENTO |

## DADOS EXTRAÍDOS

| | |
|---|---|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.010.122 |
| Nº PRONTUARIO | 102.775 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 27/06/17 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 20:30 |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |
| DIAGNÓSTICO (S) | TCE LEVE + TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DO ABDOME + FRATURAS EXPOSTAS MÚLTIPLAS DO ANTEBRAÇO E + PNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA |
| CID 10 | S 00.9 + S 39.9 + S 52.7 + J 18.9 |

## AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), apresentando TCE grave, agressivo, desorientado, sedado e entubado seguido a ventilação mecânica, com fratura exposta grave do antebraço E e importante sangramento, mas com boa perfusão distal, além de trauma abdominal fechado. Glasgow 12. Avaliação pela equipe da urgência/emergência

## EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC do tórax
TC de abdome
RX do antebraço E - AP e P
RX da bacia - AP
RX da mão E - AP e P
USG do abdome total - FAST

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

## TRATAMENTO:

Fratura exposta dos ossos do antebraço E ao RX. Perda de partes moles do antebraço E. Sem alteração à TC, USG aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico da fratura pelo Dr. Kartney Sarmento e Dr. Hellosman Dias; do trauma de abdome com laparotomia exploradora, sem lesão pelo Dr. Adriano Trajano e da lesão de pele pela equipe da Cirurgia Plástica a ser executada em momento posterior. Tratamento conservador do TCE pela Neurocirurgia. Apresentou pneumonia como complicação pós-traumática.

ALTA HOSPITALAR: 30/07/17

DATA DA EMISSÃO: 03/10/17

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

06

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332164700

Boletim de Atendimento: 1010122

## Identificação do paciente

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ID 1184462 | Nome JOSE LUIZ DO NASCIMENTO | | | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 30/01/1974 | Idade 43 anos 4 meses 25 dias | Estado civil | Religião | Prontuário |
| Mãe SEVERINA MARIA DO NASCIMENTO | | | Pai JOSE DO NASCIMENTO | |
| Escolaridade | | | Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A) | |
| DDD Móvel 00 | Fone Móvel 00000000 | | DDD Fixo | Fone Fixo |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 3562704 | | Nº Cns | |
| Local de procedência CRUZ DAS ARMAS | | | Tipo BAIRRO | UF PB |
| Email | Naturalidade SÃO BIÃO | | CBOR | |

## Endereço

| | | | |
|---|---|---|---|
| CEP 58085000 | Município de residência JOÃO PESSOA | UF PB | Logradouro CRUZ DAS ARMAS - ATÉ 2202/2203 |
| Número SN | Complemento | | Bairro CRUZ DAS ARMAS |

## Admissão

| | | |
|---|---|---|
| Data e Hora 27/06/2017 20:03:50 | Número de pulseira 1000006209840 | 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 MOTO X MOTO |

## Indicadores e Transporte

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Caso policial NÃO | Plano de saúde Não | Meio de ambulância Não | | Trauma Não |
| Meio de transporte SAMU | | Quem transportou | | |

## Sinais Vitais

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

## Exames complementares

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

Dados clínicos: Pacte vítima de acidente/moto; c/ HD: TCE grave + trauma/abdôme; ao B.C. (EGG/VMI/TOT) ∴ CIR. GERAL.

Dr. Renato Bertrand
CRM-PB

Diagnóstico | CID

Atendido por ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS | Sinais Sinais

Imprimir

TOMOGRAFIA
TIPO ...
DATA ... 27/6/17
HORA ...
TÉC. RAD. ...

PROTOCOLO
HOSP. JOÃO PESSOA
27/06/2017 20:0

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 NOV. 2017



Scanned by CamScanner

06

neurocir 214 27/06.

Paciente vítima de acidente de moto. Deu entrada em Glasgow 12, sedado p/ IOT em segunda

AO EX: sedado Ramsay 6
Pupilas mióticas

TC crânio: sem hemorragias intracranianas
sem HIC

TC col cervical: sem fraturas

(S) Retirar colar
Reavaliação após estabilização e retirada de sedação

Dr. Alécio C. E. Santos Barcelos
Neurocirurgião
CRM-PB 7104

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

GOVERNO DA PARAÍBA

# Receituário

Paciente: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO Idade 43

Data: 26/07/2017 18:36:01 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1010122

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

PACIENTE DE 43 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO EM 27/06/17, POLITRAUMATIZADO COM TCE .
EVOLUI COM CONFUSÃO MENTAL E DESORIENTAÇÃO TEMPORO-ESPACIAL.
AO EXAME FÍSICO GLASGOW 14. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS.
TC DE CRÂNIO: Imagem hipoatenuante, amorfa, na região subcortical frontal alta à direita (gliose? leucomicroangiopatia?)
Restante do parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.
Não há calcificações patológicas.
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.
Alargamento do espaço pericerebral nas regiões frontais bilateralmente.
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.
Megacisterna magna.
NO MOMENTO, PACIENTE NÃO APRESENTA CONDIÇÕES PARA REALIZAR ATOS DA VIDA CIVIL, DEVIDO AO QUADRO DE CONFUSÃO MENTAL.

CID: S.06

Leonardo R. C. Matias
Neurocirurgião
CRM-PB 6028

Dr. LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
6028/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

GOVERNO DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO Idade 43

Data: 26/07/2017 18:36:01 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1010122

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

PACIENTE DE 43 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO EM 27/06/17, POLITRAUMATIZADO COM TCE .
EVOLUI COM CONFUSÃO MENTAL E DESORIENTAÇÃO TEMPORO-ESPACIAL.
AO EXAME FÍSICO: GLASGOW 14, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS.
TC DE CRÂNIO: Imagem hipoatenuante, amorfa, na região subcortical frontal alta à direita (gliose? leucomicroangiopatia?)
Restante do parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.
Não há calcificações patológicas.
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.
Alargamento do espaço pericerebral nas regiões frontais bilateralmente.
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.
Megacisterna magna.
NO MOMENTO, PACIENTE NÃO APRESENTA CONDIÇÕES PARA REALIZAR ATOS DA VIDA CIVIL, DEVIDO AO QUADRO DE CONFUSÃO MENTAL.

CID: S.06

Leonardo R. C. Matias
Neurocirurgião
CRM-PB 6028

Dr. LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
6028/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
COMPREV
20 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Paciente<br>JOSE LUIZ DO NASCIMENTO | | BAE<br>1010122 | Data/Hora Entrada<br>27/06/2017 20:03:50 | Data Baixa |
| Data de nascimento<br>30/01/1974 | Idade<br>43 | Sexo<br>Masculino | CNS | Telefone de Contato<br>(00) 00000000 |
| Mãe<br>SEVERINA MARIA DO NASCIMENTO | | | | Prontuário |
| Endereço<br>CRUZ DAS ARMAS - ATÉ 2202/2203, SN | | Bairro<br>CRUZ DAS ARMAS | Município<br>JOAO PESSOA | UF<br>PB |
| Acidente<br>MOTO X MOTO | Motivo<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | | Profissional<br>MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA | Nº Cons. Regional<br>5013/PB |
| Data/Hora Classificação<br>27/06/2017 20:03:50 | | | Data/Hora Prescrição<br>27/06/2017 21:37:19 | |

## Anamnese

PACIENTGE GRAVISISMO VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM FRATURA EXPOSTA AGRAVE NO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM SANGRAMENTO IMPORTANTE BOA PERFUSÃO DISTAL, PULSO RADIAL NO MSE PALPÁVEL SEM EVIDENCIA DE LESÃO VASCULAR IMPORTANTE ALTA DA CIRURGIA VASCULAR

**Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?**

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA
(5013/PB)

JOSE LUIZ DO NASCIMENTO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Paciente: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO | | BAE: 1010122 | Data/Hora Entrada: 27/06/2017 20:03:50 | Data Baixa |
| Data de nascimento: 10/01/1974 | Idade: 43 | Sexo: Masculino | CNS | Telefone de Contato: (00) 00000000 |
| Mãe: SEVERINA MARIA DO NASCIMENTO | | | | Prontuário |
| Endereço: CRUZ DAS ARMAS - ATÉ 2202/2203, SN | | Bairro: CRUZ DAS ARMAS | Município: JOAO PESSOA | UF: PB |
| Acidente: MOTO X MOTO | Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA | | Profissional: POLYANNA NASCIMENTO | Nº Cons. Regional: 9522/PB |
| Data/Hora Classificação: 27/06/2017 20:03:50 | | | Data/Hora Prescrição: 27/06/2017 20:25:33 | |

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-POSTE, ELE O MOTORISTA DA MOTO, DE CAPACETE; PORÉM CHEGOU AGRESSIVO, DESORIENTADO, TENDO QUE SER CONTIDO NA MACA. APRESENTA LESÃO GRAVE EM BRAÇO DIREITO, COM EXPOSIÇÃO OSTEO-MUSCULAR E AUSÊNCIA DE PULSO DISTAL EM MSDIR (TORNIQUETE). ESCORIAÇÃO EM FLANCO DIREITO. TCE IMPORTANTE. AUSCULTA CARDIOVASCULAR NORMAL, SEM CREPITAÇÕES EM CAIXA TORÁCICA. PELVE ESTÁVEL À MOBILIZAÇÃO. CD: 1. AV ORTO/ 2. AV NEURO/ 3. AV VASCULAT/4. TC DE CRÂNIO, CERVICAL, TÓRAX E ABDOME/ 5.RX DE MS ESQ.

