

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta nº: 11555632

A/C: MARIA JOSENILDA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170459770 ASL-0319752/17
Vítima: MARIA JOSENILDA DOS SANTOS
Data Acidente: 26/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta nº: 11579704

A/C: MARIA JOSENILDA DOS SANTOS

Sinistro: 3170459770 ASL-0319752/17
Vítima: MARIA JOSENILDA DOS SANTOS
Data Acidente: 26/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2017

Carta nº: 11655567

A/C: MARIA JOSENILDA DOS SANTOS

Sinistro: 3170459770 ASL-0319752/17
Vítima: MARIA JOSENILDA DOS SANTOS
Data Acidente: 26/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **MARIA JOSENILDA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000729**

Conta: **0000021197-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Maria Josenilda dos Santos Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.444.0362-44 EXPEDIDO POR SSP/RB EM 24/01/2013 E
CPF 9148288829-91 /CNPJ 0000000000-00000000, PROFISSÃO Doméstica
E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Josenilda das S. Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 109 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0499

Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013/0004497-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

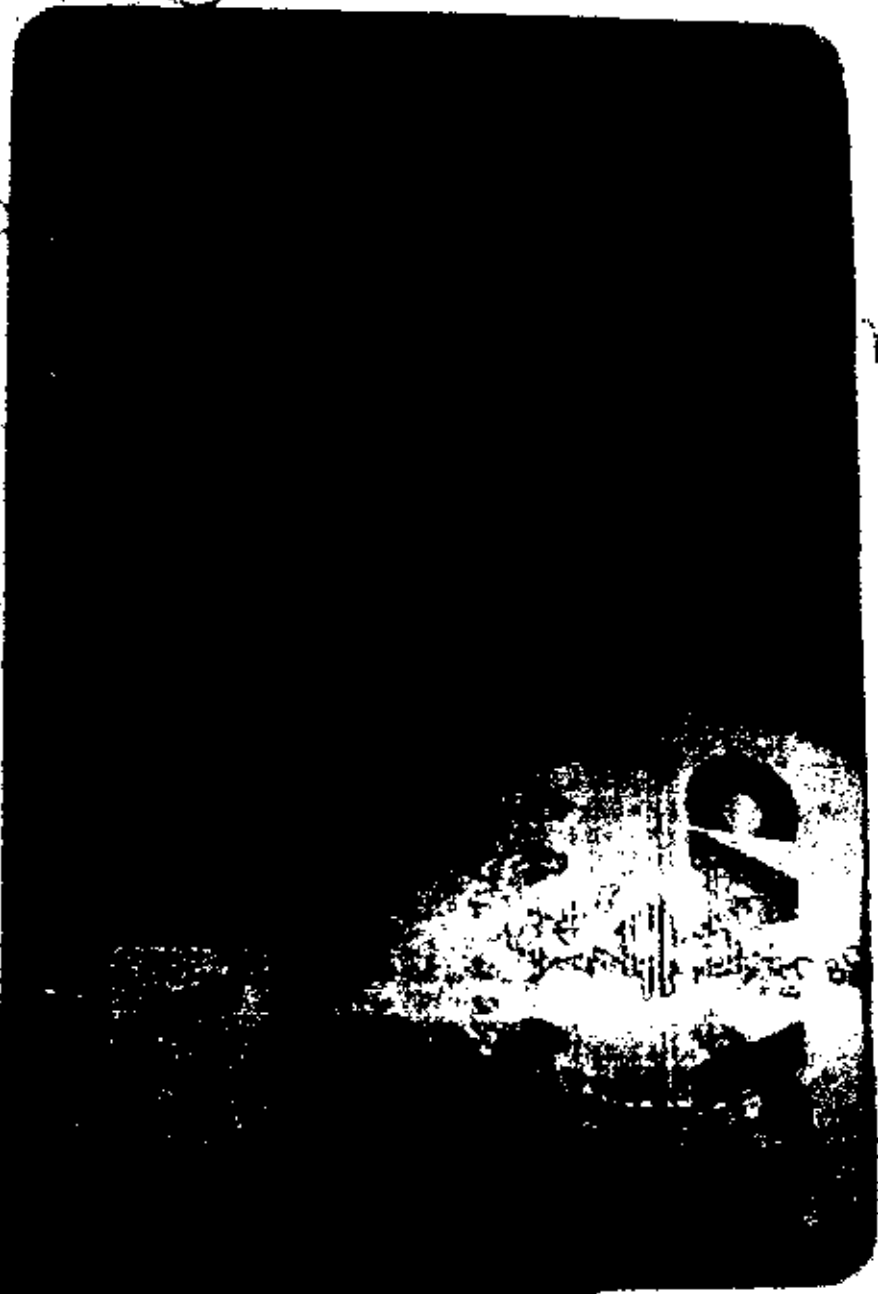
João Pessoa 31 de Julho de 2014
LOCAL E DATA

