

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

**Aos Cuidados de:** HERBERT FERREIRA DE MENEZES  
**Nº Sinistro:** 3180571735  
**Vítima:** HERBERT FERREIRA DE MENEZES  
**Data do Acidente:** 15/07/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180571735**.

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](http://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**



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180571735**

**Vítima: HERBERT FERREIRA DE MENEZES**

**Data do Acidente: 15/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), HERBERT FERREIRA DE MENEZES**

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

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

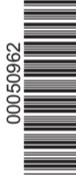
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
NP do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
093.514.054-94		Heribert Ferreiro de Lemos		
Nome completo: Heribert Ferreiro de Lemos		CPF: 093.514.054-94		
Profissão: motorista	Endereço: Rua Trajano Pedro da Silveira	Número: 74	Complemento:	
Salvo: Brasil	Cidade: Porto Pensa	Estado: PB	CEP: 58000-000	Tel.(DDD): (91) 001-91-97-99
E-mail: heribert.leonardo@hotmail.com				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
RENDIMENTO MENSAL:				
<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR		<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Realize uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (230)		<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (341)		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)		<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0220	CONTA: 00006526	AGÊNCIA:	CONTA:	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Vívão	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____		Vítima deixou não-natural (fui nascido)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: 30/11/2018  
Nome: Heribert Ferreiro de Lemos  
CPF: 093.514.054-94

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01511.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01511.01 2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 11:21 horas do dia 09 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e neste Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Herbert Ferreira de Menezes**, CPF nº 093.514.054-94, CNH nº 06771053555, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motoboy, filho(a) de Maria Cleide Ferreira de Castro e Abel Dias de Menezes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/11/1992 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Trajano Cruz da Nobrega, Nº 74, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência 4º Dd, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98858-7141.

05 DEZ. 2018

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Gov. Flávio Ribeiro Coutinho, Próximo Ao Shopping Manaíra, João Pessoa/PB, bairro Manaíra;  
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/07/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/TITAN, VINHO, 2011/2011, PLACA NQ16994/PB, CHASSI JC2KC1660BR534580, registrada em nome de JULIANO DA COSTA MACHADO, quando ao passar pelo semáforo verde, próximo ao Manaíra Shopping, sentido praia, foi atingido na lateral direita por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a lesionar-se conforme PRONTUÁRIO 65433 EXPEDIDO PELA DR. LAIANA KAREN DANTAS BARRETO, CRM 8491/RN, DATADO DE 19.07.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de agosto de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

HERBERT FERREIRA DE MENEZES

Noticiante



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



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  
Declaratório

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 808/012, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2132180, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **HERBERT FERREIRA DE MENEZES** Idade 25 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 15/07/2018, na Av. Gov. Flávio Ribeiro Coutinho, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 12:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

05 DEZ. 2018

João Pessoa, 06 de Agosto de 2018.

*Jefferson da Rocha Augusto*

Estatístico

CRE15º Regist. 10171

*Jefferson da Rocha Augusto*

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE 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: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HERBERT FERREIRA DE MENEZES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00220

CONTA: 00000006126-1

---

Nr. da Autenticação 682F2111B2CFC110



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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<sup>1</sup> 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**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jaqueline Boller de Lello Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.319.034 / 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Hubert Ferreira de Lemos inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.534.054 / 94, do sinistro de DPVAT cobertura incluída, da Vítima Hubert Ferreira de Lemos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.534.054 / 94, 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 Lider-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		Número	Complemento
<u>Av. Doctor Antônio Soárez</u>		<u>175</u>	
<u>Bonaná</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58051-780</u>
<u>prontofernan@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83)99183-6739</u>	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 26 de novembro de 2018

Local e Data

**05 DEZ. 2018**

Jaqueline Boller de Lello Ferreira

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juliano da Costa Machado,  
RG nº 2859336, data de expedição / /,  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 06801547445, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Jóne Dantas de Almeida, nº 30,  
complemento BL J, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Heribert Ferreira, cujo o condutor era  
Heribert Ferreira de Menezes.

Veículo:

Modelo: Honda Titan

Ano: 2011

Placa: NAT 6994

Chassi: 9C2KC1660BR534580

Data do Acidente: 15/10/2018

Local e Data: 03/08/2018

05 DEZ. 2018

Assinatura do Declarante



Heribert Ferreira de Menezes

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**SELAR**  
SISTEMA DE AUTENTICAÇÃO E REGISTRO DE  
FOLHOS DE CUSTÓDIA DE CARTEIRAS

Reconheço, como autêntico e verdadeiro, ato) Firma Tiago Dionísio da Silva  
JULIANO DA COSTA MACHADO  
Estou testemunha de que a assinatura é verdadeira.  
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar  
(2018-0191213001-RA 49 DE FEVEREIRO 0,20 FEPJF-PE, 90 ISS-PE, 0,47  
SELLO DIGITAL: AHE29451-1094

