

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **VALDINEA DE SOUZA SILVA**
Nº Sinistro: **3180328591**
Vitima: **VALDINEA DE SOUZA SILVA**
Data do Acidente: **25/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180328591**.

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.br** 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

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **VALDINEA DE SOUZA SILVA**

Sinistro: **3180328591**

Vítima: **VALDINEA DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **25/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180328591** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br 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

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

Sinistro: **3180328591**

Nome do(a) Examinado(a): **VALDINEA DE SOUZA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **R PROF DILMA PEREIRA DE PAIVA nº 11 - CENTRO - PILAR/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3734399 - SSP**

Data e local do acidente: **25/12/2017 JOAO PESSOA/PB**

Data e local do exame: **29/08/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL EM PRIMEIRO TEMPO E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS, ENXERTO ÓSSEO E FISIOTERAPIA EM SEGUNDO TEMPO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERCRÔMICA DE 22 CM NA FACE EXTERNA DA COXA ESQUERDA E OUTRA DE 04 CM NO TERÇO PROXIMAL DA COXA ESQUERDA, OUTRA NA REGIÃO ANTERIOR DA CRISTA ILÍACA ESQUERDA EM LOCAL DE RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DESVIO CONSIDERÁVEL DO EIXO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PARA FORA, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERCRÔMICA DE 22 CM NA FACE EXTERNA DA COXA ESQUERDA E OUTRA DE 04 CM NO TERÇO PROXIMAL DA COXA ESQUERDA, OUTRA NA REGIÃO ANTERIOR DA CRISTA ILÍACA ESQUERDA EM LOCAL DE RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DISCRETO VISÍVEL NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DESVIO CONSIDERÁVEL DO EIXO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PARA FORA, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR, HIPOTROFIA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR: MANTIVE ENQUADRAMENTO E ADEQUEI A VALORAÇÃO, BASEADO NO EXAME MÉDICO DESCrito PELO EXAMINADOR -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (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

103.136.924-83

Nome completo da vítima

Valdineia de Souza Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Valdineia de Souza Silva	CPF titular da conta 103	Profissão DOMÉSTICA
Endereço R. Prof. DILMA RENATA DE PAIVA	Número 33	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade PILAN	Estado PB
Email CONSULTAUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM	CEP 52338-000	
		Telefone (DDD) 83 98867-9294

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADEBOD (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0933 D/V 32 862 C/TA NRO. 6
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ C/TA NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a 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.

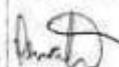
João Pessoa, 17 de Julho

de 2018

Local e Data

COMPREV - PREVISÃO S/IN

2018 17 JUL 2018



 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Valdineia de Souza Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INR: sorteios de segunda-feira a sábado, Após

184-873548860-7

03/JUL/2018 HORA DF 18:02:53

LOT. 13.011287-9 TERM. 010000

LOCALIZAÇÃO: PILAR
AG. VIBRALAM 0733 CONTROLE: 184100000

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPO CAIXA FÁCIL

NOME: VALDINEIA DE SOUZA SILVA
AGÊNCIA: 0733
OPERAÇÃO: 013
CONTA-CV: 0000.000.000.802-6
DATA DA ABERTURA: 03/07/2018

LOTERIAS CAIXA

184-873548860-7

10 VIA





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0918 - 2017		Responsável pelo Levantamento do Acidente: IGRINALDO BRANDÃO GONZAGA FILHO			Posto/Graduação: SD/PM		
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua: Rejane Ferreira Correia			Hora 12:20	Bairro J.Cid.Universitária	Município: João Pessoa	UF PB	
Data/Ocorrência 25/12/2017	Dia da Semana Segunda-feira	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Abalroamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca	Tempo Bom	
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 Veículos			Controle do trânsito no local Cruzamento Sinalizado com Placa de Pare				
CONDUTOR 01							
Nome Adauto Simplicio de Sousa Neto		Sexo Masculino	Nascimento 11/04/1993		RG 3695315		
Endereço Rua Euvira Cavalcante da Silva,21, Apt.204, J. Cidade Universitária, João Pessoa-PB – Tel.(083)98775-7973							
1ª Habilitação 03/10/2011	Categoria AB	Registro CNH N.º 05317759313	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 03/08/2021	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim 0,00/mlg			Destino do Condutor Permaneceu no Local				
VEÍCULO 01							
Marca/Modelo VW/Fox	Espécie Automóvel	Placa OGB 1445	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB		
Nome do Proprietário Aryuska Alves do Nascimento							
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013152805461	Renavan Nº 0053908466-2	Data da Emissão 03/05/2017				
Defeitos Nada constatado							
VERSÃO DO CONDUTOR 01							

Condutor declarou que: Trafegava na via A na faixa da direita sentido Igreja Santo Antônio – Bancários, quando ao passar pelo cruzamento de repente se deparou com o V2 atravessando em sua frente em alta velocidade.

CONDUTOR 02						
Nome Valdir Souza da Silva		Sexo: Masculino	Nascimento 26/06/1987		RG 3424865	
Endereço Rua: Das Seringueiras,18, Bancários, João Pessoa - PB – Tel.(083)99817-0611						
1ª Habilitação 02/01/2013	Categoria AB	Registro CNH N.º 05680394126	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 06/02/2022	Usava cinto
Exame de Embriaguez Alcoólica Não			Destino do Condutor Hospital de Trauma			
VEÍCULO 02						
Marca/Modelo Honda/Tornado	Espécie Motocicleta	Placa MOB 3618	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB	
Nome do Proprietário Valdir Souza da Silva						
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013222174368	17 JUL 2018	Renavan Nº 0089562499-0	Data da Emissão 17/08/2017		
Defeitos Nada constatado						
PROTOCOLO						
AG. VERSÃO DO CONDUTOR 02						

Foi ouvido na sala do setor de BOAT do BPTran no dia 02/01/2018, declarou que : trafegava na via B na faixa da direita no sentido Mangabeira – Jardim Cidade Universitária quando aproximou-se do cruzamento com a via A reduziu a velocidade, olhou e continuou, de repente foi surpreendido pelo V1 que atingiu o V2.

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0918-2017

VÍTIMA 01

Nome Valdir Souza da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 26/06/1987
Endereço Rua: Das Seringueiras,18, Bancários, João Pessoa - PB	Viajava no Veículo N° V2	Usava Cinto
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	
	VÍTIMA 02	
Nome Waldineia de Souza Silva	Sexo Feminino	Nascimento 23/07/1992
Endereço Rua 15 de Janeiro,s/n, Trincheiras, João Pessoa - PB	Viajava no Veículo N° V2	Usava Cinto
Condição da Vítima Passageiro	Conduzida Para Hospital de Trauma	

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o impacto se deu nos cruzamentos da vias A e B devidamente sinalizada com a placa de PARE na via B, tendo como vítima o C2 e a passageira e o motocicleta recolhida ao BPTran a para complemento de BOAT.
Ficha em anexo.