Maria Josenilda dos Santos Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

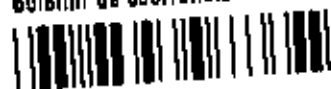
- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



COMPANHIA
DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01912.01.2017.1.03.007



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01912.01.2017.1.03.007, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:44 horas do dia 27 de julho de 2017, na cidade de Cabedelo, no estado da Paraíba, e nesta 7ª Delegacia Distrital de Cabedelo, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Maria Josenilda dos Santos Silva**, carteira nacional de trabalho nº 27800 - S00031-PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Doméstica, filho(a) de Joana Maria da Silva Santos e Ivanildo dos Santos, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 12/03/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº SN, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Na Esquina do "corte Bem" - Salão de Corte de Cabelo "do Irmão", na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98844-8451.

Dados do(s) Fatos:

Local: Entrada da Cidade - Antes do Arco, Rodovia Estadual, Caaporã/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/03/17 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

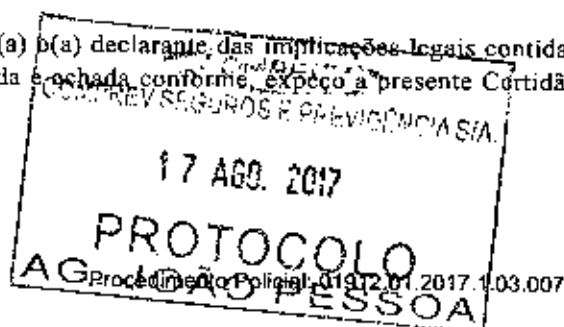
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

NARRA A COMUNICANTE QUE RESIDE EM CABEDELLO, MAS NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADOS ESTAVA INDÓ DE MOTOCICLETA (NXR150 BROS, MIX ESD, 2010/2010, PLACA KGD9149/PE), PARA A CIDADE DE CAAPORÃ, JUNTAMENTE COM SEU ESPOSO (QUE PILOTAVA A MOTO), PARA VISITAR UM PARENTE, E, AO CHEGAREM NA ENTRADA DA CIDADE, O PNEU TRASEIRO DA MOTO ESTOUROU E AMBOS VIERAM A CAIR AO SOLO. A COMUNICANTE ESTAVA NO BANCO DE PASSAGEIRO E COM A QUEDA MACHUCOU AS COSTAS E FRATUROU O FÊMUR. QUE FUNCIONÁRIAS DO SAMU, QUE PASSAVAM PELO LOCAL, IMEDIATAMENTE SOCORRERAM E ACIONARAM A AMBULANCIA QUE CONDUZIU A COMUNICANTE DIRETAMENTE PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE JOAO PESSOA. O ESPOSO APENAS SOFREU ESCORIAÇÕES E A MOTO TEVE APENAS ARRANHÕES LEVES E O PNEU ESTOURADO. OBS: A COMUNICANTE APRESENTOU UM LAUDO ASSINADO PELO MÉDICO EWERTON NORONHA TEIXEIRA (CRM 2516/PB), COM ANOTAÇÃO DE "VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA", CID 10 - S72.2, EM PAPEL TIMBRADO DO HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA.