Confira a autenticidade em <https://selodigital.mt.gov.br>

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** HERBERT FERREIRA DE MENEZES

**DADOS DE NASCIMENTO** 18/11/92

**NOME DA MÃE** MARIA CLEIDE FERREIRA DOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS

**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1.094.683

**Nº PRONTUÁRIO** 65.433

**DATA DO ATENDIMENTO** 15/07/18

**HORA DO ATENDIMENTO** 13:20

**MOTIVO DO ATENDIMENTO** ACIDENTE DE MOTOCICLETA

**DIAGNÓSTICO (S)** FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E

**CID 10** S 72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), apresentando dor em membro inferior E e limitação dos movimentos. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

EXAME DE ENTRADA:

PRONTUÁRIO

RX do tórax - AP

RX do quadril E - AP

USG do abdome total - FAST

05 DEZ. 2018

DATA DE ATENDIMENTO:

DIAGNÓSTICO (S)

### TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à USG e ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Teófilo Vanomark no 1º tempo e pelo Dr. Orlando Filho e Dr. João Henrique no 2º tempo da equipe da Ortopedia.

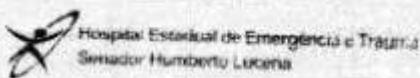
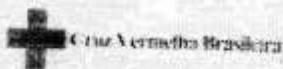
**ALTA HOSPITALAR:** 19/07/18

**DATA DA EMISSÃO:** 11/09/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
CRM-2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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



AV. ORESTES LISBOA, 11 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1094683



## Identificação do paciente

ID 398398	Nome HERBERT FERREIRA DE MENEZES			Sexo Masculino
Data de nascimento 18/11/1992	Idade 26 anos 7 meses 27 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário 65433
Mãe MARIA CLEIDE FERREIRA DE CASTRO	Pai ABEL DIAS DE MENEZES NETO			
Escolaridade MÉDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) MARIA CLÉIDE FERREIRA - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988587841	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (DENTIDADE)	Número documento 3361065	Mº Cns 898003233375044		
Local de procedência MANAÍRA		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	CBO/R		

## Endereço

CEP 68075290	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro Rua Trajano Pires da Nóbrega
Número 74	Complemento		Bairro Ernesto Geisel

## Admissão

Data e Hora 15/07/2018 13:20:52	Número da unidade 100005132934	Convênio SUS
------------------------------------	-----------------------------------	-----------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
Classificação de risco	Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vaso de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

05 DEZ. 2018

## Sinais Vitais

PA \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg      Pulso      Temperatura

## Exames complementares

Raio X []   Sangue []   Urina []   TG []   Líquor []   ECG []   Ultrasonografia []

Exames clínicos

PIT-BAL, com clínica de cefaleia, dor no tórax e dor abdominal. Fazendo suspeita de infarto agudo do miocárdio.

CID

Diagnóstico

Atendido por  
KELLY DE SOUZA BARBOSATempo  
02min 06seg

Imprimir



CRUZ VERNELLE:  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

5 DEZ. 2018

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Uma vez DDI no sistema  
tempo + energia.  
apenas a 60% energia

### Introdução:

### Achados:

### Conducta:

foreign or first in their  
opinion (true line)   
certainly never

## Fechamento:

**Observação:**

Médico/CRM:

Dr. Sesto de Luna Roma  
20110-020  
03/03/2017

João Pessoa. 25/07/1918



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



SBT

Nome: Heriberto Ferreira de Menezes BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Clínica/Sector: Uropele EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Dr. Teófilo 1º Assistente: Bluno Ribeiro Filho  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de crista de fíbula</u>	
<u>engrose</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Drusio Transseptelar</u>	
<u>Télio na pele</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

05 DEZ. 2018

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

*Dr. Bruno de Lima Ribeiro*  
- Cirurgião -  
- Cardiologista -

João Pessoa 15/107, 2018

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

七

Paciente Hever Ferreira da Mota 23  
Procedimento: Teranecto Cervicico de  
MS ( ) Não SIS ( )  
Médico: Diego

Data: ✓

卷之三

四

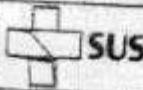
Camil Profoli

05 DEZ. 2018

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

ASSINATURA INFERNACEM - CIRVEN

*Flacim. Cava - 3333*  
ASSINATURA CIRCULANTE PESQUISAS E

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____		2 - CNES _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____		
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <i>Valerio Fecchior de Menezes</i> 6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____		7 - DATA DE NASCIMENTO _____ 8 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>		9 - N.º DO PRONTUÁRIO <b>1054633</b>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 11 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BARRA) _____ 12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____		13 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO _____ 14 - UF _____ 15 - CEP _____		16 - TELEFONE DE CONTATO (N.º DO TELEFONE) _____
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b> _____				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
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 _____
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b> <i>Tratamento - CX 4,5</i> 01 - PARA URGÊNCIA 4,5 de 10 RODS. # Parafusos Coccílias N° 32(02), N° 34(02), N° 36(02), N° 38(02) e N° 40(01).				
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>		
41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>05/12/2018</i>
				43 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO <i>DR. BRUNO RONTE</i> MEDICO CRM-PE 10075
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>05/12/2018</i>
				46 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Herivelton Ferreira da Silva BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Clínica Setor: Urgência EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Ressecção crural e friso da axila esq. fibro  
 Cirurgião: Dr. Edvaldo 1º Assistente: Dr. José Henrique  
 2º Assistente: Dr. Pedro Freitas 3º Assistente: Bruno Pena  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Ressecção crural e friso</u>	
<u>axilar esq.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção crural e friso</u>	
<u>axilar esq. segura</u>	