João Pessoa – PB, 04 de Janeiro de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 20/02/2018


Assinatura


Igmaraldo Brandão Gonzaga Filho SD PM
Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0918 / 2017

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 20/02/2013


Assinatura


Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho SD PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0918 / 2017

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 20/02/2018

Assinatura

17 100 233

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho SD PM
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0918 - 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo:
VW/Fox

Placa:
OGB 1445

Responsável pelo Preenchimento:
SD Brandão

Data:
25/12/2017

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
							Total Geral (Sim + NA)	00	

Observações:DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 → DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
Honda/Tornado

Placa:
MOB 3618

Responsável pelo Preenchimento:
SD Brandão

Data:
25/12/2017

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro			x
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			02	

Observações:DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 04 de Janeiro de 2018.

Igualaldo Brandão Gonzaga Filho
Responsável pelo Levantamento



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 20/01/2018
Assinatura

EM BRANCO



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0918 / 2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" Rua Rejane Freira Correia - 07,00 metros

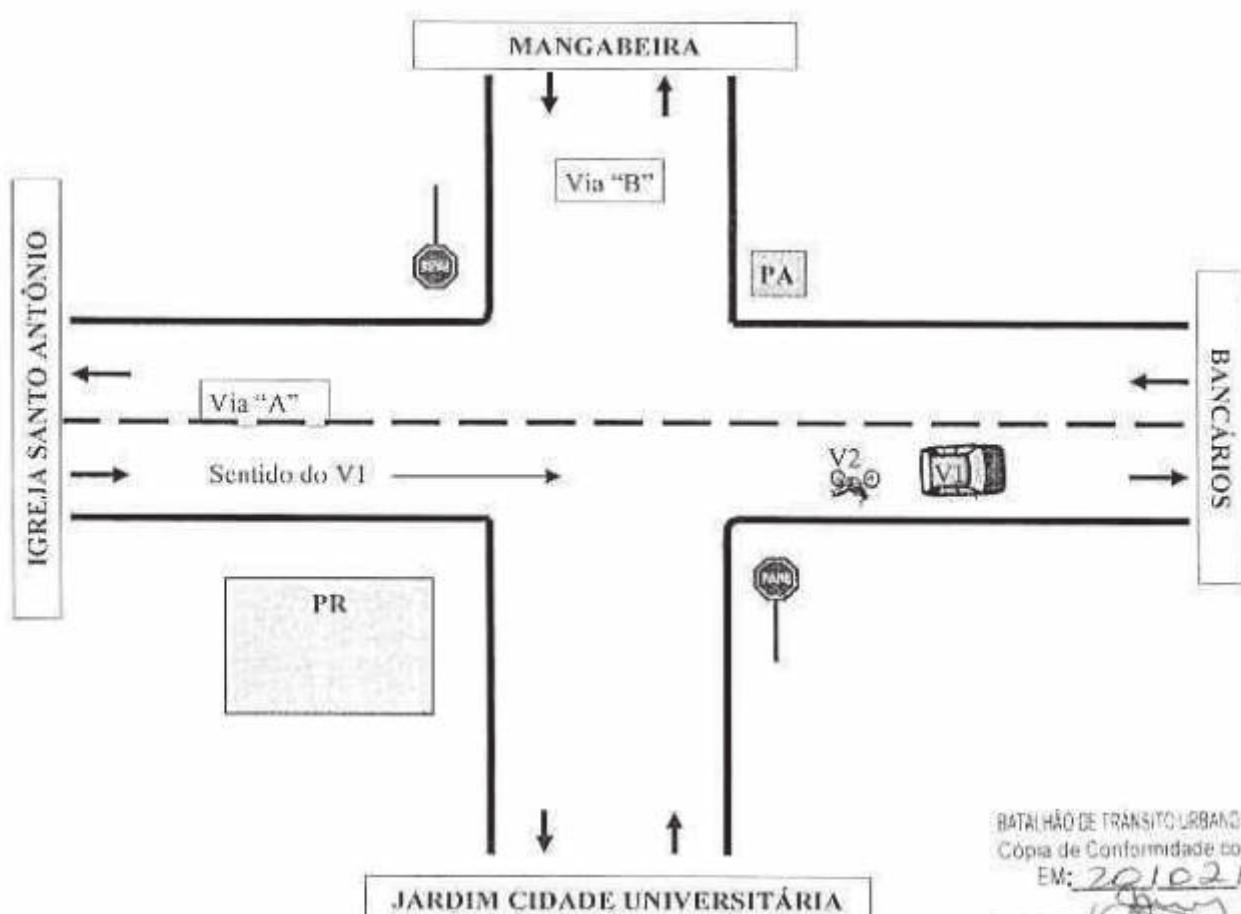
VIA "B" Rua Jornalista Genésio Gambarra Filho - 07,00 metros

PR (Ponto de Referência) Berçário Acalanto Baby Care, 263

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa/ Guia do meio fio

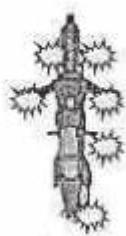
V1 (Veículo 01) Eixos Diancero Esquerdo 13.20 e Traseiro Esquerdo 11.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Diancero Esquerdo 09.30 e Traseiro Esquerdo 08.40 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBSESSIVE/186/2018

AVARIAS



EM BRANCO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

VALDINÉIA DE SOUZA SILVA

CPF da Vítima

103.136.984-81

Data do Acidente

23/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

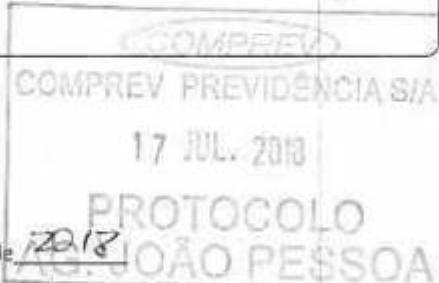
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Valdínéia de Souza Silva

Local e Data:

de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 16/01/18

N/I

Marcelo de Santana
Comandante do BAPH
MARCELO DE SANTANA

1º TEN. - Mat.: 526.630-6

AR-46 - CPF: 749.775.397-53

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 16 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 013/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 25/12/2017, conforme requerimento nº 013/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 12h10min o/a Sr.(a) **VALDINEA DE SOUZA SILVA**, ID Nº 3.734.399 – SSP/PB, vítima de acidente de trânsito (colisão (carro x moto)), ocorrido na Rua Rejane Freire Correia, Jardim Cidade Universitária, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SARGENTO BM ROGERIO GOMES BATISTA**, Matricula 520.037-7. A vítima era garupa na motocicleta e suava capacete, consciente e orientada, com fratura exposta de fêmur e escoriações nos membros superiores e inferiores. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