## MEDICAÇÃO

MIDAZOLAM 15MG/3ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

## EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

COAGULOGRAMA COMPLETO

UNOGRAMA

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA TORÁCICO)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

## CID10

| Código | Descrição |
|---|---|
| T14.9 | Traumatismo não especificado |

## Conduta

Em observação

Polyanna Nascimento
Cirurgia Geral
Médica Residente
CRM/PB 9522

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
PROTOCOLO
30 NOV. 2017
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

10

# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BEETSUL

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente JOSÉ LUIZ DO NASCIMENTO

| DATA | HORA | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO |
|---|---|---|
| 27/06 | 21:00 | REALIZADA LAPAROTOMIA EXPLORADORA NÃO TERAPEUTICA. |

Dr. Adriano Dias Trajano
Cirurgia Geral e Obesidade
CRM-PB 5399

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

11

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

8

Nome: JOSÉ LUÍS DO NASCIMENTO BE/Prontuário: 1010127

Idade: 43 ANOS Sexo: (X)Masculino ( )Feminino Cor: _____ Data: 27/06/17

Clínica/Setor: CIRURGIA GERAL EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Cirurgião: ADRIANO TRAJANO 1º Assistente: POLYANA

2º Assistente: MARCO 3º Assistente: _____

Instrumentador: FLÁVIO Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início 21:00 Término 21:30

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|---|---|
| TRAUMA ABDOMINAL FECHADO | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---|---|
| LAPAROTOMIA EXPLORADORA | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim (X)Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 30 NOV. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Dr. Adriano Dias Trajano
Cirurgia Geral e Obesidade
CRM-PB 5399

João Pessoa, ___/___/___

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.00

Scanned by CamScanner

12

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: José Luiz do Nascimento BE/Prontuário: 1010122

Idade: 43a Sexo: (X)Masculino ( )Feminino Cor: _____ Data: 27/06/17

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: TTO cirúrgico da Frat. de Ossos da Antebraço

Cirurgião: Dr. Kintaby 1° Assistente: Dr. Hellosmar

2° Assistente: _____ 3° Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: A. Geral Horário: Início ___:___ Término ___:___

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|---|---|
| Fratura exposta de Ossos do Antebraço (E) | |
| Lesão de partes moles em Face Anterior do Antebraço (E) | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---|---|
| TTO Cirúrgico da Fratura de Antebraço (E) exposta | |

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 30 NOV. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

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

Dr. Hellosmar B. Dias Jr.
Médico
CRM/PB 10.251

João Pessoa, 27/06/17

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned by CamScanner

13

# Nota de Sala Cirúrgica

8

PACIENTE: José Luiz do Nascimento
RG: 861012 PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO
CIRURGIA: Laparotomia exploradora + Gastrectomia de Fratectomia + colecistectomia
CIRURGIÃO: Dr. Adriano Tafuri AUX: DRª Poliana + DR. Katne + DR. Nellaman
ENFERMEIRA: Sebal
ANESTESISTA: Dr. André Sequeira
INSTRUMENTADOR: Dr. Flávio Estudante
DATA: 27/06/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 21:00 CIRURGIA: INÍCIO: 22:00 02:00
ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS)
ASA: ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS | QTD. |
|---|---|
| ALFENTANILA | |
| BUPIVACAÍNA ISÓBÁRICA | |
| BUPIVACAÍNA PESADA | |
| CETAMINA | |
| DROPERIDOL | |
| ETOMIDATO | |
| FENOBARBITAL | |
| FENTANILA | 01 |
| FLUMAZENIL | |
| ISOFLURANO | |
| LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO | |
| LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO | |
| LIDOCAÍNA C/ VASO | |
| LIDOCAÍNA S/ VASO | |
| MIDAZOLAN | |
| MORFINA | |
| NIMBUSH | |
| PANCURÔNIO | |
| PETIDINA | |
| PROPOFOL | |
| RAMIFENTANILA | |
| ROCURÔNIO | |
| SEVOFLURANO | |
| SUXAMETÔNIO | |
| TIOPENTAL | |

| MEDICAÇÕES | QTD. |
|---|---|
| ADRENALINA | |
| ÁGUA DESTILADA | |
| ATROPINA | |
| DEXTRA | |
| CEFAZOLINA | 01 |
| DEXAMETASONA | |
| DIPIRONA SÓDICA | 01 |
| EFEDRINA | |
| FUROSEMIDA | |
| GLICOSE 50% | |
| GLUCONATO DE CÁLCIO | |
| HIDROCORTISONA | |
| LIDOCAÍNA GELEIA | |
| ONDASENTRONA | |
| PLASIL | |
| PROSTIGMINE | |
| PROTAMINA | |
| TENOXICAM | |

| SOLUÇÕES | QTD. |
|---|---|
| ÁLCOOL ETÍLICO 70% | OK |
| PVPI DEGERMANTE | OK |
| PVPI TINTURA | OK |
| PVPI TÔNICO | OK |
| SABÃO ANTISÉPTICO | OK |

| MATERIAIS | QTD. |
|---|---|
| AGULHA 13X4,5 | |
| AGULHA 25X07 | OK |
| AGULHA 25X08 | OK |
| AGULHA 40X12 | OK |
| AGULHA PERIDURAL Nº16 | |
| AGULHA PERIDURAL Nº17 | |
| AGULHA PERIDURAL Nº18 | |
| AGULHA RAQUI Nº25G | |
| AGULHA RAQUI Nº26G | |
| AGULHA RAQUI Nº27G | |
| ALGODÃO ORTOPÉDICO | OK |
| ATADURA DE CREPOM | 01 |
| ATADURA GESSADA | |
| BOLSA P/ COLOSTOMIA | |
| CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº | |
| CATETER DE OXIGÊNIO | 01 |
| CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº | |
| CATETER EPIDURAL Nº16 | |
| CATETER EPIDURAL Nº17 | |
| CATETER EPIDURAL Nº18 | |
| CERA PARA OSSO | |
| COLET. URINA FECHADO | |
| COMPRESSAS CIRÚRGICAS | 30 |
| COMPRESSAS CIRÚRGICAS | |
| DRENO DE PENROSE | |
| DRENO DE SUCÇÃO | |
| ELETRODOS | 05 |
| EQUIPO MACROGOTAS | 07 |
| EQUIPO TRANSF. SANGUE | |
| EQUIPO MICROGOTAS | |
| ESPONJA DE PVPI | 01 |
| ESPARADRAPO | OK |
| GAZES | 15 |
| GAZES ALGODOADAS | |
| GEL ELETROLÍTICO | OK |
| JELCO Nº14 | |
| JELCO Nº16 | |

| MATERIAIS CONT. | QTD. |
|---|---|
| JELCO Nº18 | |
| JELCO Nº20 | 01 |
| JELCO Nº22 | |
| JELCO Nº24 | |
| KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº | |
| LÂMINA BISTURI Nº11 | |
| LÂMINA BISTURI Nº15 | |
| LÂMINA BISTURI Nº23 | |
| LÂMINA BISTURI Nº24 | 02 |
| LÂMINA DE DERMÁTOMO | |
| LÂMINA DE ENXERTO | |
| LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. | 20 |
| LUVA ESTÉRIL Nº7,0 | 02 |
| LUVA ESTÉRIL Nº7,5 | 04 |
| LUVA ESTÉRIL Nº8,0 | 04 |
| LUVA ESTÉRIL Nº8,5 | |
| MÁSCARA CIRÚRGICA | 08 |
| MULTIVIAS | |
| PERFURADOR DE SORO | 01 |
| SCALP Nº19 | |
| SCALP Nº21 | |
| SERINGA 5ML | 02 |
| SERINGA 5ML | 02 |
| SERINGA 10ML | 02 |
| SERINGA 20ML | 02 |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 | |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 | |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 | |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 | |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 | |
| SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 | |
| SONDA FOLEY 3VIAS Nº14 | |
| SONDA NASOG. CURTA | |
| SONDA NASOG. LONGA | |
| SONDA URETRAL Nº | |
| TORNEIRINHA | 02 |
| TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | |
| TUBO SILICONE (LATEX) | |

| FIOS | QTD. |
|---|---|
| FIO ALGODÃO S/A Nº 0 | 1 |
| FIO ALGODÃO S/A Nº | |
| FIO ALGODÃO C/A Nº | |
| FIO ALGODÃO C/A Nº | |

| FIOS | QTD. |
|---|---|
| FIO CAT GUT CROMADO Nº | |
| FIO CAT GUT CROMADO Nº | |
| FIO DE AÇO Nº | |
| FIO DE AÇO Nº | |
| FIO DE NYLON Nº 3,0 | 04 |
| FIO DE NYLON Nº 2,0 | 06 |
| FIO DE NYLON Nº | |
| FIO POLIGLACTEIA Nº | |
| FIO POLIGLACTEIA Nº 1 | 01 |
| FIO POLIGLACTEIA Nº | |
| FIO POLIPROPILENO Nº | |
| FIO POLIPROPILENO Nº | |
| FIO POLIPROPILENO Nº | |
| FIO POLIDIOXANONE Nº | |
| FIO SEDA Nº | |
| FITA CARDÍACA | |

| MATERIAL ESPECIAL | QTD. |
|---|---|
| CATETER DE PIC | |
| CIMENTO CIRÚRGICO | |
| CLIP TITÂNIO LIGADURA | |
| FIO DE KIRSCHNNER Nº | |
| FIO DE KIRSCHNNER Nº | |
| FIO STEINMAN Nº | |
| FIO STEINMAN Nº | |
| GRAMPEADOR CIRÚRGICO | |
| HEMOST. ABSORVÍVEL | |
| KIT. DERIVA. VENTRICULAR | |
| PRÓTESE VASCULAR | |
| KIT. PAM | |
| FIXADOR EXTERNO | |

| EMPRESA | |
|---|---|
| PARAFUSOS CORTICAIS | 02 |
| PARAFUSOS CORTICAIS | |
| PARAFUSOS ESPONJOSO | |
| PARAFUSOS ESPONJOSO | |
| PARAFUSOS MALEOLAR | |
| PARAFUSOS MALEOLAR | |
| PLACA de 08 furos | |
| PLACA de 09 furos | |

| EQUIPAMENTOS |
|---|
| ( ) ASPIRADOR |
| ( ) BISTURI ELÉTRICO |
| ( ) CAPNÓGRAFO |
| ( ) CARDIOMONITOR |
| ( ) DESFIBRILADOR |
| ( ) FOCO AUXILIAR |
| ( ) FOCO CENTRAL |
| ( ) MICROSCÓPIO |
| ( ) OXÍMETRO DE PULSO |
| ( ) PA. INVASIVA/NÃO INVASIVA |
| ( ) PERFURADOR ELÉTRICO |

CATETER PARA SUBCLÁVIA DIL CVC
CÓDIGO: CTD20BN LOTE: 29504
REGISTRO ANVISA: 10189120017
FAB. POR BIOMEDICAL E.P.M.C. LTDA
www.biomedical.ind.br
11 3944 - 5555

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 NOV 2017
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

CIRURGIÃO: Dr. Adriano Tafuri
ANESTESISTA: Dr. André Sequeira
ENFERMEIRA: Sebal
(ENG) ASCIR.01-2

Scanned by CamScanner

88

# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 27/06/17 PRONTUÁRIO:

PACIENTE: JOSÉ LUIZ DO NASCIMENTO SEXO: M COR: PARD IDADE: 43a

PRESSÃO ARTERIAL 160x80 | PULSO 126 | RESPIRAÇÃO 20 | TEMPERATURA | PESO 100kg | GRUPO SANGUÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO MV ↓↓ em AHT | AP. CIRCULATÓRIO ok

AP. DIGESTIVO | ESTADO MENTAL Sedação prof. | DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO | ESTADO FÍSICO (ASA) IV

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Politrauma / Trauma ABD Fechado + Fratura MSD

CIRURGIA REALIZADA L.O. + Fixação cirúrgica

CIRURGIÃO Dr. Adriano + Dr. Auxiliares

INÍCIO DA ANESTESIA | TÉRMINO DA ANESTESIA | DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QUANT. DE CH. | VALORES R$

ANESTESISTA | CPF | CRM-PB

Dr. André Cavalcanti Scoquia
Médico
CRM-PB 7779

HORA

VEIOS: M — PC — R — M

PULSO ○ / PA INTERMITENTE ● / PA INVASIVA ✕ / FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA ✕ / PA DIASTÓLICA ▲

220 / 200 / 180 / 160 / 140 / 120 / 100 / 80 / 60 / 40

INTERVENÇÕES / OBSERVAÇÕES

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ [illegible]

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

| | |
|---|---|
| 1 Sevoflurano 20 L | 11 |
| 2 Fentanil 200 µg | 12 |
| 3 Rocurônio 50 mg | 13 |
| 4 Cefazolina 1 g | 14 |
| 5 [illegible] 1 g | 15 |
| 6 [illegible] 80 mg | 16 |
| 7 Dipirona 2 g | 17 |
| 8 MDZ 05 mg | 18 |
| 9 | 19 |
| 10 | 20 |

VÍNCULO DO PACIENTE: ☐ ENF. ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Foi chegar a osso bloco cirúrgico, pra início da saída [illegible] já sob TOT conversado pro cirurgião na sala vermelha. Reforçada ocorrência de dificuldades no manejo da via aérea por parte do [illegible] e a ocorrência do broncoaspiração maciça de conteúdo gástrico. Chegou a osso bloco c/ suporte ventilatório: MV ↓↓ em AHT, sibilos difusos. Sat. = 89%.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F (NG) ASCOR 020-1

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 NOV. 2017
APROVADO PROTOCOLO PESSOA

Dr. André Cavalcanti Scoquia
Médico
CRM-PB 7779

Scanned by CamScanner

6

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEMOSUL

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:** Decúbito em DDH
Abordagem Anterior
Assepsia de campo ampl.

**Incisão:** Em região anterior pl fraturas lúdio
Em tupo bonal pl ulna.

**Achados:** Fratura exposta de ossos do antebraço (E)
Lado da pontas mortas (pele em fa. anterior do antebraço)

**Conduta:** Limpeza mecânica cirúrgica da fratura
lavagem com SF 0,9% abundante +
→ Desbridamento de tecidos desvitalizados +
→ Fixação definitiva do lúdio com placa DCP (x 3,5
+ 6 parafusos corticais
→ Fixação definitiva da fratura ulna com placa DCP (x 3,5
+ 6 parafusos corticais

**Fechamento:** Por planos + curativos oclusivos
Rx de controle

**Observação:** Solicito parecer da cirurgia plástica
pl urgência da pele

Dr. Helbsmar B. Dias Jr.
Médico
CRM/PB 10.251

João Pessoa, 27 / 09 / 17

Médico/CRM: _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
NOV. 2017
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned by CamScanner

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEMOTSHI

Odontologia Hospitalar

BE/PRONTUÁRIO 1000122.

Nome do paciente
José Luiz do Nascimento.

| DATA | HORA | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO |
|---|---|---|
| 29/06/17 | (M) | Realizado antissepsia oral conforme protocolo leitos UTI. |
| 30/06/17 | (M) | Realizado antissepsia oral conforme protocolo leitos UTI. |
| 4/7/17 | (M) | Realizado antissepsia oral conforme protocolo leitos UTI. |
| 5/7/17 | (M) | Realizado antissepsia oral conforme protocolo leitos UTI. |
| 6/7/17 | (M) | Realizado antissepsia oral conforme protocolo leitos UTI. |
| 07/07/17 | (M) | Realizado antissepsia oral conforme protocolo leitos UTI. |

Dr. Marilia Maria Melo
Odontologia Hospitalar
CRO 13878

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

F(NG).ENF.018-1

17

Scanned by CamScanner

PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA
30 NOV 2011

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

**Posição e Preparo:**
PACIENTE SOB DDH SOB ANESTESIA GERAL COM SVD E SNG, ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

**Incisão:**
MEDIANA INFO-PUBICA

**Achados:**
AUSÊNCIA DE CONTEÚDO LIVRE OU LESÕES VISCERAIS ABDOMINAIS.

**Conduta:**
REVISÃO DE HEMOSTASIA E CONTAGEM DE COMPRESSAS. FECHAMENTO DA APONEUROSE COM FIO VICRYL CONTÍNUO, FECHAMENTO DA PELE COM NYLON 4-0.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Fechamento: 8 NOV. 2017
Observação:
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Adriano Dias Trajano
Cirurgia Geral e Obesidade
CRM-PB 5399

João Pessoa, 27/10/17

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-

14

Scanned by CamScanner

# RELATÓRIO DE CIRUR

68

Nome: José Luiz do Nascimento BE/Prontuário: 1010122

Idade: 43 Sexo: (X)Masculino ( )Feminino Cor: Data: 04/07/17

Clínica/Setor: UTI EMP: LR:

Cirurgia: Traqueostomia

Cirurgião: Dr. Adriano 1º Assistente:

2º Assistente: 3º Assistente:

Instrumentador: Anestesista:

Tipo de Anestesia: Sedação + Local Horário: Início : Término :

| Diagnóstico Pós Operatório | CID |
|---|---|
| Período de Intubação prolongado sem previsão de extubação | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---|---|
| Traqueostomia | |

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV 2017
PROTOCOLO
AG. LIQUIDAÇÃO PESSOA

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim (X)Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: Dr. Adriano Rodrigues Silva Médico CRM-PB 6208

João Pessoa, 04/07/17

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned by CamScanner

19

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**
(1) Paciente em decúbito dorsal sob sedação com propofol + Bloqueio neuromuscular com cisatracúrio.
(2) Anti-sepsia + Asepsia

**Incisão:**
(3) Aplicação dos Campos Cirúrgicos;
(4) Anestesia local c/ lidocaína 2%
(5) Incisão transversa na região cervical anterior

**Achados:**
(6) Diérese por planos até a abertura da Traquéia
(7) Revisão da Hemostasia
(8) Recuo do TOT

**Conduta:**
(9) Passagem de Cânula de Traqueostomia Nº 7,5
(10) Conectado o Um na cânula e ventilou-se o paciente ventilando. Sat O2 = 100%
(11) Fixação da Cânula de Traqueostomia
(12) Retirada do TOT.

**Fechamento:**

**Observação:**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 04/07/17

Dr. Adriano Rodrigues Silva
Médico
CRM-PB

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned by CamScanner

Anexo II

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HEETSHL

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HEETSHL

4 - CNES:

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: José Luiz do Nascimento

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc [1] Fem [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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 cateter p/ sub-clavia
CX 3,5 comprpo
01 placa DCP reta de 09 furos
01 placa DCP reta de 08 furos.
12 parafusos corticais de nºs 16(1) 18(5) 20(5) 22(1)

CATETER PARA SUBCLÁVIA D/L CVC
CÓDIGO:C7020BN LOTE: 29504
REGISTRO ANVISA: 10196320017
FAB. POR BIOMEDICAL E.P.M.C. LTDA
www.biomedical.ind.br
11 3944 - 5555

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

41 - DOCUMENTO: [ ] CNS [ ] CPF

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO:

Hollesmar B. Dias Jr.
Nº CRM PB 8125
COORDENADOR DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DE PRESTADORES

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR DA AUTORIZAÇÃO:

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

47 - DOCUMENTO: [ ] CNS [ ] CPF

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

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO:

PROTOCOLO
HG JOÃO PESSOA
31 NOV. 2017

Scanned by CamScanner

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: José Luiz Nascimento

| DATA | HORA | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO |
|---|---|---|
| 11.07.17 | | O: Pte acordado, colaborativo, alerta, eupnéico, SVE, TQT |
| | | Conduta FONO: Avaliação das OFA'S; " da fala; " da deglutição; Teste Azul de Azul; (anilina azul). Aspiração TQT. |
| | | Foi realizado Teste Azul de Azul com anilina azul e dieta líquida pastosa sendo ofertado 150ml V.O pela apresentou reflexo de deglutição presente e proteção glótica insuficiente. Após dieta foi aspirado e constatado sinais de broncoaspiração |
| | | Sugestão FONO: Passar SVE. FONOTERAPIA |
| 14.07.17 | | O: Pte acordado, consciente, colaborativo, eupnéico, SVE, TQT. |
| | | Conduta FONO: Exercícios isométricos, manipulação e alongamento, massagem vocal. |
| | | Sugestão FONO: Manter SVE FONOTERAPIA |

Priscila Silva de Souza Emilio
Fonoaudiologa
CRF 11288

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AGÊNCIA JOÃO PESSOA

Priscila Silva de Souza Emilio
Fonoaudiologa
CRF 11288

Scanned by CamScanner

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

FONOAUDIOLOGIA

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE -

| DATA | HORA | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO |
|---|---|---|
| 17.07.17 | | Pcte acordado, comportamento colaborativo, vigília, eupnéico, SVE, TQT, hipotônico. |
| | | Conduta Fono: Reavaliação da deglutição; Teste Azul de Bleu (corante azul) Aspiração TQT; |
| | | Foi realizado teste V.O com corante azul onde foi ofertado 80ml de água tingida pcte apresentado reflexo de deglutição presente e proteção glótica insuficiente pois ocorreu aspiração observou-se presença de corante azul em TQT |
| | | Sugestão Fono: Manter SVE Fonoterapia CREFONO 11288 |
| | | Pcte acordado, colaborativo, vigília, eupnéico, SVE, disfagico. |
| | | Conduta Fono: Manipulação e sucção laríngea; Exercícios vibratórios ativos e passivos Massagem miofacial; |
| | | Pcte apresenta disfonia após teste V.O. |
| | | Sugestão Fono: Manter SVE CREFONO 11288. |

DSP

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

VERMELHA BRASILEIRA

02104

# Visita Pré Anestésica

HEMISUL

Anes

1010122

19/07/17 :DATA

PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: José Luiz do nascimento 02104