ADENDO(S):

Que na data 27/07/2017, à(s) 12:10 horas, na 7ª Delegacia Distrital de Cabedelo, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: EM TEMPO: INFORMA O COMUNICANTE QUE O NOME DO PROPRIETÁRIO DA MOTO É JURANDI INACIO ANTONIO DA SILVA. (EM CONSULTA AO SITE DO DETRAN.PE, REFERIDO SITE NÃO MOSTRA O NOME DO PROPRIETÁRIO DO VEICULO PLACA KGD9149/PE.. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
3ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital de Cabedelo



**POLÍCIA
CIVIL**
P A R A Í B A



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

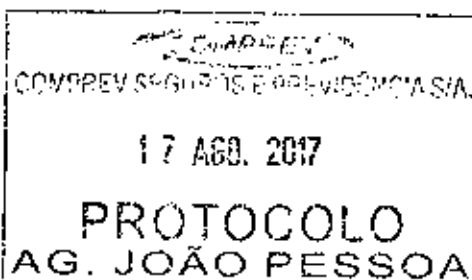
Cabedelo/PB, 27 de julho de 2017.

ALEXANDRE JOSE NUNES DE SANTO LIMA

Agente de Investigação



Maria Josenilda dos Santos Silva
MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01912.01.2017.1.03.007

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Maria Jozemilda dos Santos Silva, portador da carteira de identidade nº 3.444.036.21111 e inscrito no CPF/MF sob o nº 948.288.824-91, residente e domiciliado na Rua preteada, 50 - JD Oeconomia, Cidade Caridade, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

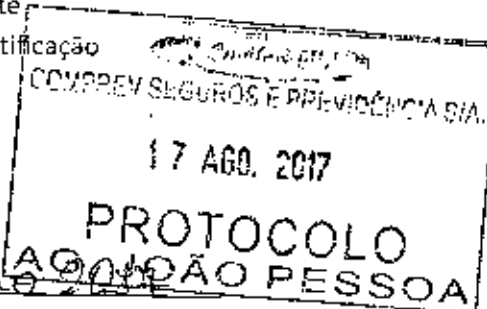
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Maria Jozemilda dos Santos Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



João Pessoa 31 Julho 2017

Local e data

Ato Declaratório

Orde / Geral



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, S/N - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 989725

Comprovação de ato declaratório



Identificação do paciente			
ID 1154128	Nome MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 12/03/1975	Idade 42 anos 14 dias	Estado civil	Religião
Mãe JOANA MARIA DA SILVA SANTOS	Pai IVANILDO DOS SANTOS		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ISABELA DOS SANTOS SILVA - FILHO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988487589	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3447036	NP Crie	
Local de procedência CAAPORA	Tipo MUNICÍPIO		UF PB
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	CBOIR	
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
Número SN	Complemento	Bairro	
Admissão			
Data e Hora 28/03/2017 10:04:20	Número da pulseira 1000005969547	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA/OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou COMISSÃO DE SAÚDE DE EMERGÊNCIA		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura 17 AGO. 2017	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	
Dados clínicos Paciente vítima de queda de moto com lesão na região lombar em H+E. VA parou, não lembra bem, sem mais detalhes de medicação, queixas IS, excitação em forma de e sem mais.			
Diagnóstico	CID		
Atendido por MARNIELE ANAÍNA DA COSTA GAMA	Tempo 28seg		

Ed: Atendimento inicial

Imprimir

Exames Rx de tórax AP; Baixo AP, ombros D AP/P; punho E e joelho E AP/P, FAST. Substância Amil verto

CRM-PA 123456789
Márcia Regina
Fisioterapeuta

#1156 #10/12/21

Painel sobre o acidente de
muito a cerca de 4 horas,
refusa dar em coxa @,

Rx: Ex de Dipeil de fun @

CD @ Soluta Nova Rx (coxa)

@ Inúmeras hospitalar

[Signature]
Dr. [illegible]
[illegible]

26/03/12 - Ururgica Geral

Paciente sem alterações em Rx de tórax
e FAST.

Alta da Ururgica geral
com curativos e analgésicos

Felipe [illegible]
MÉDICO
CRM 101590

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: 11/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSENILDA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000021197-0

Nr. da Autenticação CE08DF262B1440F1



Código para Dúvida Automática: 00016728916

Canal de contato
Prezado Cliente,
A partir deste mês, as contas com data de vencimento maior para o consumidor serão mais claras e com menos avisos informativos e as demonstrações de consumo, adições, tarifas e composição da fatura. O valor da tarifa passou a ser acrescentado ao total dos tributos ICMS, IPI e Cofins, demonstrando o impacto das energias pagas pelo cliente. Essa modificação de impacto nas faturas não afeta o valor pago pelo cliente.