J. HARMESON DIEGO A. DE SOUSA
1º TEN - MAT. 523.518-9
Chefe da 3ª Seção

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 JUL. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: 05/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDINEA DE SOUZA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000038862-6

Nr. da Autenticação 0236ED68AC7EE5A3



TIM S.A.
Av. Princ. Epitácio Pessoa, 1100 - 10º
Térreo - Centro - João Pessoa - PB
CNPJ 04.706.250/0008-99 - IE: 16.133.685-0
Código Postal: 58001-000

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

CPF/CNPJ: 02532540440

CLIENTE: 165481214

ACESSO: 83 4141-2316

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/05/2018

EMISSÃO: 19/04/2018

POSTAGEM: 27/04/2018

NÚMERO: 3378118988

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

A TIM S.A. faz parte dos empresas controladas pelo TIM no Brasil

IMPORTANTE PARA CASSIO

A Intelbras Telecomunicações LTDA, comunica a alteração de seu Rua Social para "TIM S.A.", não acarretando qualquer alteração no provimento dos serviços diretamente contratados.

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/MAR A 18/ABR

	Serviço TIM S.A.	VALOR
	TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS	R\$ 49,90
	Total de Planos Contratados	Incluído 49,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

PLANOS CONTRATADOS

Contratado pelo cliente	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141PÓS/STFC)	Ilimitado		1	31	19/03 a 18/04	49,90
TIM Ponto CONTELDO GOLD			1	31	19/03 a 18/04	Incluído
					Total de Planos Contratados	49,90

ENDEREÇO FISCAL

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CPF/CNPJ: 02532540440
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

ITEM 1 TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS QUANT 1

ICMS PIS/COFINS Serviço de Telecom Aliquota 3% Aliquota 3%

Reservado ao Fisco: 5EB235233DF17389.E750.E0FA.B101.00

IMPORTE TIM S.A.	ALIQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR
100%	30%	R\$ 30,00	R\$ 9,00
PIS/COFINS - Serviço Telefônico	3,00%		
PIS/COFINS - Serviço Nôo Telefônico	9,00%		

Em pagamento é feita 12,24% do ICMS.
As contribuições do PIS/COFINS e FUNTTEL (10,00%) são descontados de forma

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada online, com todo
conforto e segurança. Consulte gráficos de consumo
e muito mais! Sempre que desejar acesse [meu.tim.com.br](#)
Central de Atendimento: 10341



Para sua comodidade, consulte sua conta em qualquer momento, em seu banco, celular ou número de identificação (cartão de crédito). Para mais informações, ligue para o centro de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
50000002165481214012	ABR/2018	19/04/2018	10/05/2018	R\$ 49,90

DATA BASE

201804000000 - 5

ASSOCIAÇÃO - 1

55517811898 - 7

8011857520 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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 221206 (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 SUSEP¹ 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 Manuá Cinthia Grilo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.690.444 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Valdineia de Souza Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.136.984 / 83, do sinistro de DPVAT cobertura INVADEZ da Vítima Valdineia de Souza Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.136.984 / 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

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.

Endereço <u>Av. Capitão José Pessoa</u>	Número: <u>602</u>	Complemento
Bairro <u>AGUAZINHO</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58055-345</u>
Email <u>CONSULT.JUS.AVOGADOS@GMAIL.COM</u>	Telefone comercial (DDD) <u>23 4343-2336</u>	Telefone celular (DDD) <u>23 92663-0588</u>

João Pessoa, 17 de Julho de 2017
Local e Data

Manuá Cinthia Grilo da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir Sampaio da Silveira,
RG nº 3.424.865, data de expedição 1/1/1,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 02312309403, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua das Seringueiras, nº 18,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Valdineia de Sampaio da Silveira cujo o condutor era
Valdir Sampaio da Silveira.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA XR 250 TORNADO
Ano: 2006/2007
Placa: MOB3612/PB
Chassi: 9C2ND34007R000462
Data do Acidente: 25/12/2017
Local e Data: João Pessoa, 06/06/2018

Valdir Sampaio da Silveira
Assinatura do Declarante

Valdir Sampaio da Silveira
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO OFÍCIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de Valdir Sampaio da Silveira
por autenticidade. Dou fé. Em test' 1a - 06/06/18
Pilar 06/06/2018
Elaine Cristina L. da Silva

TAREFA:

SELO DIGITAL AGX46580 - 6WVK
consulte em: <http://www.ipbjus.br>





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VALDINEIA DE SOUZA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	23/07/92
NOME DA MÃE	MARIA LUCIANA DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	106.204	COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.050.860	17/12/2016
DATA DO ATENDIMENTO	25/12/17	PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA
HORA DO ATENDIMENTO	12:35	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR ESQUERDO	
CID 10	S72.3	

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, trazida pelo Corpo de Bombeiros, consciente e orientada, sem TCE, apresentando fratura exposta de fêmur esquerdo. Internação. Realizado tração transesquelética na tibia esquerda. Posteriormente submetida a tratamento cirúrgico da fratura. Evoluiu bem.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa esquerda

RX de bacia

RX de perna esquerda

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de fêmur esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 30/12/17

DATA DA EMISSÃO: 12/04/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



■ Cravinhos Brasileiros



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 88 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

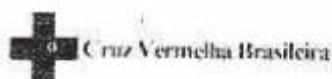
Boletim de Atendimento: 1050860



[Imprimir](#)

25/12/17
Return Janato + Face mask
Diet
Sic
Musico Job
px

26 25/12/17
Tint
Janato
Diet
Sic
Musico Job



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente WALDINEIA DE SOUZA SILVA		BAE 1050860	Data/Hora Entrada 25/12/2017 12:35:49	Data Baixa
Data de nascimento 23/07/1992		Idade 25	Sexo Feminino	CNS
Mãe NAO INFORMADO				Telefone de Contato (83) 988461532
Endereço 15 DE JANEIRO, SN		Bairro TRINCHEIRAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO	Nº Cons. Regional 6371/PB	
Data/Hora Classificação 25/12/2017 12:35:49		Data/Hora Prescrição 25/12/2017 15:50:29		
Convênio S	Nº Matrícula		Senha	

Anamnese

... vítima de acidente motociclistico, apresenta trama com exposição ósseas em terço médio da coxa, pulsos de mi esq presente, sem alt. neurol.