Idade: 43 Sexo: M Profissão:

Patologia principal: Fratura em antebraço (E)

Cirurgia: Fratura Anestesia proposta: Bloqueio Regional / Geral

| | sim | não |
|---|---|---|
| Dor no peito, angina? | [ ] | [ ] |
| infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] >6M | [ ] | [ ] |
| Pressão alta? | [ ] | [ ] |
| Sopro, febre reumática? | [ ] | [ ] |
| Arritmia, taquicardia: [ ] espontâneas | [ ] | [ ] |
| aos esforços: [ ] peq. [ ] médios | [ ] | [ ] |
| Edema de MMII: [ ] Tarde [ ] Verão | [ ] | [ ] |
| Dispnéia de decúbito [ ] | [ ] | [ ] |
| aos esforços: [ ] peq. [ ] médios | [ ] | [ ] |
| Asma/bronquite: | [ ] | [ ] |
| Tosse/catarro? (cor ) | [ ] | [ ] |
| Fumante: há anos. Parou há | [ ] | [ ] |
| Desmaios, tonturas? | [ ] | [ ] |
| Convulsões, abalos, tremores? | [ ] | [ ] |
| Fraqueza muscular, cifoporia? | [ ] | [ ] |
| Dor nas juntas, artrite, colagenose? | [ ] | [ ] |
| Problema de coluna? | [ ] | [ ] |
| Tilista social | [ ] | [ ] |
| Alcoolismo: há anos. Parou há | [ ] | [ ] |

| | sim | não |
|---|---|---|
| Diabetes? | [ ] | [ ] |
| Doença da tiróide? | [ ] | [ ] |
| Mudança no hábito miccional? | [ ] | [ ] |
| Modificação no apetite? | [ ] | [ ] |
| Queimação, azia, H.de hérnia, dor? | [ ] | [ ] |
| Náuseas, vômitos? (cor: ) | [ ] | [ ] |
| Mudança no hábito intestinal? | [ ] | [ ] |
| Alteração na cor das fezes? | [ ] | [ ] |
| Perda de peso s/dieta? | [ ] | [ ] |
| Hepatite, icterícia, malária, Chagas? | [ ] | [ ] |
| Anemia? | [ ] | [ ] |
| Sangramento? (onde? ) | [ ] | [ ] |
| Hematomas/manchas roxas? | [ ] | [ ] |
| Gripe, febre, recente? | [ ] | [ ] |
| Está ou pode estar grávida? (DUM: / ) | [ ] | [ ] |
| Tem problema de surdez, visão? | [ ] | [ ] |
| Teve febre alta quando foi operado? | [ ] | [ ] |
| Recebeu Transf.sangue? Há 19 dias | [ ] | [ ] |
| Aceita transf.sangue numa emergência? | [ ] | [ ] |

| | sim | não |
|---|---|---|
| Alergia a drogas? | [ ] | [ ] |
| Quadro clínico? | [ ] | [ ] |
| Tratamento? | [ ] | [ ] |
| Alergia a pó, lã, odores, alimentos? | [ ] | [ ] |
| Quadro clínico? | [ ] | [ ] |
| Tratamento? | [ ] | [ ] |
| Alergia a derivado de borracha? | [ ] | [ ] |
| Quadro clínico? | [ ] | [ ] |
| Tratamento? | [ ] | [ ] |
| PARA CRIANÇAS (0 14 anos) | | |
| A criança é prematura? | [ ] | [ ] |
| A criança tem ↓ de desenvolvimento? | [ ] | [ ] |
| A criança está gripada, c/tosse, febre? | [ ] | [ ] |
| A criança tem outra doença? | [ ] | [ ] |

ANTECEDENTES FAMILIARES DE:

[ ] diabetes [ ] doença cvase. [ ] miopatia

[ ] Febre alta durante a anestesia?

[ ] Problema durante a anestesia?

Qual?

| Dados importantes da Anamnese e/ou EF | Cirurgias / Anestesias Prévias / Complicações | Medicamentos (Dietas) |
|---|---|---|
| sopro cardíaco | Laparotomia | nega |
| no passado, | Apendicectomia | |

(273)

X: 5 x 4 x 6

EXAME FÍSICO

Peso: Altura: PA: P: Hidratado/desidratado

Coração/ócos: eupnéico/dispn./taquip. cianótico/acianótico. icterícia/anicterícia

Palhetas

Dentadura/prótese (cel/pap) (mível/fixa)

Orofaringe

Abertura da boca. Normal/↓ 2 dedos

Pescoço normal/curto

Flexão/extensão do pescoço

Normal/limitada

Mallampati 1 2 3 4 distância esternomentoniana 12,5 cm (> 12,5)

Anotar de preferência exames com < 01 ano Hmo 3-89

Exames Subsidiários DATA: / /

Hb=10,9 Ht=34,8 Glic.=122 Cr=0,72 Ur=

Na= K=4,21 TC= TS=

Plaq.=230.000

Coagul. [ ] Normal [ ] Alterado TT= TP= TTPA=

RX tórax [ / / ]

ECG [ / / ]

Avaliação clínica: ASA I

Obesidade grau (6-8); terceiro assinado, terceiro anexado:

Solicito consultorias + mapa hemoglicemia (PHD)

ASA: II

RETORNOS: [ ] NÃO [ ] SIM Motivos: [ ] Exames complementares [ ] Encaminhado p/Clínica. Qual:

(VIDE VERSO)

MÉDICO: CRM: 10988

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES". APENAS após a liberação do Ambulatório

| | |
|---|---|
| CONDUTA FINAL: | [ ] Liberado para cirurgia |
| | [ ] Reavaliar na internação motivo(s): |
| DATA: / / | [ ] Reavaliar na SO motivo(s): |
| | [ ] NÃO LIBERADO PCIRURGIA motivo(s): |

| | |
|---|---|
| PROBLEMAS GRAVES | Obs drogas/dose |

MÉDICO: CRM:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

30 NOV. 2017

PROTOCOLO AG JOÃO PESSOA

DSP

FORG.ASCOR.019

24

Scanned by CamScanner

02/04

# Suspensão de Cirurgia

Nome do Paciente: José Luiz do Nascimento BE/Prontuário: 1010122

Foi justificado ao paciente? (X) Sim ( ) Não

Setor/Clínica: Plástica Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: 20/7/17 Horário: 14:00 hs

1. Relatório do(a) Médico(a) Responsável pela Suspensão (assinar e carimbar)

Equipe incompleta. (colega de férias sem cobertura).

Dr. Christofer Amaral Segundo
Cirurgia Plástica
CRM/PB 5352

2. Relatório do(a) Enfermeiro(a) (assinar e carimbar)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Observação: 1ª via Prontuário, 2ª via Bloco Cirúrgico, 3ª via Direção Técnica.

F(NG).ASCIR.017-1

Scanned by CamScanner

85

# CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

CRIPTERAPIA BRASILEIRA

PESTISH

plastica

**Período Pré-Operatório**

**1. 1 Dados de Identificação**

Nome: Jose Rosa de Nascimento

Idade: 43 Sexo: Masc. BE/Prontuário: 1010122

Data da visita Pré- Operatória: / / Hora: Enfermaria: 02 Leito: 204

Alergias: ( )sim ( ) não (✓)não sabe Quais:

Dor: ( )presente (✓)ausente Local:

Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico:

Antecedentes familiares:

Checar exames pré operatório( hemograma, glicemia, SSVV, ECG e risco cirúrgico)

OBS:

Chegar documentos: visita pré-cirúrgica (✓), visita pré – anestésica ( ) Termo de autorização para procedimento cirúrgicos( ) OBS:

Utilização( ) sim (✓) não

Orientações:

(✓) Retirar prótese e adornos

(✓) Jejum informado

(✓) Orientação sobre: banho com clorexidina deg-1-2horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa, confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico

(✓) Realizar tricotomia

Enfermeiro/Coren(a): Drª Ana Paula de C. Silva ENFERMEIRA COREN 169.904 - PB

**Período Transoperatório**

Procedimento: Trat. cirurg. fratura de tibia (E)

**1.2. Antes da indução anestésica (identificação)**

(✓)identidade

(✓)Sítio demarcado

(✓)Procedimento cirúrgica

(✓)Verificação de segurança anestésica concluída/avaliação pré-anestésica

( )Consentimento informado

( )Jejum

➢ O PACIENTE POSSUI:

**Via aérea difícil/ risco de aspiração?**

(✓) Não ( ) Sim e equipamento/ Aspiração disponível

**Risco de perda sanguínea > 500ml .( 7ml/kg em crianças)?**

(✓) Não

( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluídos

( ) Reserva Hemocomponentes

➢ **Checagem equipamentos**

(✓)Monitorização (✓) Bisturi elétrico (placa +cabo) (✓) Suporte de oxigênio

(✓)Aspirador (✓)Carro de anestesia + alarmes + oxigênio e agentes inalatórios

( ) OPME ( ) não se aplica (✓)Realização de desinfecção na sala Nº

( ) Conferir esterilização das embalagens

➢ ACESSO VENOSO

(✓) Periférico ( ) ACV

**1.3 Antes da incisão cirúrgica ( Confirmação –Pausa Cirúrgica)**

➢ CONFIRMAR SE A EQUIPE ESTÁ COMPLETA

(✓) Cirurgião ( ) Anestesiologista (✓) Auxiliar cirurgia

( ) Instrumentador/Firma ( ) Tec. RX

COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 30 NOV. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

F(NG).ASCIR.035-1

Scanned by CamScanner

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:

Impresso por: ESTER FALCAO RANGEL
Em: 23/07/2017 17:19:29

| Paciente | | Boletim de Atendimento | Data/Hora Entrada | Data/Hora Saída |
|---|---|---|---|---|
| JOSE LUIZ DO NASCIMENTO | | 1010122 | 27/06/2017 20:03:50 | |
| Data de nascimento: 30/01/1974 | Idade: 43 | Sexo: Masculino | CNS: 708607097880680 | Prontuário: 102776 |
| Tempo de Internação: 25d 4h 35min | | Convênio: SUS | | Plantão: DIURNO |