CC	Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
			Estimado	Estimado	Estimado	Estimado	Estimado	Estimado	Estimado
6601	Custo de Disponibilidade		15,85	0,00	0	6,00	12,86	0,14	0,51
0831	"Agil. E Amarelo"		0,41	0,00	0	0,00	0,41	0,00	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
3864	JUROS DE MORA 3/2017		0,04	0,05	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0615	WILLIAM 2017		0,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

Histórico de Consumo (kWh)											
0	0	93	148	128	128	2	0	0	63	16	15
Jan/17	Mar/17	Apr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16	Ago/16	Jul/16

Valued at EL67 (Rev. 5/2017) \$55.95

34.43
44.77
2.26
12.37
5.63
0.00
0.00

COMPROVANTE
SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

17 AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



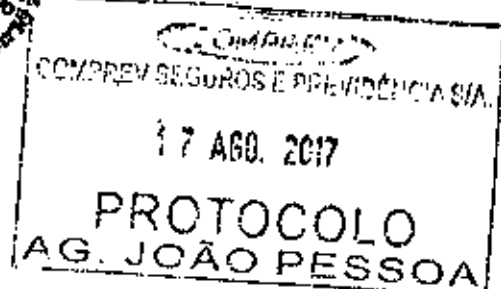
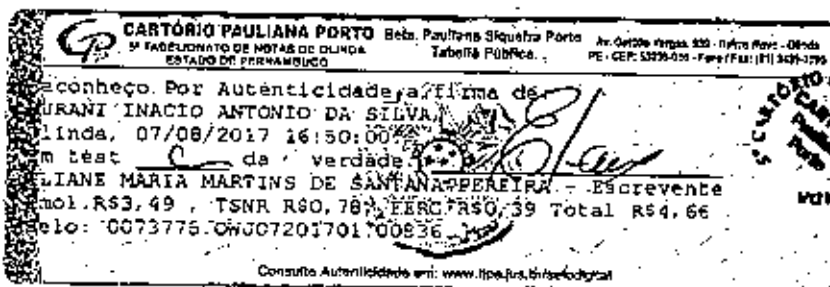
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Junior Iracil Antonio da Silva
 RG nº 5.839.310, data de expedição 02/09/2013
 Órgão CUH, portador do CPF nº 034.743.434-05 com
 domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Dr. Severino Guimarães, nº 189
 complemento APT 1º andar declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Maria Joazeilda dos Santos cujo o condutor era
Paulo Carmo da Silva

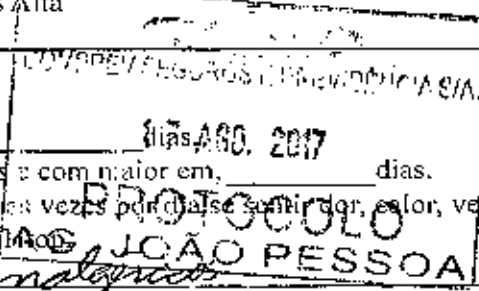
Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda NXR150 Bros mix End
 Ano: 2010
 Placa: 1RGD 9149
 Chassi: 9C2KD0510AR028460
 Data do Acidente: 26/03/2017
 Local e Data: João Pessoa 31 julho 2017

* Iracil Antonio da Silva
 Assinatura do Declarante

Paulo Carmo da Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Nome: <u>Maria Jureilda dos Santos Silva</u>			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>26/03/17.</u>		Alta: <u>10/04/17.</u>		Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Tratamento de Fratura Sub-trocantérica Esg.</u>				
Diagnóstico Definitivo: <u>O mesmo</u>				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames: <u>Radiografias de quadril esquerdo</u>				
Cirurgia realizada - data e equipe:				
Biópsias: <u>Dr. Umberto Jansen / Dr. Merival (Cirurgião)</u>				
Anatomia patológica: <u>ISNAXIAZ</u>				
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim() não(☒)				
Resultado bacteriologista:				
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() A Revelia()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente passou por esternotomia de fratura sub-trocantérica esquerda;</u>				
Dieta: <u>livre</u>		Orientações Pós Alta		
Repouso:				
Relativo em casa por, <u>30</u> dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</u> dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</u> dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o médico.				
Medicações para casa: <u>Cefalexima, AIN4, analgésicos</u>				
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório _____ em <u>07</u> dias para revisão.				
João Pessoa: <u>10</u> de <u>04</u> de <u>17</u>				
 Ass. Médico/CRM				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 12/03/75
NOME DA MÃE JOANA MARIA DA SILVA SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