RADIOGRAFIA APRESENTA FRATURA DE FEMUR.

CD: SAT/ATB/CURATIVO
AO CENTRO CIRURGICO PARA TTº CIRURGICO DE EMERGENCIA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MGTSM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 150ML SF 0,9%)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 8,0)

DANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE VOMITOS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 12,0)

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 24H, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA EM JEJUM)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 0,4 ML VIA S.C., 24H

CUIDADOS

CURATIVO

SSVV + CCGG

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

CABECEIRA ELEVADA A 45º

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SANGUE

CREATININA

SODIO - SORO (corrigido por: FATIMA ELZELIA RODRIGUES MARCAL em 25/12/2017 12:36:38)

POTASSIO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

17/12/2016

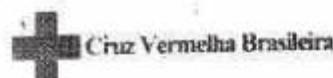
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME	
CID10	
Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur
Conduta	
Internar Paciente	

WALDINEIA DE SOUZA SILVA

FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO
(: 6371/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

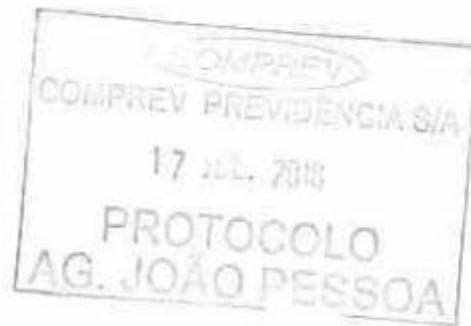
Tel: 32165700

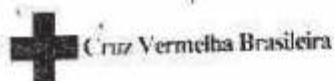
CNES: 454554

Paciente WALDINEIA DE SOUZA SILVA		BAE 1050860	Data/Hora Entrada 25/12/2017 12:35:49	Data Baixa
Data de nascimento 23/07/1992	Idade 25	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988461532
Mão NAO INFORMADO		Prontuário		
Endereço 15 DE JANEIRO, SN		Bairro TRINCHEIRAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE		
Data/Hora Classificação 25/12/2017 12:35:49		Data/Hora Prescrição 25/12/2017 13:50:58		
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha
<p>Sintomas Fratura de femur esquerdo. Nao há sinais de lesao vascular. Pulsos presentes. Ausencia de sinais de sindrome compartmental. Alta da vascular.</p> <p>Conduta Em observação</p>				

WALDINEIA DE SOUZA SILVA

FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE
(: 4899/PB)





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 WALDINEIA DE SOUZA SILVA		BAE 1050860	Data/Hora Entrada 25/12/2017 12:35:49	Data Baixa
Data de nascimento 23/07/1992		Idade 25	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988461532
Mãe NAO INFORMADO				Prontuário
Endereço 15 DE JANEIRO, SN		Bairro TRINCHEIRAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB
Data/Hora Classificação 25/12/2017 12:35:49			Data/Hora Prescrição 25/12/2017 12:43:19	
Convenio S	Nº Matrícula			Senha

Anamnese

VIDENTE MOTOCICLETA, TRAZIDA POR BOMBEIROS. CONSCIENTE E ORIENTADA. SEM TCE

FRATURA EXPOSTA DE FEMUR A ESQUERDA

ABDOMEN E TORAX NDN

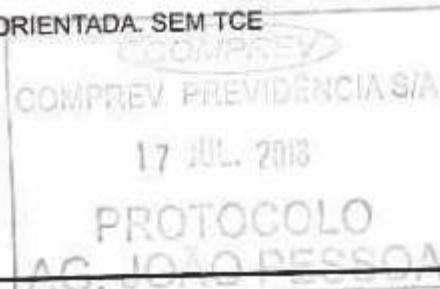
DEMAIS EXTREMIDADES NDN

CD: ALTA CIRURGIA GERAL

AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

AVALIAÇÃO CIRURGIA VASCULAR

ANALGESIA E SUPORTE VOLEMICO



MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

LETANOGAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSIM)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 2 DIA(S)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Eduardo Motta Braga
Cir. Geral / Ortopedia
CRM-PB 7253 / CRM-PE 2040

EDUARDO MOTTA BRAGA
(7253/PB)

WALDINEIA DE SOUZA SILVA

NOME DO PACIENTE: WALDINEIA DE SOUZA SILVA		ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA	SETOR: HTOP	ENFERMARIA: 03
PESO:	ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:			
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração				
MEDICAMENTO				
1	DIETALIVRE	APRAZAM		
	CAPTOPRIL 25MG SE PAS >160 OU PAD>100			
2	DPIRONA EV+AD 6/6H			
3	TRAMAL 100MG + SF 100ML EV 8/8H SE DOR			
4	CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6H			
5	NAUSEDRON 01 AMPOLA + AD EV 8/8 S/N			
6	CCGG + SSVV			
7	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			
8	TILATIL 20MG + AD EV 12/12H			
9	CURATIVO DIÁRIO			
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
IPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		FRATURA DO FÉMUR ESQUERDO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		PACIENTE EVOU BEM, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. 1º DPO FX FEMUR		
CONDUTA DIÁRIA		VPM		
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM			Servidor da Farmácia	

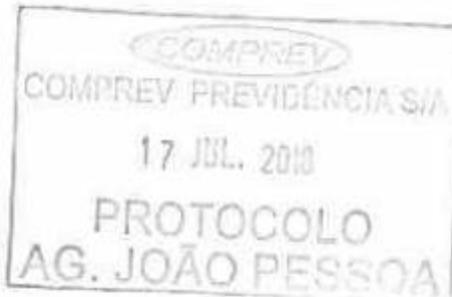
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HETSHL,
Av. Orestes Lisboa, s/n – Conj. Pedro Gondim – CEP: 58031-090 – João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

HOSPITAL ESTADUAL DE MÉDICO DE EMERGÊNCIA E TRAUMA S. J. V. V. OR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome WALDINEIA DE SOUZA SILVA		Data de Nascimento 23/07/1992	Idade 25	Sexo FEMININO
Motivo do Aleitamento		Enfermaria / Leito HTOP - ENF 03 / 0002		
Convenio SUS		Matrícula		
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso
1	DIETA LIVRE	0.0		ORAL
2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML	E.V.
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	E.V.
4	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	Observação: DILUIR EM 150ML SF 0,9%
5	TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	SE DOR INTENSA
6	ONDANSETRONA	4,0	ML	SE VOMITOS
7	OMEPRAZOL	40,0	MG	Observação: PELA MANHA EM JEJUM
8	CEFALOTINA 1G	1000,0	MG	E.V.
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	0,4	ML	S.C.
10	CURATIVO	0,0		
11	SSVV + CCGG	0,0		
12	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0		
13	CABECEIRA ELEVADA A 45°	0,0		