05 DEZ. 2018

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

 Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. EDVALDO DE LIMA RODRIGUES  
 MEDICO  
 CRM-PB 10075

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 17/07/2018

## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

Locente em ORN sob anest.  
Cirurgia + anest.  
Cirurgia de enfermagem

**Incisão:**

Longitudinal em face lateral da  
cavidade abdominal

**Achados:****Conduta:**

Desidratação grave  
Hemoperitoneo de face e fundo  
Pediculose e granuloma no plato DLP +  
peritonite intensa  
Peritoneo brilhante  
Laringe edemaciado - SP-197.  
Síndrome por obstrução  
Cervical e abdome.

**Fechamento:**

05 DEZ. 2018

**Observação:**

Perito e cirurg.

Médico/CRM:

Dr. Bruno de Lima Monte  
CRM 10075

João Pessoa, 05/12/2018

Nota de Sala Cirúrgica

QTB. DO PACIENTE	HEBERT FERREIRA de Menezes			
QTB. DE 1094683	DATA: 01/01/2018	ANO: 2018		
DEPARTAMENTO	ENFERMAGEM			
LEITO				
TIPO DE CIRURGIA	TUMORECTOMIA DE FERREIRA DIAFRAGMICA DO FÍGADO E			
DR. ORGANIZADOR	DR. OCTAVIO + DR. SOS KERCHIE			
ANESTESISTA	DR. RICARDO RODRIGUES			
ANESTHESIA ASSISTENTE	DR. KAREN TENDAS + DR. VANDA			
ANESTHESIA TÉCNICO	RODRIGO			
DATA	17/08			
TEMPO CIRÚRGICO	08:20 - 11:20			
ANESTESIA INDICADA	034674100			
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)				
CLASSIFICAÇÃO ASA 4 (1-2-3-4)				
GRUPO DE CIRURGIA: 40 (1 CIRURGIA CONTAMINADA / IMPACTADA / POTTENCIAMENTE CONTAMINADA)				
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS				
QTB.	MATERIAIS CONT.	QTB.	FIOS	QTB.
ALFENTANILA	Scop. Rx	1	JELCO N°18	FIOS CATETER CROMADON
BUPIVACAINA ISOBARICA	Scop. Fisiocarb 120	1	JELCO N°20	FIOS CATETER CROMADON
BUPIVACAINA PESADA			JELCO N°22	FIOS DE ACON
CEFAZOLINA			JELCO N°24	FIOS DE ACON
DROPPEDDO	Scop. Scopolam 0,01	1	KIT SIST. DREN. TORACICO N°	FIOS DE NYLON N° 2-0
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTB.	LÂMINA BISTURI N°1	FIOS DE NYLON N°
FENITOARIBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	✓	LÂMINA BISTURI N°5	FIOS DE NYLON N°
FENTANILA	PUPI DEGERMANTE	✓	LÂMINA BISTURI N°23	FIOS POLIGLACTINA N°
FLUCLAVENIL	PAPEL TINTURA	✓	LÂMINA BISTURI N°24	FIOS POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO	POPO TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIOS POLIGLACTINA N°
LIDOCACINA 0,5 VASO	SABAO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIOS POLIPROPILENO N°
LIDOCACINA 0,5 VASO	MATERIAIS	QTB.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIOS POLIPROPILENO N°
LIDOCACINA 0,5 VASO	AGULHA 15X15		LUVA ESTERIL N°7,0	FIOS POLIPROPILENO N°
LIDOCACINA 0,5 VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL N°7,5	FIOS POLIGLECAPRONE N°
MIDAZOLAM	AGULHA 25X08		LUVA ESTERIL N°8,0	FIOS SEDA N°
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTERIL N°8,5	FITA CARDIACA
NÍMBUM	AGULHA PERIDURAL N°10		MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAIS ESPECIAIS
PANCREONIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	QTB.
PETIDENA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	CATETER DE PIC
PRIMAVEROL	AGULHA RAQUIT N°26		SCALP N°9	CIMENTO CIRÚRGICO
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUIT N°26		SCALP N°21	CLIP TITANIO LIGADURA
ROCT ROSIO	AGULHA RAQUIT N°27G		SERINGA 1ML	FIOS DE KIRSCHNER N°
SENOVIA RANCO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML	FIOS DE KIRSCHNER N°
SUANAMETONIO	ATADURA DE CREPOM	✓	SERINGA 10ML	FIOS STEINMAN N°
TRIPTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	FIOS STEINMAN N°
MEDICAÇÕES	QTB.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	GRANPEADOR CIRÚRGICO
ADRENALINA		CÂMILA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	HEMOST ABSORVVEL
AGL. A DESTILADA	✓	CATETER DE OXIGENIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	KIT DERIVA VENTRICULAR
ATROPINA		CATETER ENDOTRAQUEAL ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	PROTESE VASICULAR
BENTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	KIT PAM
CEFAZOLINA	✓	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2718 N°12	FIXADOR EXTERNO
ANESTESINA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2718 N°14	EMPRESA
NA SODICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASO. CURTA	Terapêutica Cx 1,5
LEEDRENA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASO. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
TR. ROSENDA		COMPRESSAS CIRURGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS CORTICAIS
GLUTOSE 5%		COMPRESSAS CIRURGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPOSOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DREN. DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS ESPOSOSO
MERCOCORTISONA		DREN. DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALLEOLAR
LIDOCACINA DELETA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALLEOLAR
ONDASETRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATER)	PLACA LACINIUS DE SULFATE - U1
PLASMA		EQUIPO TRANSF. SANGUE		PLACA
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPOA DE PAPE		ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPALHADROPO	✓	BISTURI ELETTRICO
CEPACETINA	✓	GAZES	✓	ECAPNIGRAFO
		GAZES ALGODONADAS	✓	ECODOMONITOR
		GEL ELETROLITICO	✓	DEFIBRILADOR
		JELCO N°14		FOCO AUXILIAR
		JELCO N°16		FOCO CENTRAL
		GOBER PAPÉ	✓	IMPORTECSCOPI
			✓	IMPULSO DE PULSO
			✓	INVANIV. A NAO INVANIV.
			✓	IRITURADOR ELETTRICO
			✓	TERREIRA
				CIRCULANTE
				Fluoroscopia 0201-385554
				FONDAZIONE 001-2