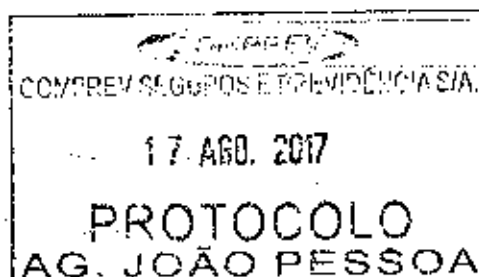
BOLETIM DE ENTRADA N.º 989.725
Nº PRONTUÁRIO 101.119
DATA DO ATENDIMENTO 26/03/17
HORA DO ATENDIMENTO 10:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FEMUR E
CID 10 S 72.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor em membro inferior E, além de escoriações em perna E e ombro D. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro D - AP
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX do joelho E - AP e P
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura subtrocantérica do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico no 1º tempo pelo Dr. Jacques Paiva e no 2º tempo pelo Dr. Nerival Lucena e Dr. Umberto Jansen.

ALTA HOSPITALAR: 10/04/17
DATA DA EMISSÃO: 10/07/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM 1616

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM 2516/PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 969725



Identificação do paciente					
ID 1154128	Nome MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA				Sexo Feminino
Data de nascimento 12/03/1975	Idade 42 anos 14 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe JOANA MARIA DA SILVA SANTOS	Pai VANILDO DOS SANTOS		Responsável (Parentesco) ISABELA DOS SANTOS SILVA - FILHO(A)		
Escolaridade	DDD Móvel 33		Fone Móvel 996497569	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3447036		Nº Cns		
Local de procedência CAAPORA	Naturalidade CAMPINA GRANDE		Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	CBO/R				
Endereço					
CEP	Município de residência	UF	Logradouro		
Número SN	Complemento		Bairro		
Admissão					
Data e Hora 26/03/2017 10:04:20	Número da pulseira 1000005969547		Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco	Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não		
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		COOPREV SEGURANÇA E PREVENÇÃO S/A		
Sinais Vitais					
PA X mmHg	Pulso	Temperatura 7 ABO. 2017			
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Dados clínicos: Paciente vítima de queda de moto sem lesões referidas em ME. VA ferida, hematomas bem, sem lesões de medula espinhal, glóbulos IS, arrastados em forma de e ombros.					
Diagnóstico: Pulso normal					CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA					Tempo 28seg

ED: Atendimento inicial

Exatidão Ax de tórax AP; Base AP; Ombros D AP/P;
Pernas E e Joelhos E AP/P; FAST
Sedação Anal vertoFórmula
Médica
Fórmula
Médica

26/03/2017 10:02

#1156 Hospital

Painth रहा है बहुत ही
मोटा a cune de 4 hours,
rephed for em coxa @,

Rx : Fx de Dispil de fun @

CD @ Soluto Novo Rx (coxa).

@ Inmanas Hospital

[Signature]

26/03/12 - Ururgica geral

Patient sem alterações em Pox de Exame
e FAST.

Alta da Ururgica geral
com curativos da sutura

Felipe Freitas
Médico
CRM 54070

Período Pré-Operatório

1. 1. Dados de Identificação

Nome: Maria Rosalino dos Santos Silva
 Idade: 42 Sexo: (F) BE/Prontuário: 989725
 Data da visita Pré-Operatória: / / Hora: 8:40 Enfermaria: 06 leito: 03
 Alergias: () sim () não () não sabe Quais: Difícil
 Dor: (x) presente () ausente Local: _____
 Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico: _____
 Antecedentes familiares: _____

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

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

Utilização () sim () não

Orientações:

(x) Retirar prótese e adornos

(x) Jejum informado

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

() Realizar intubação

Enfermeiro/Coren(a):

Alcides Victor A. Eloy
 ENFERMEIRO
 COREN-PB 438 948

Período Transoperatório

Procedimento:

Furuna de Furuna (E)

1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

(x) Identidade

(x) Sítio demarcado

(x) Procedimento cirúrgico

() Verificação de segurança anestésica

> O PACIENTE POSSUI:

Via aérea difícil/ risco de aspiração?