VICTOR LINHARES LUGUINHO
CRM: 10894



NOME DO PACIENTE: WALDINEIA DE SOUZA SILVA

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

SETOR: HTOP

ENFERMARIA: 03

PESO: ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:

Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão

MEDICAMENTO

		APRAZAM.
1	DIETA V.O. LIVRE	A++
2	CAPTOPRIL 25MG SE PAS >160 OU PAD>100	X
3	DPIRONA EV+AD 6/6H	X
4	TRAMAL 100MG + SF 100ML EV 8/8H SE DOR	X
5	CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6H	X
6	NAUSEDRON 01 AMPOLA + AD EV 8/8 S/N	X
7	CCGG + SSVV	X
8	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	X
9	TILATIL 20MG + AD EV 12/12H	X
10	CURATIVO DIÁRIO	X
11	Hematoperfusão IV V <i>M. 2000 S. Ribeiro Com. M. PB 10%</i>	X
12		X
13		X
14		X
15		X
16		X
17		X

IPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)

FRATURA DO FÉMUR ESQUERDO

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE EVOLUI BEM, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SOLICITO EXAMES PRÉ-OP (27/12/2017)

CONDUTA DIÁRIA

Assinatura do Médico com Carimbo e CRM

Servidor da Farmácia

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL
Av. Orestes Lisboa, s/n – Conj. Pedro Gondim – CEP: 58031-090 – João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

17 JUL. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

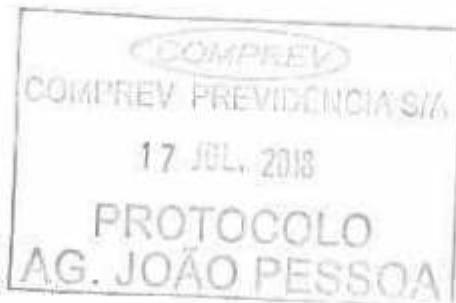


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome WALDINEIA DE SOUZA SILVA		Data de Nascimento 23/07/1992	Idade 25	Sexo FEMININO	Nº 10
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito BLOCO - URPA ENF 41 / LEITO URPA - 9005			Validade 26/12/
Convenio SUS		Matrícula			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.
1 DIETA LIVRE	0.0			ORAL	
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.	
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
4 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	Observação:DILUIR EM 150ML SF 0,9%	E.V.	
5 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	SE DOR INTENSA	E.V.	
6 ONDANSETRONA	4,0	ML	SE VOMITOS	E.V.	
7 OMEPRAZOL	40,0	MG	Observação:PELA MANHA EM JEJUM	E.V.	
8 CEFALOTINA 1G	1000,0	MG		E.V.	
9 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	0,4	ML		S.C.	
10 CURATIVO	0,0				
11 SSVV + CCGG	0,0				
12 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0				
13 CABECEIRA ELEVADA A 45°	0,0				

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE
CRM: 6229





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	WALDINEIA DE SOUZA SILVA			Data de Nascimento	23/07/1992	Idade	25	Sexo	FEMININO	Nº	10
Motivo do Atendimento				Enfermaria / Leito						Validade	
Convenio	SUS									Matrícula	25/12
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso			Via de		Veloc. Inf.		
1	DIETA LIVRE	0,0					ORAL				
2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML				E.V				
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML				E.V.				
4	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	Observação:DILUIR EM 150ML SF 0,9%			E.V.				
5	TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	SE DOR INTENSA			E.V.				
6	ONDANSETRONA	4,0	ML	SE VOMITOS			E.V.				
7	OMEPRAZOL	40,0	MG	Observação:PELA MANHA EM JEJUM			E.V.				
8	CEFALOTINA 1G	1000,0	MG				E.V.				
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA	0,4	ML				S.C.				
10	CURATIVO	0,0									
11	SSVV + CCGG	0,0									
12	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	0,0									
13	CABECEIRA ELEVADA A 45º	0,0									

FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO

CRM: 6371





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome WALDINEIA DE SOUZA SILVA		Data de Nascimento 23/07/1992	Idade 25	Sexo FEMININO	Nº 10
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito			Validade 25/12/
Convenio SUS		Matricula			

Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.
1	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.	
	Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.	
2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		E.V.	
3	TETANOGAMMA	250.0	UI		INTRAMUSCULAR	
4	CEFALOTINA 1G	1000.0	MG		E.V.	

EDUARDO MOTTA BRAGA
CRM: 7253





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

8

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

Número:

Paciente: Waldineia de Souza Silva

Procedimento: TC. Frat. de Fêmur distal Esg.
SUS: (X) Não SUS ()

SUS: (~) Não SUS

Médico: Dra. Bréios

Prontuário: 1050860

Data: 28, 12, 17

Reposição: _____

FORNECEDOR	DESCRICAÇÃO DO PRODUTO	DISPENSAÇÃO CME	
		QUANTIDADE	VALOR
TM.	Ex 45 Placa 10 Furos Parafuso. cortical	Nº 28	(01).
	" "	Nº 30	(03)
	" "	Nº 32.	(04)
	" "	Nº 38	(1)
	+		(7).

FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
B.Braun	Aguulha de Bloqueio de Plástico 150	(01)

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COBEN

RELATÓRIO DE CIRURGIA

EXCELENTE
SALVADORC
FISI

Nome: Waldinei de Souza Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 28/12/17
 Clínica/Setor: Oftátopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento de Fratura Diáfisária do Fêmur E
 Cirurgião: Dr. Brás 1º Assistente: Dr. Bruno
 2º Assistente: Dr. Anísio 3º Assistente: Dr. Lourenço
 Instrumentador: Victor M.R.J Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Diáfisária</u> <u>do Fêmur Esquerdo</u>	<u>S72.</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento de Fratura</u> <u>diáfisária do Fêmur</u> <u>Esquerdo</u>	

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

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

17 JUL. 2018

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM: VILTON LIMA TES
FAV
CRM 81286-RN
CRM 10031-PB

João Pessoa, 28/12/17

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) DDF sob Anestesi
- 2) Assepsia, Antisseptico, CCE
- 3)

Incisão:

- 3) VÍA de Acesso lateral ao Fímmur distal E
- 4) Incisão longitudinal na cara E
- 5) Dissecção por flama
- 6) Hemostasia.