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/10/18

PRONTUÁRIO: 1094683

SEXO: F CIR. IDADE: 25 ANOS

PACIENTE: Hebert Freire da Menezes

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 120/80 RESPIRAÇÃO 12 TEMPERATURA PESO 73kg GRUPO SANGUÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: Vértebro - normal - neoplasia

AP. RESPIRATÓRIO: MV com amigas 100% AP. CIRCULATÓRIO: normal

AP. DIGESTIVO: Bem ESTADO MENTAL: ORIENTADO DROGAS EM USO: Atropina e etilocetona

PRE-ANESTÉSICO:

DOSE: HORA: DORMONIA + benzodiazepíneos

ESTADO FÍSICO (ANAL)

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Freirea dissidente de fome (E)

CIRURGIA REALIZADA: TO cirúrgico de varroa dissidente de fome (E)

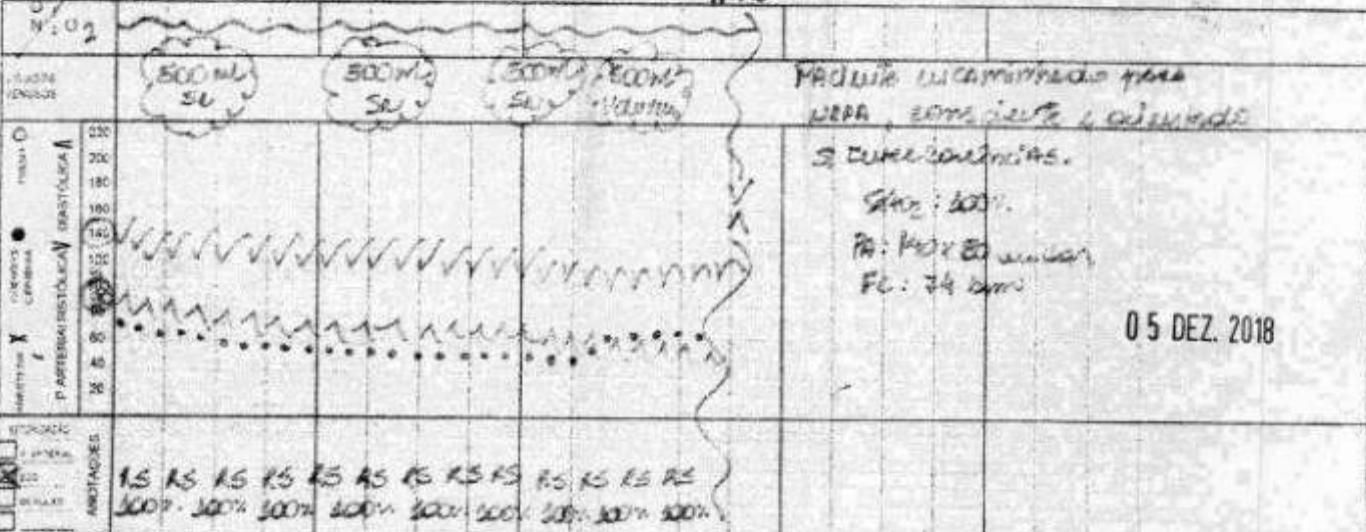
CIRURGÃO: Dr. Orlando AUXILIARES: Dr. José