{"erros":["Ocorreu um erro de DAO na classe: br.com.avitus.atendimento.bd.FormularioBeanDAO ao executar a consulta: procurarFormularioBeanComponenteApresentaProntuarioPorUsuarioPorWorkflowTipoEvolucaoPorIdadePorSexo","could not prepare statement","GDS Exception. 335544569. Dynamic SQL Error\nSQL error code = -901\nImplementation limit exceeded\nToo many values (more than 1500) in member list to match against","Dynamic SQL Error\nSQL error code = -901\nImplementation limit exceeded\nToo many values (more than 1500) in member list to match against"], success: false}

## FISIOTERAPÊUTICA *(ESTER FALCAO RANGEL - 23/07/2017 17:18:12)*

**ESTADO GERAL**

EVOLUÇÃO: REGULAR

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , ACORDADO , ORIENTADO , CONTACTUANTE , AGITADO , COLABORATIVO

**SINAIS VITAIS**

EVOLUÇÃO: NORMOTERMIA

**AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

EVOLUÇÃO: SIMÉTRICA

EXPANSIBILIDADE: NORMAL

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNÉIA

**SUPORTE VENTILATÓRIO**

RESPIRANDO EM: AA

**AVALIAÇÃO MOTORA**

TÔNUS: NORMAL

DIMINUÍDA: MSE

DÉFICIT MOTOR: AUSENTE

FORÇA MUSCULAR: PRESERVADA

EVOLUÇÃO: CONTROLE CERVICAL , CONTROLE DE TRONCO

**CONDUTA**

EVOLUÇÃO: T.E.P / M.R.A , POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO , ALONGAMENTO DE EXTREMIDADES , EXERCÍCIOS METABÓLICOS , EXERCÍCIOS ATIVO-ASSISTIDOS DE M.M E/OU M.M.I.I , ORIENTAÇÕES GERAIS

OUTROS: Reeducação diafragmática + insp fracionada

FISIOTERAPIA MOTORA: ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

Seção: POSTO IA - ENF 3 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: ESTER FALCAO RANGEL

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Número Co
03 NOV. 2017

Scanned by CamScanner

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:

Impresso por: ESTER FALCAO RANGEL
Em: 24/07/2017 17:52:25

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Paciente<br>JOSE LUIZ DO NASCIMENTO | | Boletim de Atendimento<br>1010122 | Data/Hora Entrada<br>27/06/2017 20:03:50 | Data/Hora Saída |
| Data de nascimento<br>30/01/1974 | Idade<br>43 | Sexo<br>Masculino | CNS<br>706607097880000 | Prontuário<br>102775 |
| Tempo de Internação<br>26d 5h 5min | | Convênio<br>SUS | | Plantão<br>DIURNO |

{"erros":["Ocorreu um erro de DAO na classe: br.com.avitus.atendimento.bd.FormularioBeanDAO ao executar a consulta:
procurarFormularioBeanComponenteApresentaProntuarioPorUsuarioPorWorkflowTipoEvolucaoPorIdadePorSexo","could not prepare statement","GDS Exception. 335544569. Dynamic SQL Error\nSQL error code = -901\nImplementation limit exceeded\nToo many values (more than 1500) in member list to match against","Dynamic SQL Error\nSQL error code = -901\nImplementation limit exceeded\nToo many values (more than 1500) in member list to match against"], success: false}

## FISIOTERAPÊUTICA *(ESTER FALCAO RANGEL - 24/07/2017 17:52:12)*

**ESTADO GERAL**

EVOLUÇÃO: REGULAR

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , ACORDADO , ORIENTADO , CONTACTUANTE , AGITADO , COLABORATIVO

**SINAIS VITAIS**

EVOLUÇÃO: NORMOTERMIA

**AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

EVOLUÇÃO: SIMÉTRICA

EXPANSIBILIDADE: NORMAL

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNÉIA

**SUPORTE VENTILATÓRIO**

RESPIRANDO EM: AA

**AVALIAÇÃO MOTORA**

TÔNUS: NORMAL

DIMINUIDA: MSE

DEFICIT MOTOR: AUSENTE

FORÇA MUSCULAR: PRESERVADA

EVOLUÇÃO: CONTROLE CERVICAL , CONTROLE DE TRONCO

**CONDUTA**

EVOLUÇÃO: T.E.P / M.R.A , POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO , ALONGAMENTO DE EXTREMIDADES , EXERCÍCIOS METABÓLICOS , EXERCÍCIOS ATIVO-ASSISTIDOS DE M.M E/OU M.M.I.I , ORIENTAÇÕES GERAIS

OUTROS: Reeducação diafragmática + Insp fracionada FISIOTERAPIA MOTORA: ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

ação: POSTO IA - ENF 3 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
rofissional responsável pela informação: ESTER FALCAO RANGEL

Número Conselho:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

# Visita Pré Anestésica

HGE/SML

02/04

Anes

NOME DO PACIENTE: José Luiz do Nascimento — DATA: 24/07/17 — PRONTUÁRIO: 1010122

Idade: 43 — Sexo: M — Prestador:

Patologia principal: Fratura anterior E

Cirurgia: Hg cervicoto — Anestesia proposta: Bloqueio Regional

| | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| Dor no peito, angina? | | X |
| Infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] >6M | | X |
| Pressão alta? | | X |
| Sopro, febre reumática? | | X |
| Arritmia, taquicardia: [ ] espontânea | | X |
| aos esforços: [ ] peq. [ ] médios | | X |
| Edema de MMII: [ ] Tarde [ ] Verão | | X |
| Dispnéia de decúbito [ ] | | X |
| aos esforços: [ ] peq. [ ] médios | | X |
| Asma/bronquite: | | X |
| Tosse/catarro? (cor ) | | X |
| Fumante: há anos. Parou há | | X |
| Desmaios, tonturas? | | X |
| Convulsões, abalos, tremores? | | X |
| Fraqueza muscular: miopatia? | | X |
| Dor nas juntas, artrite, colagenose? | | X |
| Problema de coluna? | | X |
| Etilista social | | X |
| Alcoolismo: há anos. Parou há | | X |

| | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| Diabetes? | | X |
| Doença da tiróide? | | X |
| Mudança no hábito intestinal? | | X |
| Modificação no apetite? | | X |
| Queimação, azia, H de fígado, dor? | | X |
| Náuseas, vômitos? (cor: ) | | X |
| Mudança no hábito intestinal? | | X |
| Alteração na cor das fezes? | | X |
| Perda de peso s/dieta? | | X |
| Hepatite, icterícia, malária, Chagas? | | X |
| Anemia? | | X |
| Sangramento? (onde? ) | | X |
| Hematomas/manchas roxas? | | X |
| Gripe, febre, recente? | | X |
| Está ou pode estar grávida? (DUM: / ) | | X |
| Tem problema de surdez, visão? | | X |
| Teve febre alta quando foi operado? | | X |
| Recebeu Transf.sangue? Há | | X |
| Aceita transf.sangue numa emergência? | X | |

| | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| Alergia a drogas? | | X |
| Quadro clínico? | | |
| Tratamento? | | |
| Alergia a pó, lã, odores, alimentos? | | |
| Quadro clínico? | | |
| Tratamento? | | |
| Alergia a derivado de borracha? | | |
| Quadro clínico? | | |
| Tratamento? | | |
| PARA CRIANÇAS (0 14 anos) | | |
| A criança é prematura? | | |
| A criança tem ] de desenvolvimento? | | |
| A criança está gripada, c/tosse, febre? | | |
| A criança tem outra doença? | | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES DE: | | |
| [ ] diabetes [ ] doença cvasc. [ ] miopatia | | |
| [ ] Febre alta durante a anestesia? | | |
| [ ] Problema durante a anestesia? | | |
| Qual? | | |

| Dados importantes da Anamnese não EF | Cirurgias / Anestesias Prévias / Complicações | Medicamentos (Dietas) |
|---|---|---|
| Cefa SNE | Laparotomia exploradora | — |

EXAME FÍSICO

Peso: 80 Altura: 1,70 PA: 12/8 Hidratado/desidratado

Corado/pálido, eupnéico/dispnéico/taquipn. (anêmico/ictérico/cianótico) / (ictérico/cianótico)

Acesso: MSD

Prótese/prótese (inferior) (superior) —

Dentes: NORMAIS

Abertura da boca: Normal

Pescoço normal/curto

Flexão/extensão do pescoço

Normal/limitado

] Mallampati I / II / III / IV distância esternomentoniana ≤ 12,5 cm > 12,5

Anotar de preferência exames com < 01 ano

Exames Subsidiários DATA: 18/07/17

Hb= 10,9 Ht= 34,8 Glic.= Cr= 0,9 Ur= 31

Na= K= TC= TS= TAUC = 9,10'

Plaq.= 620.000

Coagul. ] Normal [X] Alterado TP= TP= 17,2 TTPA= AP= 69%

RX tórax / / = ; Sinais cardíacos INR = 1,20

ECG / / = ; Sinais Coagulopatia

Avaliação clínica

Paciente sente de jejum após cir. primeiro turno. Termo assinado

ASA: II

RETORNOS: ] NÃO [ ] SIM Motivo: [ ] Exames complementares [ ] Encaminhado p/Clínica. Qual:

(VIDE VERSO)

MÉDICO: Dra Juliana Souza Médica CRM: 9931

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL: DATA: / /

[ ] Liberado para cirurgia
[ ] Reavaliar na internação motivo(s):
[ ] Reavaliar no SO motivo(s):
[ ] NÃO LIBERADO P/CIRURGIA motivo(s):

PROBLEMAS GRAVES

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
MÉDICO: CRM:
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