Achados:

- 7) Fr. Disfrância do Fímmur E

Conduta:

- 8) Redução, clavado
- 9) Fixação com Placa DCP 10 Furos
- 10) Parafusos corticais 4,5mm.
- 11) Sutura por flama
- 12) Cerradura estéril

Fechamento:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Observação:

17.II.2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM:

Víctor Lirhates
Médico
8184-RN
110264-PB

João Pessoa, 28/12/17

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: Waldineir de Souza Silva
 IDADE: 25 SE: 1050860 PROTOCOLO: 03 ENFERMARIA: 03 LEITO: 02
 CIRURGIA: TC - Frat. do Femur distal Esg.
 CIRURGÃO: DRE Bentes Rm. DRE Victor.
 ANESTESIA: Bloqueio de Plexo + Raqui.
 ANESTESISTA: DRE Pamela Nobreza.

INSTRUMENTADOR:

DATA: 28/12/17 TIPO CIRÚRGICO: ANESTESIA: INICIO: 09:40 CIRURGIA: INICIO: 09:50 FIM: 12:40

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - 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		SPL	■	SELCO N°18	FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAINA ISOBARICA	1		■	SELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAINA PESADA			■	SELCO N°22	FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		SF 90%	■	SELCO N°24	FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORACICO N°	FIO DE NYLON N° 30	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N° 20	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°	
TENTANILA	1	PVP DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°21	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL		PVP TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOPURAN		PVP TÓPICO	OK	LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAINA C/VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	OK	LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAINA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA C/VASO		AGULHA 13X4,5	■	LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S/VASO		AGULHA 25X07	■	LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08	■	LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°	
MORFINA		AGULHA 40X12	■	LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDIACA	
MMIRUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC	
PETRINA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPORFOL	■	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19	FIO DE KIRSCHNER N°	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°360		SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	■	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PV COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA PV TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	■	CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR	
ATROFOPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	POUDOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	■	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIFIRONA SÓDICA	■	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais	
EFEDRINA	■	COMPRESAS CIRÚRGICAS	■	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA		COMPRESAS CIRÚRGICAS	■	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DREN. DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DREN. DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
LEDOCAINA GELÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIE		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP	■	FIOS	QTD.	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO SA N°	() ASPIRADOR	
		GAZES	■	FIO ALGODÃO SA N°	() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO CA N°	() CAPNÓGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO	OK	FIO ALGODÃO CA N°	() CÁRDIOMONITOR	
		SELCO N°14			() DESPIRILADOR	
		SELCO N°16			() FOCO AUXILIAR	
					() FOCO CENTRAL	
					() MICROSCOPIO	
					() OXÍMETRO DE PLENO	
					() P.A. INVASIVA	
					() PERFUSOR DE LÍQUICO	
					() RESPIRADOR	
					() TURBO CIRCULANTE	
13- Brauer Adulto de Plexo A 50 (01). CX. 45 = Placa 10 Furos (01). Parafuso cortical N° 38 (03) N° 30 (04) N° 32 (01) N° 38 (01)						



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 28/12/11

PRONTUÁRIO:

GL

REF: 100

PACIENTE: Waldemira da Sog. 16		SEXO: COR: IDADE: 25			
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 90	RESPIRAÇÃO: Espneis	TEMPERATURA: 36,5	PESO: 65	GRUPO SANGUÍNEO: 1
ESTADO GERAL	() BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	() PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO	() BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES		UNP			

AP. RESPIRATÓRIO	Espneis	AP. CIRCULATÓRIO	Estanc				
AP. DIGESTIVO	Turgens	ESTADO MENTAL	C. O. T. C	PRÉ-ANESTÉSICO		DROGAS EM USO	VPM
PRÉ-ANESTÉSICO		DROGAS EM USO	VPM				

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Frx de fémur. E

CIRURGIA REALIZADA: Trat. cir. Orgâica frx de fémur distal E.

CIRURGIA: Dr. Brício

AUXILIARES: Dr. Brício + Dr. Líber R.

INÍCIO DA ANESTESIA: 09:30

TERMINO DA ANESTESIA: 13:00

DURAÇÃO DA ANESTESIA: 3h 30m

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH:

ANESTESISTA: Dr. Caio de Abreu

CRM-PB: 5977

AGENTES ANESTÉSICOS: R2 Sevofl

R2 Roc



DATA 28/11/12

PRONTUÁRIO:

NOME DO PACIENTE:

Waldenice de Souza

Idade:

27

Sexo:

Tx digestão de ferro Gagari

Profissão:

Patologia principal:

Cirurgia:

Anestesia proposta:

Dor no peito, angina?	<input type="checkbox"/>
infarto? <input type="checkbox"/> <3M <input type="checkbox"/> 3-6M <input type="checkbox"/> >6M	
Pressão alta?	<input type="checkbox"/>
Sopro, febre reumática?	<input type="checkbox"/>
Arritmia, taquicardia? <input type="checkbox"/> espontânea	<input type="checkbox"/>
nos esforços? <input type="checkbox"/> pesado, <input type="checkbox"/> médios	<input type="checkbox"/>
Edema de MmU: <input type="checkbox"/> Tardio <input type="checkbox"/> Verão	<input type="checkbox"/>
Dispneia de decúbito? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nos esforços? <input type="checkbox"/> pesado, <input type="checkbox"/> médios	<input type="checkbox"/>
Aasma bronquite?	<input type="checkbox"/>
Tosse casero? (cor)	<input type="checkbox"/>
Fumante: há <input type="checkbox"/> anos. Parou há <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmaios, torturas?	<input type="checkbox"/>
Convulsões, abalos, tremores?	<input type="checkbox"/>
Pragueza muscular, miopatia?	<input type="checkbox"/>
Dor nas juntas, artrite, collagenose?	<input type="checkbox"/>
Problema de coluna?	<input type="checkbox"/>
Enxaqueca social	<input type="checkbox"/>
Alcoolato: há <input type="checkbox"/> anos. Parou há <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diabetes?	<input type="checkbox"/>
Doença da tireoide?	<input type="checkbox"/>
Mudança no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/>
Modificação no apetite?	<input type="checkbox"/>
Quimização, azia, H. de resto, dor?	<input type="checkbox"/>
Náuseas, vômitos? (cor)	<input type="checkbox"/>
Mudança no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/>
Alteração na cor das fezes?	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso s/dieta?	<input type="checkbox"/>
Hepatite, ictericia, malária, Chagas?	<input type="checkbox"/>
Anemia?	<input type="checkbox"/>
Sangramento? (onde?)	<input type="checkbox"/>
Hematomas, manchas roxas?	<input type="checkbox"/>
Gripe, febre, recente?	<input type="checkbox"/>
Exa ou pode estar gravida? (D&M)	<input type="checkbox"/>
Tem problema de surdez, visão?	<input type="checkbox"/>
Tem febre alta quando foi operado?	<input type="checkbox"/>
Recebeu Transf.sangue? Há <input type="checkbox"/> 16/12 X	<input type="checkbox"/>
Aceta transf.sangue numa emergência?	<input type="checkbox"/>