INÍCIO DA ANESTESIA: 08:20 TERMINO DA ANESTESIA: 10:20h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2h5

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT DE CH VALORES RS

ANESTESIA: Tárcula + Dca gástrica (12) CRM-PB

DATA: 05/10/18 09:20h 10:20h 11:20h


 ANESTESIA GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOC PLEXO  BLOC NERVO  OUTROS

TÉCNICA:

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
1	Bupivacaina 7,500g
2	Morfina 80mg
3	Dormonid 2,500g + Sodico
4	Pertalol 100mg
5	Paracetamol 600g
6	Ondostatina 600g
7	Levamisole 10mg + PV
8	Dipirona 200g
9	Extazolene 10mg
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

ANESTESIA: Paciente monitorado e ventilado e intubado na 10h com FIO2 100% e intubado na 10h com FIO2 100% para histerometria de 12-14, apesar de ter 100% intubado, mediana, 100% de FIO2 e 100% de CO2.

ABRANGÊNCIA ANESTÉSICA

F. IND. ASCR. 028-1



## Nota de Sala Cirúrgica

223-25621



NAME DO PACIENTE	José Luiz Ferreira da Mota - 40				
IDADE	45	SEXO	M	ESTADO	LETO
UNIVERS	ICU	UNIC. - FORTALEZA	UNI. S. MIGUEL E		
PROFISS	Dr. FERREIRA	DATA	10/12/2018		
ESTERIL	Substit				
ANESTESISTA	Dr. L. S. G. Sales				
INSTRUMENTADOR					
DATA	10/12/18	TIPO DE ANESTÉSICO - ANESTESIA INICIO	PF GL	CRONOGRAMA	17:50
TIPO DE RISCOS DE FERIMENTO - CLASSIFICATION OF SURGICAL RISKS					
ASA I, II, III, IV - ASA 1, 2, 3, 4, 5					
GRAD DE CONTAMINACAO - CLASSIFICATION OF CONTAMINATED SURFACE - POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALIMENTANTE		IELCO N°18		FIO CAT. GUT CROMOLIN	
BR. PIVACAINA 100BARIC 4	100 ml	IELCO N°16		FIO CAT. GUT CROMOLIN	
BR. PIVACAINA PESADA		IELCO N°12		FIO DE ALGIN	
CETAMINA		IELCO N°8		FIO DE ECON	
DROPERIDOL		IELCO SIST. DREN. TORACICO		FIO DE SEDAN	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE SEDAN	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURI N°12	FIO DE SEDAN	
FENTANILA	PIP. DEGERANTE		LÂMINA BISTURI N°13	FIO DE SEDAN	
FEN. SIZENIL	PIP. TENSIVA		LÂMINA BISTURI N°14	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PIP. TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMIO	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUTIVACAINA C. VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUTIVACAINA S. VASO	MATERIAIS	QTD.	LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA C. VASO	AGULHA 18X15		LÂMINA ESTERIL N°10	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S. VASO	AGULHA 25X7		LÂMINA ESTERIL N°12	FIO POLIGLICAPRONE N°	
MIDAZOLAM	AGULHA 25X8		LÂMINA ESTERIL N°10	FIO SEDAN	
MORFINA	AGULHA 40X12		LÂMINA ESTERIL N°12	FITA CARDIACA	
NEBULIZ	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRURGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRONIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTITATAS	CATETER DE PIC	
PETIDENA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFILADOR DE SORO	CIMENTO CIRURGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUINHO		SCALP N°19	FILIP TITANIO LIGADURA	
RANBENTANIA	AGULHA RAQUINHO		SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCRONIO	AGULHA RAQUINHO		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGORADO ORTOPEDICO		SERINGA 3ML	FIO STEINMAN N° 14	
SIXAMETONIO	ATADURA DE CREPOME		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
TIOFENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICACOES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVIVEL
ADRENALINA		CANULA P. TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA VENTRICULAR
ADOL. DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLECA ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	SIT. PAM
BESTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
DIPRIVONA SODICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
EPIDURINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS		SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS CORTICais
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRURGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DREN. DE PENOSSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO
HIDROCORTISOSA		DREN. DE SUCCAO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS M. EOLIAS
LIDOCAINA GELADA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS M. EOLIAS
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	BLACS
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE (LATEX)	BLACS
PROSTOGAINE		EQUIPO MICROGOTAS			
ROTAMINA		ESPOONJA DE PVC			EQUIPAMENTOS
TENOGICAN		ESPARADRAPO		FIOS	QTD.
				FIO ALGODAO S. A. N°	1. ASPIRADOR
		GAZES		FIO ALGODAO S. A. N°	2. BISTURI ELETTRICO
		GAZES ALGODOJADAS		FIO ALGODAO C. A. N°	3. CAPNOGRAFO
		GEL ELETROLITICO			4. CARDIOMONITOR
		IELCO N°14			5. DEFIBRILADORES
		IELCO N°16			6. FOCO AL. XILAR
					7. FOCO CENTRAL
					8. HODROSCOPIO
					9. OXIMETRO DE PULSO
					10. P.A. INVASIVA NAO INVASIVA
					11. REFRIGERADOR ELÉTRICO
					12. SERRA
					13. CIRCLANTE