USP

Scanned by CamScanner

# Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: José Luiz do Nascimento
IDADE: 48 DT. 10/10/82 PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:
CIRURGIA: Pto cruz Ernesto Dermo Epidermo
CIRURGIÃO: Dr. Davi Silveira
ANESTESIA: Raqui
ANESTESISTA: O. mesmo
INSTRUMENTADOR:
DATA: 25/07/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 16:40 FIM: CIRURGIA: INÍCIO: FIM: 18:10
ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS | QTD. | | | MATERIAIS CONT. | QTD. | FIOS | QTD. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ALFENTANILA | | | | JELCO Nº18 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº | |
| BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA | | | | JELCO Nº20 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº | |
| BUPIVACAÍNA PESADA | | | | JELCO Nº22 | | FIO DE AÇO Nº | |
| CETAMINA | | | | JELCO Nº24 | | FIO DE AÇO Nº | |
| DROPERIDOL | | | | KIT SUT. DREN. TORÁXICA Nº | | FIO DE NYLON Nº 4.0 | ☐ |
| ETOMIDATO | | SOLUÇÕES | QTD. | LÂMINA BISTURI Nº11 | | FIO DE NYLON Nº | |
| FENOBARBITAL | | ÁLCOOL ETÍLICO 70% | ☒ | LÂMINA BISTURI Nº15 | | FIO DE NYLON Nº | |
| FENTANILA | | PVPI DEGERMANTE | ☒ | LÂMINA BISTURI Nº23 | | FIO POLIGLACTENA Nº | |
| FLUMAZENIL | | PVPI TINTURA | | LÂMINA BISTURI Nº24 | 1 | FIO POLIGLACTENA Nº | |
| ISOFLURANO | | PVPI TÓPICO | | LÂMINA DE DERMÁTOMO | | FIO POLIGLACTENA Nº | |
| LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO | | SABÃO ANTISÉPTICO | | LÂMINA DE ENXERTO | | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO | | MATERIAIS | QTD. | LUVA DE PROCEDIMENTO PAR | ☐ | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LIDOCAÍNA C/ VASO | | AGULHA 13X4,5 | | LUVA ESTÉRIL Nº6,0 | | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LIDOCAÍNA S/ VASO | 1 | AGULHA 25X07 | | LUVA ESTÉRIL Nº7,5 | | FIO POLIGLECAPRONE Nº | |
| MIDAZOLAN | | AGULHA 25X08 | | LUVA ESTÉRIL Nº8,0 | 1 | FIO SEDA Nº | |
| MORFINA | | AGULHA 40X12 | | LUVA ESTÉRIL Nº8,5 | | FITA CARDÍACA | |
| NIMBRUM | | AGULHA PERIDURAL Nº16 | | MÁSCARA CIRÚRGICA | 1 | MATERIAL ESPECIAL | QTD. |
| PANCURÔNIO | | AGULHA PERIDURAL Nº17 | | MULTIVIAS | | CATÉTER DE PIC | |
| PETIDINA | | AGULHA PERIDURAL Nº18 | | PERFURADOR DE SORO | | CIMENTO CIRÚRGICO | |
| PROPOFOL | | AGULHA RAQUI Nº25G | | SCALP Nº19 | | CLIP TITÂNIO LIGADURA | |
| RAMIFENTANILA | | AGULHA RAQUI Nº26G | | SCALP Nº21 | | FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| ROCURÔNIO | | AGULHA RAQUI Nº27G | | SERINGA 3ML | | FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| SEVOFLURANO | | ALGODÃO HIDRÓFILO | | SERINGA 5ML | | FIO STEINMAN Nº | |
| SUGAMETÔNIO | | ATADURA DE CREPOM | | SERINGA 10ML | 1 | FIO STEINMAN Nº | |
| TIOPENTAL | | ATADURA GESSADA | | SERINGA 20ML | 1 | GRAMPEADOR CIRÚRGICO | |
| MEDICAÇÕES | QTD. | BOLSA P/COLOSTOMIA | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 | | HEMOST. ABSORVÍVEL | |
| ADRENALINA | | CÂNULA P/TRAQUEOSTOMIA Nº | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 | | KIT. DERIVA. VENTRICULAR | |
| ÁGUA DESTILADA | | CATÉTER DE OXIGÊNIO | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 | | PRÓTESE VASCULAR | |
| ATROPINA | | CATÉTER EMBOLEC ARTERIAL Nº | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 | | KIT. PAM | |
| DEXTRA | | CATÉTER EPIDURAL Nº16 | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 | | EDUADOR EXTERNO | |
| CEFAZOLINA | | CATÉTER EPIDURAL Nº17 | | SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 | | EMPRESA | |
| DEXAMETASONA | | CATÉTER EPIDURAL Nº18 | | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 | | | |
| DIPIRONA SÓDICA | | CERA PARA OSSO | | SONDA NASOG. CURTA | | PARAFUSOS CORTICAIS | |
| EFEDRINA | | COLET. URINA FECHADO | | SONDA NASOG. LONGA | | PARAFUSOS CORTICAIS | |
| FUROSEMIDA | | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | 1 | SONDA URETRAL Nº | | PARAFUSOS ESPONJOSO | |
| GLICOSE 50% | | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | | TORNEIRINHA | | PARAFUSOS ESPONJOSO | |
| GLUCONATO DE CÁLCIO | | DRENO DE PENROSE | | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | PARAFUSOS MALEOLAR | |
| HIDROCORTISONA | | DRENO DE SUCÇÃO | | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | PARAFUSOS MALEOLAR | |
| LIDOCAÍNA GELÉIA | | ELETRODOS | | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | PLACA | |
| ONDASENTRONA | | EQUIPO MACROGOTAS | | TUBO SILICONE (LATEX) | | PLACA | |
| PLASIL | | EQUIPO TRANSF. SANGUE | | | | | |
| PROSTIGMINE | | EQUIPO MICROGOTAS | | | | EQUIPAMENTOS | |
| PROTAMINA | | ESPONJA DE PVPI | 1 | FIOS | QTD. | ( ) ASPIRADOR | |
| TENOXICAN | | ESPARADRAPO | | FIO ALGODÃO S/A Nº | | ( ) BISTURI ELÉTRICO | |
| | | GAZES | 1 | FIO ALGODÃO S/A Nº | | ( ) CAPNÓGRAFO | |
| | | GAZES ALGODOADAS | | FIO ALGODÃO C/A Nº | | ( ) CARDIOMONITOR | |
| | | GEL ELETROLÍTICO | | FIO ALGODÃO C/A Nº | | ( ) DESFIBRILADOR | |
| | | JELCO Nº14 | | | | ( ) FOCO AUXILIAR | |
| | | JELCO Nº16 | | | | (X) FOCO CENTRAL | |
| | | | | | | ( ) MICROSCÓPIO | |
| | | | | | | ( ) OXÍMETRO DE PULSO | |
| | | | | | | ( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA | |
| | | | | | | ( ) PERFURADOR ELÉTRICO | |
| | | | | | | ( ) SERRA | |
| | | | | | | CIRCULANTE | |

FINGLASCR 0212

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO LAUDO

Scanned by CamScanner

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:

GOVERNO DA PARAÍBA

Impresso por: JOSE RONALDO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO
Em: 25/07/2017 14:04:12

| Paciente | | Boletim de Atendimento | Data/Hora Entrada | Data/Hora Saída |
|---|---|---|---|---|
| JOSE LUIZ DO NASCIMENTO | | 1010122 | 27/06/2017 20:03:50 | |
| Data de nascimento 30/01/1974 | Idade 43 | Sexo Masculino | CNS 708607097880680 | Prontuário 102775 |
| Tempo de Internação 27d 1h 20min | | Convênio SUS | | Plantão DIURNO |

## FISIOTERAPÊUTICA *(JOSE RONALDO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO - 25/07/2017 14:03:28)*

**ESTADO GERAL**

EVOLUÇÃO: REGULAR

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , ORIENTADO , CONTACTUANTE , COLABORATIVO

**AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO EVOLUÇÃO: CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNÉIA

**AVALIAÇÃO MOTORA**

TÔNUS: NORMAL DIMINUÍDA: mse FORÇA MUSCULAR: DIMINUÍDA

EVOLUÇÃO:

**CONDUTA**

EVOLUÇÃO: T.E.P ATIVA , POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO , ALONGAMENTO DE EXTREMIDADES , EXERCÍCIOS METABÓLICOS , MOBILIZAÇÃO PASSIVA DE M.M.S.S E/OU M.M.I.I , EXERCÍCIOS ATIVO-ASSISTIDOS DE M.M.S.S E/OU M.M.I.I , EXERCÍCIOS ATIVO-LIVRES DE M.M.S.S E/OU M.M.I.I , ORIENTAÇÕES GERAIS

FISIOTERAPIA MOTORA: ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

Seção: POSTO IA - ENF 3 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: JOSE RONALDO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO Número Conselho: 110623

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

FONOAUDIOLOGIA

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE José Luiz

| DATA | HORA | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO |
|---|---|---|
| 16.07.17 | | Pós acidente vascular encefálico, contraturas, afasia, disfagia, SNE. |
| | | Conduta FONO: Avaliação da deglutição induzida, dieta; |
| | | Foi ofertado dieta VO com dieta líquida pastosa, onde foi ofertado 180 ml limpo pela apresentado deglutição eficiente sem sinais de disfagia durante avaliação |
| | | Sugestão FONO - Retirar SNE<br>V.O líquido pastoso |
| | | CREFONO 11288 |

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 NOV 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

USP

Scanned by CamScanner

32

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

INTERNO, S/N -
CNES: 4545454 - Tel.:

GOVERNO DA PARAÍBA

Impresso por: MARIA DAS NEVES HONORATO CARVALHO
Em: 26/07/2017 14:36:01

| Paciente | | Boletim de Atendimento | Data/Hora Entrada | Data/Hora Saída |
|---|---|---|---|---|
| JOSE LUIZ DO NASCIMENTO | | 1010122 | 27/06/2017 20:05:50 | |
| Data de nascimento 30/01/1974 | Idade 43 | Sexo Masculino | CNS 708607097880580 | Prontuário 102775 |
| Tempo de internação 28d 1h 52min | | Convênio SUS | | Plantão DIURNO |

{"erros":["Ocorreu um erro de DAO na classe: br.com.avitus.atendimento.bd:FormularioBeanDAO ao executar a consulta: procurarFormularioBeanComponenteApresentaProntuarioPorUsuarioPorWorkflowTipoEvolucaoPorIdadePorSexo","could not prepare statement","GDS Exception. 335544569. Dynamic SQL Error\nSQL error code = -901\nImplementation limit exceeded\nToo many values (more than 1500) in member list to match against","Dynamic SQL Error\nSQL error code = -901\nImplementation limit exceeded\nToo many values (more than 1500) in member list to match against"], success: false}

## FISIOTERAPÊUTICA *(MARIA DAS NEVES HONORATO CARVALHO - 26/07/2017 14:35:46)*

**ESTADO GERAL**

EVOLUÇÃO: REGULAR

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , ACORDADO , ORIENTADO , CONTACTUANTE , COLABORATIVO , ATIVO

**SINAIS VITAIS**

EVOLUÇÃO: NORMOTERMIA

**AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO
DRIVE: PRESENTE
EVOLUÇÃO: SIMÉTRICA
CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNÉIA
AUSCULTA PULMONAR: MV+S/RA
REFLEXO DA TOSSE: PRESENTE
TOSSE: SECA