Alergia a drogas?	<input type="checkbox"/>
Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>
Tratamento?	<input type="checkbox"/>
Alergia a pó, lâ, odores, alimentos?	<input type="checkbox"/>
Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>
Tratamento?	<input type="checkbox"/>
Alergia a derivado de hortelã?	<input type="checkbox"/>
Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>
Tratamento?	<input type="checkbox"/>
PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos)	<input type="checkbox"/>
A criança é prematura?	<input type="checkbox"/>
A criança tem 1 de desenvolvimento?	<input type="checkbox"/>
A criança está gripada, otose, febre?	<input type="checkbox"/>
A criança tem outra doença?	<input type="checkbox"/>
ATÉCIDENTES FAMILIARES DE:	<input type="checkbox"/>
diabetes <input type="checkbox"/> doença crônica <input type="checkbox"/> miopatia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febre alta durante a anestesia? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema durante a anestesia? Qual? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questões Importantes da Anamnese para EP

Cirurgia / Anestesia / Précisa / Complementar

Medicamentos / Dietas

Sintomas fumante
HSG
Suspeito de
proteína corrente

- trazido tranquilizante
- ansiolítico

Nega

EXAME FÍSICO

Peso:	Altura:	PA:	P:	Hidratação desidratada
Cardio des:	espiratório diafragma tórax, - clínico abnórmal - levemente anormal			
Ausculta:	<u>RCR 2/2</u> Dorsos			
Peristole:	proteína corrente			
Palpação:	abnórmal			
Respiração:	abnórmal			
Ex. Mammário:	13,0 x 14,0 diafragma esterno/mam. 12,5 cm x 12,5			

ANEXO DE REFERÊNCIA: EXAMES COM < 81 ANO

Hb: 9,7	Ht: 31,4	CO ₂ : 10,2	TC: 7,4	U: 0,45
N: K: 248.000				
Plaq: 248.000	Coagul: Normal	Alterada	TT: -	TP: 17 TTPA: 21,5 APT: 100
RX: noras: / /				
ECG: / /				

Avaliação clínica

2- Tens esp de 221
 2- Tens esca de
 → Habis morado

AS:

RETORNOS: NÃO SIM Marca: Exames complementares Encaminhado p/Clínica: Out: (VIDE VERSO)

MÉDICO CRM: 10952-P
 Gávea +
 Rio de Janeiro

Se o pacienteiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação da Anestesia.

CONDUTA FINAL:
 DATA: 28/11/12

- Liberado para cirurgia
- Reavaliar no intercão - motivo(s)
- Reavaliar no SD - motivo(s)
- NÃO LIBERADO P/ CIRURGIA - motivo(s)

PROBLEMAS GRAVES:

COMPROV. P/ LIBERAÇÃO

PROTÓCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

MPA degrau/uso

CRM:

ENGLA/003-1



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

8

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

Número:

Paciente: Waldinei S. Silva

Procedimento: 9to enq. transbordadores

SUS: (8) Não SUS (1)

Médico: Dr. Francisco Spieles

Prontuário: 1050860
Data: 25/12/17
Reposição: _____

DISPENSAÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
Intermex	fio de Stimman 3.5	0.1
AG. IDA OFE	PROJETO 17 JUN 2014	

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Nome: Waldinei de Souza Silva BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino Feminino Cor: _____ Data: 25/12/17

Clinica/Setor: ORTOPEDICO EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Limppe e desbridamento cirúrgico fratura exposta fímea + fixação
transversal

Cirurgião: DR Fábio Guedes 1º Assistente: DR Roberto Stos

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Roxo Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura exposta fímea (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>limpeza + desbridamento cirúrgico</u>	
<u>Parafinação de fratura Transversal</u>	

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17/11/2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Biopsia de Congelação: () Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Francisco Guedes de S. Neto
Ortopedico - Traumatologista
CRM-PB 6017 / TECI 10282

João Pessoa, 25/12/17

Médico/CRM: _____

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

FCF em RDT sob narkose metan
Anestesia + paracitamol de NJ (E)
Aparições de complicações anestésicas

Incisão:

Achados:

FCF em fca anterior da cava (E) cl trocão muscular
do quadríceps e expansão do fêmur.

Conduta:

- Desbridamento de tecidos degenerados. Limpeza, irrigação
de F.O e SF 0,5% abundante.
- Sutura dos tecidos por planos.
- Curvaco de curto ab.
- Passagem de Trocão Transverso Tibial.

Fechamento:

Observação:

Possível intervenção p/ realizar antibiótico profilático endovenoso
e posterior osteomíse definitiva da fratura do fêmur

Médico/CRM:



CCOMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA SÍ

17.12.14

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 25.12.14

NOME DO PACIENTE		<i>Waldemar do S. Silve</i>					
IDADE	25	SE	1050860	DEPARTAMENTO	ENFERMAGEM	LEITO	
CIRURGIA	90m cirurgia Transequilítico de Femur (R)						
CIRURGIA	Fratura Gravidez						
ANESTESIA	Raqui						
ANESTESISTA	Dr. Alonzo						
INSTRUMENTADOR							
DATA	25/02/17		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO	14:30	CIRURGIA: INÍCIO	FIM	16:30
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - 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 SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº 2,0		
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº 3,0		
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº		
FENTANILA		PVM DEGERMANTE	OK LÂMINA BISTURI Nº21		FIO POLIGLACTINA Nº 0		
FLUMAZENIL		PVP TENTURA	OK LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº		
ISOFLURANO		PVP TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCÁINA C/VASO		AGULHA 13X0,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCÁINA S/VASO		AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLACRONE Nº		
MDAZOLAN		AGULHA 25X38	1 LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº		
MORFINA		AGULHA 40X12	1 LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDIÁCA		
NIMBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL		QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	MILITIVIAS		CATETER DE PVC		
PEIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPOFOL		AGULHA RAQUÍ Nº25G	SCALP Nº19		CLIP ITÁNIO LIGADURA		
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍ Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº		
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº		
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA SML		FIO STEINMAN Nº 3,5		
SUXAMETÔNIO		AIADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº		
TIOPENTAL		AIADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº2		HEMOST. ABSORVÍVEL		
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA. VENTRICULAR		
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		FRÓTESE VASCULAR		
ATROPINA		CATETER EMBOLECA ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT PAM		
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO		
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		IMPRESA		
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14				
DIPRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais		
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais		
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR		
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR		
LEDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA		
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA		
PLASIL		EQUIPO TRANSF. BANQUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS		
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR		
TENOXICAN		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A Nº		() BISTURI ELÉTRICO		
		GAZES	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			() FOCO CENTRAL		
					() MICROSCÓPIO		
					() OXÍMETRO DE PULSO		
					() P.A. INVASIVA/NO INVASIVA		
					() PERFORADOR ELÉTRICO		
					() SERRA		
					CIRCULANTE		
					Dr. Alonzo		
					PROTÓCOLO		
					AG. 1070 2017		