Juliana da Silva Sales

COGEN-PE 911391-4-RECIL/2018

05 DEZ. 2018



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### Documento de Alta

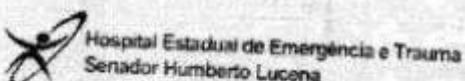
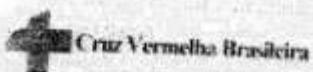
<b>Nome:</b> HERBERT FERREIRA DE MENEZES			<b>Número Prontuário:</b> 65433
<b>Data de</b> 18/11/1992	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 15/07/2018 21:53:03	<b>Data de Alta:</b> 19/07/2018 09:13:00
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO DIA 15/07/2018, COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO. FEITO OSTEOSÍNTESE COM PLACA DIA 13/07/18 POR DR ORLANDO. HOJE ESTÁ TENDO ALTA COM ORIENTAÇÕES GERIAS, USO DE MEDICAMENTOS, NÃO COLOCAR CARGA EM MMII, FAZER FISIOTERAPIA E RETORNO AO HTOP EM 15 DIAS.			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO DIA 15/07/2018, COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO. FEITO OSTEOSÍNTESE COM PLACA DIA 13/07/18 POR DR ORLANDO. HOJE ESTÁ TENDO ALTA COM ORIENTAÇÕES GERIAS, USO DE MEDICAMENTOS, NÃO COLOCAR CARGA EM MMII, FAZER FISIOTERAPIA E RETORNO AO HTOP EM 15 DIAS.			
<b>Resultado de Exames:</b> EXAME FÍSICO RAIO-X			
<b>Tratamento:</b> OSTEOSÍNTESE COM PLACA DIA 13/07/18 POR DR ORLANDO			
<b>Diagnóstico:</b> S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur			
<b>Recomendações:</b> ORIENTAÇÕES GERIAS, USO DE MEDICAMENTOS, NÃO COLOCAR CARGA EM MMII, FAZER FISIOTERAPIA E RETORNO AO HTOP EM 15 DIAS.			

Data: 19/07/2018

LAIANA KAREN DANTAS BARRETO  
CRM: 8491 - RN

LAIANA KAREN DANTAS BARRETO  
CRM: 8491 - RN

05 DEZ. 2018

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>HERBERT FERREIRA DE MENEZES</b>	BAE 1094683	Data/Hora Entrada 15/07/2018 13:20:52	Data Baixa
Data de nascimento 18/11/1992	Idade 25a 7m 27d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988587841
Mãe <b>MARIA CLEIDE FERREIRA DE CASTRO</b>			Prontuário 65433
Endereço Rua Trajano Pires da Nóbrega, 74	Bairro Ernesto Geisel	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO</b>	Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 15/07/2018 13:20:52		Data/Hora Prescrição 15/07/2018 16:11:10	

**Anamnese**

'aciente sem alterações da Cir geral  
Sem queixas abdominais  
FAST e RX de Torax sem alterações

cd:Alta da Cir geral  
Aos cuidados da ortopedia

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

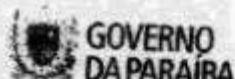
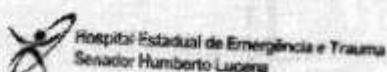
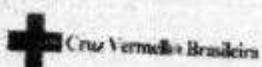
**Conduta**

Em observação

HERBERT FERREIRA DE MENEZES

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO  
(CRM: 6700/PB)

05 DEZ. 2018


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

Paciente <b>HERBERT FERREIRA DE MENEZES</b>	BAE <b>1994683</b>	Data/Hora Entrada <b>15/07/2018 13:20:52</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>18/11/1992</b>	Idade <b>25a 7m 27d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>000003233375044</b>
Mae <b>MARIA CLEIDE FERREIRA DE CASTRO</b>			Telefone de Contato <b>(23) 988567841</b>
Endereço <b>Rua Trajano Pires da Nóbrega, 74</b>	Bairro <b>Ernesto Geisel</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Promotoria <b>65433</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>IGOR NUNES DE SOUZA</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>15/07/2018 13:20:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>15/07/2018 13:55:18</b>	Nº Cons. Regional <b>5858/PB</b>

**Anamnese**
**PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO CARRO REFERINDO DOR EM FEMUR A ESQUERDA.  
SEM OUTRAS QUEIXAS.**
**CD.: SOLICITO EXAMES E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.**
**MEDICAÇÃO**
**SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA**  
 Diluir

**CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG**
**EXAME DE IMAGEM**
**RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL ESQUERDA**
**ULTRASSONOGRAFIA - FAST**
**RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)**
**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado.