**SUPORTE VENTILATÓRIO**

RESPIRANDO EM: AA

**AVALIAÇÃO MOTORA**

TONUS: NORMAL
DIMINUÍDA: DISCRETA EM MIE
DÉFICIT MOTOR: AUSENTE
FORÇA MUSCULAR: PRESERVADA
EVOLUÇÃO: CONTROLE CERVICAL , CONTROLE DE TRONCO DOR: AUSENTE
MARCHA: PRESENTE COM AUXILIO

**CONDUTA**

EVOLUÇÃO: T.E.P / M.R.A , ALONGAMENTO DE EXTREMIDADES , EXERCÍCIOS ATIVO-LIVRE CERVICAIS , EXERCÍCIOS ATIVO-LIVRES DE M.M.S.S E/OU M.M.II , ORIENT GERAIS

OUTROS: PCTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO

OBSERVAÇÕES:

ESTIMULO DA TOSSE+INSPIRAÇAO FRACIONADA+EXERCICIOS ISOMETRICOS MMII+ESTIMULO A DEAMBULAÇÃO

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: MARIA DAS NEVES HONORATO CARVALHO
Número Conselho: 6251

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

16102

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍ

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445385 - Tel.: 8332105700

Impresso por: ROBERTO DINO LATTARULI
Em: 27/07/2017 09:24:44

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Paciente<br>JOSE LUIZ DO NASCIMENTO | | Boletim de Atendimento<br>1010122 | Data/Hora Entrada<br>27/06/2017 20:03:50 | Data/Hora Saída |
| Data de nascimento<br>30/01/1974 | Idade<br>43 | Sexo<br>Masculino | CNS<br>708607097880580 | Prontuário<br>102775 |
| Tempo de internação<br>28d 20h 40min | | Convênio<br>SUS | | Plantão<br>DIURNO |

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE *(ROBERTO DINO LATTARULI - 27/07/2017 09:24:35)*

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

II° PO ENXERTO

paciente evolui estavel clinicamente. sem intercorrencias clinicas.
sono e apetite preservados.
discutir alta hospitalar da ortopedia e encaminha para cirurgia plastica

**Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: 0002 - ORTOPEDIA**
**Profissional responsável pela informação: ROBERTO DINO LATTARULI**

Dr. Roberto Dino Lattaruli
Cirurgião Plástico
CRM-PB 2515 | RQE 1283
Número Conselho: 4506

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:

Impresso por: JOSE RONALDO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO
Em: 27/07/2017 13:59:54

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ...nte<br>...E LUIZ DO NASCIMENTO | | Boletim de Atendimento<br>1010122 | Data/Hora Entrada<br>27/06/2017 20:03:50 | Data/Hora Saída |
| ...ta de Nascimento<br>...01/1974 | Idade<br>43 | Sexo<br>Masculino | CNS<br>708607097860680 | Prontuário<br>102775 |
| ...empo de Internação<br>29d 1h 15min | | Convênio<br>SUS | | Plantão<br>DIURNO |

{"erros":["Ocorreu um erro de DAO na classe: br.com.avitus.atendimento.bd.FormularioBeanDAO ao executar a consulta: procurarFormularioBeanComponenteApresentaProntuarioPorUsuarioPorWorkflowTipoEvolucaoPorIdadePorSexo","could not prepare statement","GDS Exception. 335544569. Dynamic SQL Error\nSQL error code = -901\nImplementation limit exceeded\nToo many values (more than 1500) in member list to match against","Dynamic SQL Error\nSQL error code = -901\nImplementation limit exceeded\nToo many values (more than 1500) in member list to match against"], success: false}

## FISIOTERAPÊUTICA *(JOSE RONALDO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO - 27/07/2017 13:59:22)*

**ESTADO GERAL**

EVOLUÇÃO: REGULAR

**...EL DE CONSCIÊNCIA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE , ALGO DESORIENTADO , CONTACTUANTE , COLABORATIVO

**AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO | EVOLUÇÃO: | CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNÉIA

**AVALIAÇÃO MOTORA**

TÔNUS: NORMAL | DIMINUÍDA: mse | DÉFICIT MOTOR: AUSENTE

FORÇA MUSCULAR: DIMINUÍDA | EVOLUÇÃO:

**CONDUTA**

EVOLUÇÃO: T.E.P ATIVA , POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO , ALONGAMENTO DE EXTREMIDADES , EXERCÍCIOS METABÓLICOS , MOBILIZAÇÃO PASSIVA DE M.M.S.S E/O M.M.I.I , EXERCÍCIOS ATIVO-ASSISTIDOS DE M.M.S.S E/OU M.M.I.I , EXERCÍCIOS ATIVO-LIVRES DE M.M.S.S E/OU M.M.I.I , ORIENTAÇÕES GERAIS

OUTROS: mrp | FISIOTERAPIA MOTORA: ELEVAÇÃO DE CABECEIRA | OUTROS: sedestação

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: JOSE RONALDO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO

Número Conselho: 110623

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍ

INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:

Impresso por: FREDERICO AUGUSTO RIBEIRO CLEMENTE
Em: 28/07/2017 16:49:12

| Paciente | | Boletim de Atendimento | Data/Hora Entrada | Data/Hora Saída |
|---|---|---|---|---|
| JOSE LUIZ DO NASCIMENTO | | 1010122 | 27/06/2017 20:03:50 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | CNS | Prontuário |
| 30/01/1974 | 43 | Masculino | 708607097880580 | 102775 |
| Tempo de Internação | | Convênio | | Plantão |
| 1m 4h 5min | | SUS | | DIURNO |

## FISIOTERAPÊUTICA *(FREDERICO AUGUSTO RIBEIRO CLEMENTE - 28/07/2017 16:49:00)*

**ESTADO GERAL**

EVOLUÇÃO: **REGULAR**

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

EVOLUÇÃO: **CONSCIENTE , ALGO DESORIENTADO , CONTACTUANTE , COLABORATIVO**

**AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

PADRÃO RESPIRATÓRIO: **MISTO** EVOLUÇÃO: **SIMÉTRICA** EXPANSIBILIDADE: **NORMAL**

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: **EUPNÉIA**

**SUPORTE VENTILATÓRIO**

RESPIRANDO EM: **AA**

**AVALIAÇÃO MOTORA**

TÔNUS: **NORMAL** DIMINUÍDA: **mse** DÉFICIT MOTOR: **AUSENTE**

FORÇA MUSCULAR: **DIMINUÍDA** EVOLUÇÃO:

**CONDUTA**

EVOLUÇÃO: **T.E.P / M.R.A , POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO , ALONGAMENTO DE EXTREMIDADES , EXERCÍCIOS METABÓLICOS , MOBILIZ PASSIVA DE M.M.S.S E/OU M.M.I.I , EXERCÍCIOS ATIVO-ASSISTIDOS DE M.M.S.S E/OU M.M.I.I , EXERCÍCIOS ATIVO-LIVRES DE M.M.S.S E/OU I ORIENTAÇÕES GERAIS**

FISIOTERAPIA MOTORA: **ELEVAÇÃO DE CABECEIRA**

**Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: 0002 - ORTOPEDIA**
**Profissional responsável pela Informação: FREDERICO AUGUSTO RIBEIRO CLEMENTE** **Número Conselho: 24855**

Frederico A. Ribeiro Clemente
Fisioterapeuta
CREFITO 24855-F

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

36

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454556 - Tel.:

Impresso por: MANUEL DIONISIO DA COSTA FILHO
Em: 28/07/2017 11:53:08

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Paciente<br>JOSE LUIZ DO NASCIMENTO | | Boletim de Atendimento<br>1010122 | Data/Hora Entrada<br>27/06/2017 20:03:00 | Data/Hora Saída |
| Data de nascimento<br>30/01/1974 | Idade<br>43 | Sexo<br>Masculino | CNS<br>708607097880080 | Prontuário<br>102775 |
| Tempo de internação<br>29d 23h 9min | | Convênio<br>SUS | | Plantão<br>DIURNO |

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE *(MANUEL DIONISIO DA COSTA FILHO - 28/07/2017 11:52:59)*

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE NO 3º DIA PO DE ENXERTO
EVOLUÇÃO SATISFATÓRIA
CURATIVO PROGRAMADO PARA DOMINGO DIA 30/07/17

**Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: 0002 - ORTOPEDIA**
**Profissional responsável pela informação: MANUEL DIONISIO DA COSTA FILHO** **Número Conselho: 5032**

Manuel Dionisio da Costa Filho
CIRURGIÃO PLÁSTICO - CRM 5032-PB
CPF 223.[illegible]-06 [illegible]

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

38

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍ

INTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:

Impresso por: TOMAS CATAO MONTE RASO
Em: 30/07/2017 11:09:42

| Paciente | | Boletim de Atendimento | Data/Hora Entrada | Data/Hora Saída |
|---|---|---|---|---|
| JOSE LUIZ DO NASCIMENTO | | 1010122 | 27/06/2017 20:03:50 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | CNS | Prontuário |
| 30/01/1974 | 43 | Masculino | 708507097880680 | 102775 |
| Tempo de Internação | | Convênio | | Plantão |
| 1m 1d 22h 25min | | SUS | | DIURNO |

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE *(TOMAS CATAO MONTE RASO - 30/07/2017 11:09:30)*

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM HISTORIA DE TCE GRAVE HÁ UM MES, SUBMETIDO A IOT NESTE SERVIÇO. EVOLUI COM MELHORA CLINICA DO QUADRO NEUROLOGICO, POREM COM DESORIENTAÇÃO E CONFUSÃO MENTAL.
AO EXAME:
BEG, VIGIL, CONFUSO E DESORIENTADO
ECG 14, CONFUSO
MOVIMENTOS ATIVOS DOS 4 MEMBROS
PIFR
CD: SOLICITO TC DE CRANIO DE CONTROLE

**Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: 0002 - ORTOPEDIA**
**Profissional responsável pela informação: TOMAS CATAO MONTE RASO** **Número Conselho: 7742**

Tomas Catão Monte Rasó
Neurocirurgia
CRM/PB 7742

CT de crânio sem alterações neurocirúrgicas ao TCE.
CD: alta UCR

Gustavo A. Neves Porto
CRM: 7610/PB
Neurocirurgião

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

Documentos de identificacao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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

P-005

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.862.704 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/05/2010