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 25/12/17

PRONTUÁRIO: 1050860

PACIENTE:

WALDINEIA DG SOUZA SILVA

SEXO: F COR:

IDADE: 25

PRESSÃO ARTERIAL PULSO: 120/80 RESPIRAÇÃO: 18/MIN TEMPERATURA PESO: 36.5 GRUPO SANGUÍNEO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTÔMICO C/LEITO

ESTADO MENTAL

LÚCIDA

DROGAS EM USO

PACIENTAIS
ESTADO FÍSICO (ASA):
TG.

PESO: ANESTÉSICO:

DOSE/HORA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPLOSIVA FÉMUR + OSSOS DA PERNAS ESSA.

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGÃO: FRANCISCO GUEDES AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:30

TÉRMINO DA ANESTESIA:

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH:

VALORES RS:

ANESTESISTA: ALANA VITAL

CPF:

CRM-PB: 7128

PESO: 60Kg

170

27/min

LEVOZ
SILENCIOSO

PULSE

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

S102

99-99-93

VVV

MM

LAC/AS/000
COMPREV PREVIDÊNCIASA
17/11/2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ESTERILIZADAS

ANTIBIÓTICOS

BACIDIANA

EPIDURAL

BLOQ FLEXO

BLOQ NERVOS

OUTROS

ANESTÉSICO GERAL

LAC

PMI 3-1g, QUADRIL 266, LER olho infiltr 1+2

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

VASC

1 BIP/1,5L 0,5000A

14MG 11

NAC

2 MORFINA

80MG 12

SANGUE

3 ECFAZOLINA

2G 13

RINGER

4 RINGER

2MG 14

FUSO

5 FENTAM

100MG 15

DESPACHO PACIENTE

6 MIDAZOLAM

2MG 16

APL

7 DOPAMINA

2G 17

ENFERMAG

8 DEXAMETASONA 10MG

18

UTI

9

19

RESIDÊNCIA

10

20

OUTROS

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

F. ING. ASCIR 026-1

Alana Vital Nazianzeno

Médica Anestesiologista

CRM-PB 7128



CÓDIGO DE CONTROLE
26E5.A1DA-AA70.15A7

Nascimento
23/07/1992

VALDINEA DE SOUZA SILVA
Nome

103.136.984-81
Número

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF
Ministério da Fazenda
Receita Federal

Emitido pela Secretaria da Receita Federal de Brasília
as 10:22:14 do dia 07/02/2018. (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

23/07/1992

BRASILIA-DF 21667 PIS-A9 LIV-A13

DATA DE NASCIMENTO

NAME

MARIA LUCIANA DE SOUZA

NAME

VALDINEA DE SOUZA SILVA

NAME

NAME

3.734.399

NAME

29/01/2009

NAME



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180328591 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDINEA DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/08/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180328591 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDINEA DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/08/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180328591 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDINEA DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO

Descrição do exame DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSSESQUELÉTICA TIBIAL EM PRIMEIRO TEMPO E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS, ENXERTO ÓSSEO E FISIOTERAPIA EM SEGUNDO TEMPO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERCRÔMICA DE 22 CM NA FACE EXTERNA DA COXA ESQUERDA E OUTRA DE 04 CM NO TERÇO PROXIMAL DA COXA ESQUERDA, OUTRA NA REGIÃO ANTERIOR DA CRISTA ILÍACA ESQUERDA EM LOCAL DE RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DESVIO CONSIDERÁVEL DO EIXO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PARA FORA, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/08/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR: MANTIVE ENQUADRAMENTO E ADEQUEI A VALORAÇÃO, BASEADO NO EXAME MÉDICO DESCrito PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



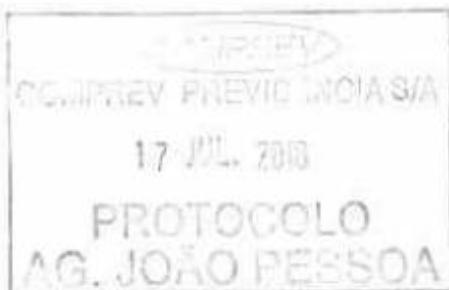
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: VALDINÉA DE SOUZA SILVA, brasileira, solteira, Doméstica, portadora da carteira de identidade nº 3.734.399 SSP/PB, inscrita no CPF sob o nº 103.136.984-81, residente e domiciliado na Rua Dilma Pereira de Paiva, 11, Centro, Pilar-PB, CEP: 58338-000, telefone (83) 98867-9294

OUTORGADO(S): MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA, inscrita na OAB/PB nº 17.295 e RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA, inscrita na OAB/PB sob o nº 20.228, com escritório situado na Avenida Capitão José Pessoa, 602 – Jaguaribe – João Pessoa/PB, CEP 58015-170.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário VALDINÉA DE SOUZA SILVA, 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 vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 06 de Junho de 2018.



Valdinéa de Souza Silva

OUTORGANTE

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

SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO OFÍCIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de Valdinéa de Souza Silva
por autenticidade. Dou fé. Em test^o ✓ de verdade
Pilar 06/06/2018
Elaine Cristina L. da Silva
Tabelária Substituta

tempo: 00:00:00,222 Camara de Pilar, PB
Elaine Cristina L. da Silva
Tabelária Substituta

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180328591 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDINEA DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL EM PRIMEIRO TEMPO E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS, ENXERTO ÓSSEO E FISIOTERAPIA EM SEGUNDO TEMPO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERCRÔMICA DE 22 CM NA FACE EXTERNA DA COXA ESQUERDA E OUTRA DE 04 CM NO TERÇO PROXIMAL DA COXA ESQUERDA, OUTRA NA REGIÃO ANTERIOR DA CRISTA ILÍACA ESQUERDA EM LOCAL DE RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DESVIO CONSIDERÁVEL DO EIXO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PARA FORA, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/08/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR: MANTIVE ENQUADRAMENTO E ADEQUEI A VALORAÇÃO, BASEADO NO EXAME MÉDICO DESCrito PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