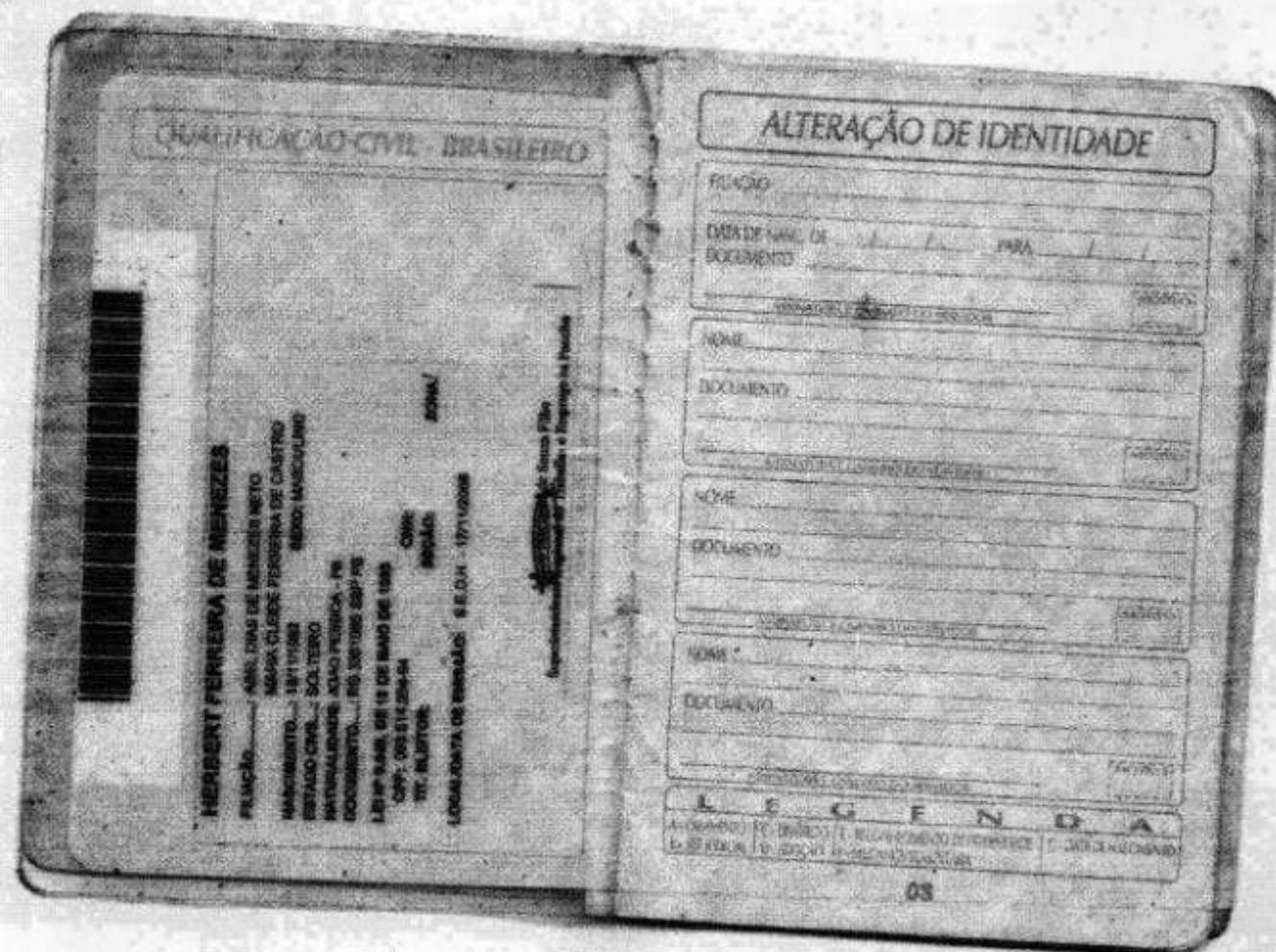
**Conduta**
**Em observação**

Dr. Igor Nunes de Souza  
MÉDICO  
CRM-5858 PB

**HERBERT FERREIRA DE MENEZES**
**IGOR NUNES DE SOUZA  
(CRM: 5858/PB)**
**05 DEZ. 2018**

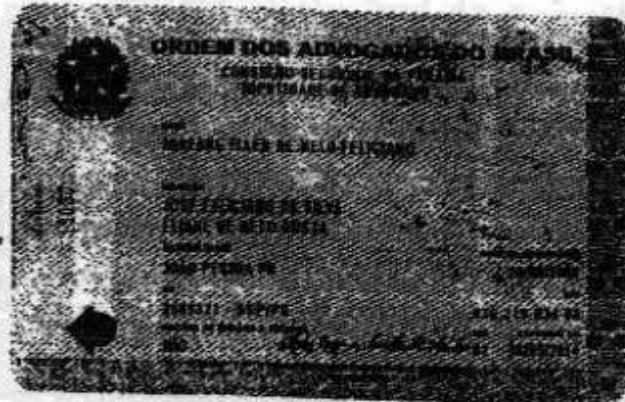


05 DEZ. 2018





05 DEZ. 2018



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

ANOTAÇÕES GERAIS CARGO DO INSS

MATERIA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

139-47219-27-2

0203616

00340

PB

ANOTATI MATERIA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PROVIMENTO

SINE / PB - João Pessoa

lsc: 18121602 Data: 10/10/08

34

14 DEZ. 2018

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

HERBERT FERREIRA DE MENEZES

RESIDÊNCIA: RUA HERIBERTO DE MENEZES N° 300  
 MARIA GILDEANE NEGRINHO DE CASTRO  
 NASCIMENTO: 12/11/1992 SEXO: MASCULINO  
 ESTADO/CITY: SOUTERO  
 NATURALIDADE: JOAOPESSOA/PB  
 DOCUMENTO: RG 33100133946  
 NIS: 34810110000000000000  
 CPF: 093.574.054-04  
 TIT. ELEITOR: ZONA/

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SERRINHA - 17/11/2008

Assinatura: *Herbert Ferreira de Menezes*  
 Superintendente de Registro e Emprego da Fazenda  
 ASSINATURA DO EMISSOR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FUNÇÃO

DATA DE NAC. DE: / /  
 DOCUMENTO: PNR  
 ASSINATURA: *Herbert Ferreira de Menezes*

DOCUMENTO  
NOME

ASSINATURA: *Herbert Ferreira de Menezes*  
NOME

DOCUMENTO  
NOME

ASSINATURA: *Herbert Ferreira de Menezes*  
NOME

DOCUMENTO  
NOME

ASSINATURA: *Herbert Ferreira de Menezes*  
NOME

DOCUMENTO  
NOME

03



1 DEZ. 2018

14 DEZ. 2018



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180571735      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HERBERT FERREIRA DE MENEZES      **Data do acidente:** 15/07/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 19/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Mauro Teijóo.*

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180571735      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HERBERT FERREIRA DE MENEZES      **Data do acidente:** 15/07/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 19/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180571735      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HERBERT FERREIRA DE MENEZES      **Data do acidente:** 15/07/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 19/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