NOME JOSÉ LUIZ DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO JOSÉ DO NASCIMENTO
SEVERINA MARIA DO NASCIMENTO

NATURALIDADE SÃO SIMAO-GO

DATA DO NASCIMENTO 30/01/1974

DOC NASC.N.4945 FLS.37 LIV.A5
CARTORIO SÃO SIMÃO GO

CPF 941.244.269-68

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

5

Documentos de Identificacao

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ÁLVARO MENDES PIRES NETO

INSCRIÇÃO 22467

FILIAÇÃO
NORIVAN DA SILVA LINHARES
MARIA JOSÉ ESTRELA PIRES LINHARES

NATURALIDADE
SOUSA-PB

DATA DE NASCIMENTO
29/10/1982

RG
5.548.207 - SSP/PB

CPF
086.566.184-07

ORGÃO DE EMISSÃO E FECHO
SJN

DOU
01

EXPEDIDO EM
16/04/2015

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13262626

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

OAB

ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB Nº 013221823770
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA | COD. RENAVAM | ART | 2017000002762-16-8 | CODIGO
1 | 0104227551-0 | 00/00000000 | 2017

NOME: SEBASTIAO PEREIRA FILHO

CPF / CNPJ: 11054190453 | PLACA: OFX2263/PB

PLACA ANT / UF: NOVO PB | CHASSI: 9C2KC1680FR571513

ESPÉCIE/TIPO: PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC | COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI | ANO FAB.: 2015 | ANO MOD.: 2015

CAP / POT / CIL: 2 P/149 /CI | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA — COTA ÚNICA: | VENC. COTA ÚNICA: 00/00/0000 | VENC / COTAS: 1ª 2ª 3ª
FAIXA IPVA: ******* | PARCELAMENTO / COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ******* | IOF (R$): | PRÊMIO TOTAL (R$): SEGURO | DATA DE PAGAMENTO: P A G O 18/07/2017

OBSERVAÇÕES: A.F BANCO HONDA S.A

0

JOAO PESSOA PB | DATA: 25/07/2017

4068 | 35734

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221823770 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

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

EXERCÍCIO: 2017 | DATA EMISSÃO: 25/07/201

VIA | CPF / CNPJ: 11054190453 | PLACA: OFX2263/PB

RENAVAM: 0104227551 | MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.: 2015 | CALCULO: 9 | Nº CHASSI: 9C2KC1680FR571513

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAIS (R$): ****** | DETATRAN (R$): ****** | CUSTO DO SEGURO (R$): ******

CUSTO DO BILHETE (R$): ****** | IOF (R$): SEGURO | TOTAL A SER PAGO: P A G O

PAGAMENTO: S COTA ÚNICA | PARCELADO | DATA DO PAGAMENTO: 18/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

35734-1140081-20170725

DUT

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170643210
**Cidade:** João Pessoa
**Natureza:** Invalidez Permanente
**Vítima:** JOSE LUIZ DO NASCIMENTO
**Data do acidente:** 27/06/2017
**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta de ossos de antebraço esquerdo , TCE, trauma abdominal .

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame : paciente acompanhado , agressivo , sem atenção às perguntas , com grande retração e cicatriz em antebraço esquerdo com limitação de 75% de pronossupinação , cicatriz do apêndice xifoide ate sinfise púbica , sem alteração de trânsito intestinal .
Faz uso de medicação continua para convulsão e alteração comportamental.
Alteração da voz , distorcida .
Relata convulsão .

**Resultados terapêuticos:** Traqueostomia em 04/06/2017 e alta em 26/07/2017.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico em grau leve. Limitação funcional grave do cotovelo esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 21/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau leve da função neurológica devido ao distúrbio de fala e de comportamento.
Indenização em grau intenso do cotovelo devido à limitação da pronossupinacao.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Umberto Jansen de Morais Lima

**CRM do médico:** 5769

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica | 100 % | Em grau leve - 25 % | 25% | R$ 3.375,00 |
| Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R$ 2.531,25 |
| | | **Total** | **43,75 %** | **R$ 5.906,25** |

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

## Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

### Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

**Nome do(a) Examinado(a):** ***JOSE LUIZ DO NASCIMENTO*** **Sinistro:** ***3170643210*** **Data:** ***27/06/2017***

**Endereço do(a) Examinado(a):** ***RUA ALCIDES BEZERRA, 844 - CRUZ DAS ARMAS - João Pessoa - PB - CEP 58085-030***

**Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:** [ ***Ssp /PB*** ] ***3862704***

**Data local do exame:** [ ***21/12/2017*** ] ***João Pessoa*** [ ***PB*** ]

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
***Fratura exposta de ossos de antebraço +tce+trauma abdominal . Acidente em 26/07/2017 Ao exame :paciente acompanhado , agressivo , sem atenção às perguntas , com grande retração e cicatriz em antebraço esquerdo com limitação de 75% de prono supinação +cicatriz do apêndice xifoide ate sinfise púbica , sem alteração de trânsito intestinal . Faz uso de medicação continua para convulsão e alteração compartimental. Alteração da voz , distorcida . Relata convulsão .***

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ ***X*** ] Sim [ ] Não

**Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário**

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ ***X*** ] Sim [ ] Não

**Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))**

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
***Traqueostomia em 04/06/2017 e alta em 26/07/2017***

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ ***X*** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

***Alteração motora , neurológica***

**Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"**

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31o da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
*Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias*

( ) "Exame não permite conclusão"
*Vide motivo do impedimento no campo das observações*

( ) "Sem sequela permanente" *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
***Antebraço esquerdo***

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ***X*** ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
***Neurológico***

% do dano: ( ) 10% residual ( ***X*** ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB

Seguradora Líder • DPVAT

# SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

## IDENTIFICAÇÃO

30/01/1974

VÍTIMA: JOSÉ LUIZ DO NASCIMENTO

DATA DO ACIDENTE: 27/06/2017 CPF DA VÍTIMA: 941.244.269-68

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO:

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É:

ENDEREÇO DO PORTADOR: Rua Alcides Bezerra

Nº: 844 COMPLEMENTO: BAIRRO: Cruz das Armas

CIDADE: João Pessoa UF: PB CEP: 58085-030

E-MAIL: TELEFONE: ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

Dec. do Proprietário

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL, (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) DUT

(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)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO ~~DO IML~~ (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) SAMU

(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

( ) 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

Procuração / SUSEP

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) 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)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) 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

COMPREV — COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A — 30 NOV 2017 — PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

( ) 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 DATA, CIDADE, ESPECIFICAÇÃO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES ENTREGUES

( ) 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

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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

Outros

| PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE | RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA |
|---|---|
| DATA: 03/11/2017 | DATA: |
| IDENTIDADE: 3.862.704 | NOME: |
| ASSINATURA: José Luiz do Nascimento | ASSINATURA: |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0462053/17
Vítima: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO
CPF: 941.244.269-68

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/06/2017
Titular do CPF: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO

**DOCUMENTOS ENTREGUES**

**Sinistro**
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

**ALVARO MENDES PIRES NETO : 086.686.184-07**
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de Identificação
Procuração
**JOSE LUIZ DO NASCIMENTO : 941.244.269-68**
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

**ATENÇÃO:**

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 30/11/2017
Nome: ALVARO MENDES PIRES NETO
CPF/CNPJ: 086.686.184-07

ALVARO MENDES PIRES NETO

**Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 30/11/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.964-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170643210
**Cidade:** João Pessoa
**Natureza:** Invalidez Permanente
**Vítima:** JOSE LUIZ DO NASCIMENTO
**Data do acidente:** 27/06/2017
**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 13/12/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE, FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, TRAUMA EM ABDOME

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | **Total** | **0 %** | **R$ 0,00** |

## PRESTADOR

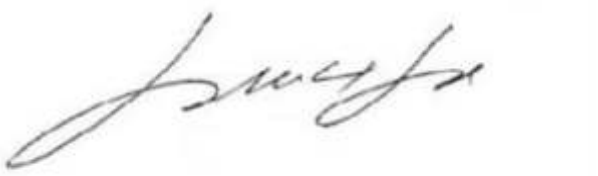
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170643210
**Cidade:** João Pessoa
**Natureza:** Invalidez Permanente
**Vítima:** JOSE LUIZ DO NASCIMENTO
**Data do acidente:** 27/06/2017
**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta de ossos de antebraço esquerdo , TCE, trauma abdominal .

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame : paciente acompanhado , agressivo , sem atenção às perguntas , com grande retração e cicatriz em antebraço esquerdo com limitação de 75% de pronossupinação , cicatriz do apêndice xifoide ate sinfise púbica , sem alteração de trânsito intestinal .
Faz uso de medicação continua para convulsão e alteração comportamental.
Alteração da voz , distorcida .
Relata convulsão .

**Resultados terapêuticos:** Traqueostomia em 04/06/2017 e alta em 26/07/2017.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico em grau leve. Limitação funcional grave do cotovelo esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 21/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau leve da função neurológica devido ao distúrbio de fala e de comportamento.
Indenização em grau intenso do cotovelo devido à limitação da pronossupinacao.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Umberto Jansen de Morais Lima

**CRM do médico:** 5769

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica | 100 % | Em grau leve - 25 % | 25% | R$ 3.375,00 |
| Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R$ 2.531,25 |
| | | **Total** | **43,75 %** | **R$ 5.906,25** |

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

Procuracao

# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSÉ LUIZ DO NASCIMENTO
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSAO: VENDEDOR Nº DO RG: 3.862.704
ORGÃO EMISSOR: SSP/GO DATA DE EMISSÃO: ___/___/___
Nº CPF: 941 244 269-68 ENDEREÇO: Rua Alcides Bezerra, nº 844, Cruz das Armas, João Pessoa, Paraíba

**OUTORGADO:** Alvaro Mendes Pires Neto
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSAO: Advogado Nº DO RG: 22.467
ORGÃO EMISSOR: OAB/PB DATA DE EMISSÃO: ___/___/___
Nº CPF: 086.686.184-07 ENDEREÇO: Rua João Luiz Ribeiro de Menezes

**PODERES:**
Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário JOSÉ LUIZ DO NASCIMENTO, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa/PB 10 de outubro 20

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

José Luiz do Nascimento
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

MONTEIRO DA FRANÇA
Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s)
JOSE LUIZ DO NASCIMENTO
Em test.da verdade. Joao Pessoa-PB 24/10/2017 08:57:40
Luciano Augusto de Farias Valcacio - Escrevente
(2017-056226) EMOL:R$ 19,23 TFJ:R$ 10,27 FEPJ:R$ 1,85 TFD:R$ 0,46
SELO DIGITAL: AFA32281-GMX
Confira a autenticidade em http://selodigital.tjpb.jus.br

46