05 DEZ. 2018

Nome: Herbert Ferreira de Souza  
Nacionalidade: português  
Profissão: mestre  
Identidade: 336.10650 SSP/PIB CPF: 093.514.059-94  
Endereço: Rua Visconde Pinto do Rio Braga, 74, Centro  
Paraíba

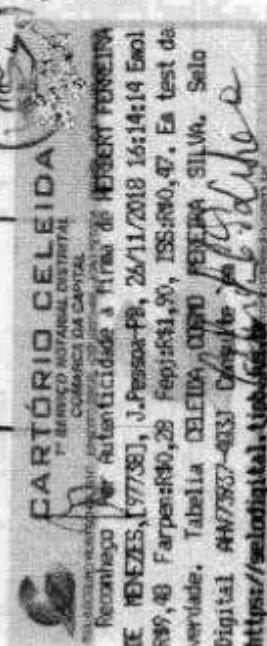
**OUTORGADO:**

Nome: Ismael Edmundo de Melo Ferreira  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro  
Profissão: Desenhista  
Identidade: 2.569.371 SSP/PIB CPF: 036.219.034-88  
Endereço: Rua Santa Antônia 161, lot. 175, Bairro União, São Luís

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer qualquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Hubert Fumio de Lima.

### Local e dista

**Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439283/18

**Número do Sinistro:** 3180571735

**Vítima:** HERBERT FERREIRA DE MENEZES

**CPF:** 093.514.054-94

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/07/2018

**Titular do CPF:** HERBERT FERREIRA DE MENEZES

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentos de identificação

**JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88**

Documentos de identificação

**HERBERT FERREIRA DE MENEZES : 093.514.054-94**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/12/2018  
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO  
CPF: 036.219.034-88

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

MARCOS AURELIO VIDAL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439283/18

**Vítima:** HERBERT FERREIRA DE MENEZES

**CPF:** 093.514.054-94

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/07/2018

**Titular do CPF:** HERBERT FERREIRA DE MENEZES

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

### JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### HERBERT FERREIRA DE MENEZES : 093.514.054-94

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/12/2018  
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO  
CPF: 036.219.034-88

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2018  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

MARCOS AURELIO VIDAL