(x) Não

() Sim e equipamento/ Aspiração disponível

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

(x) Não

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

() Reserva Hemocomponentes

> Checagem equipamentos

(x) Monitorização

(x) Aspirador

(x) OPME

() Conferir esterilização das embalagens

> ACESSO VENOSO

(x) Periférico MSE () ACV

1.3 Antes da incisão cirúrgica (Confirmação - Pausa Cirúrgica)

> CONFIRMAR SE A EQUIPE ESTÁ COMPLETA

(x) Cirurgião

() Instrumentador/Firma

(x) Anestesiologista

(x) Tec. RX

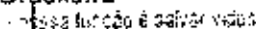
(x) Auxiliar cirurgia

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: <i>Pronto Conf</i>
Incisão: <i>- Incisão capsular de 1cm @ - Retirada de fratura cl. plav. 12.10.12 + p.12 de 12.10.12.</i>
Achados: <i>Fibros nodulares + suppur. de 12.10.12.</i>
Conduta: <i>I. Remoção do conteúdo II. Fixação de fratura de 12.10.12 no lado direito @ III. Colocação de placa bipo 1/12.10.12 IV. Fixação de placa de 12.10.12 no lado esquerdo V. T.12.10.12 placa anterior e no 20 x 30 VI. Colocação de 12.10.12 no 20 x 30.</i>
Fechamento: <i>M. 12.10.12 e 12.10.12.</i>
Observação: <i>N.D.</i>

Médico/CRM: Nerival B. de Lucena Filho
CRM 3117
Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 01/04/17



ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ

Dr. J. R. ...
ORTON ...
CRM-PR-518



Cruz Vermelha
Brasileira
A nossa missão é salvar vidas



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA POSTO - I



Paciente	MARIA JOSENILDA DOS SANTOS		HORA
UNIDADE:		28.03.2017	08:00
LEITO:			
ITEM	PRESCRIÇÃO - POSOLOGIA - ADMINISTRAÇÃO		
1.	DIETA LIVRE ATT		
2.	SRL 1000 ML EV em 24hs. <i>3/8</i>		
3.	PARACETAMOL 500MG VO 6/6 HS <i>8/6/10 20 6/4/30</i>		
4.	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA <i>2/8</i>		
5.	TRAMAL 100 MG + SF0.9% 100ML EV 12/12 HORAS <i>(S/N)</i>		
6.	NAUSEDON 8MG IV 8/8HS, SE NAUSEAS ATT		
7.	OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS <i>(06/2)</i>		
8.	CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD $\geq$ 110MMHG		
9.	<i>Oleo Mineral 1mg 1/3/8hs 3/8/8</i>		
10.	<i>Soluto Intoler Tensão Transmural</i>		
11.	<i>(1) 6 kg</i>		
12.	<i>(PROMOTIVA 1g - 01 P + 10 (15) 6/10 - OK</i>		
13.			
14.			
15.	DIAGNÓSTICO: FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR		
16.			
17.	EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS. SOL VAGA NA ENFERMARIA.		

06/00 diurese (100ml) disp

[Handwritten signature]



987588

EDVALDO CUNHA FREITAS

REGISTRO

LEITO..

IDEAL

SEXO

7COR

ADMISSAO

DATA ATUAL

31/03/2017

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DIETA LIVRE

TRAMAL 50 MG 1 COMP VO 8/8 HORAS

PARACETAMOL 750 MG 1 COMP VO 8/8 HORAS

OMEPRAZOL 40 MG VO DIA

AMOXILINA 500 MG 1 COMP VO 8/8 HORAS

CCGG

FRATURA-LUXAÇÃO DE ÚMERO PROXIMAL

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL; SEM QUEIXAS; CD: AGUARDA CIRURGIA. SOL
PARAFUSOS CANULADOS.

Dr. João Portales - Cx. 146
ORTOPEDIA - FISIOTERAPIA
Cidade - 4518

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

NOME	EDVALDO CUNHA FREITAS				REGISTRO
ENF.	LEITO	IDADE	SEXO	COR	<u>ADMISSÃO</u> DATA ATUAL
					01/04/2017

[illegible]

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL; SEM QUEIXAS; CD: AGUARDA CIRURGIA. SOL
PARAFUSOS CANULADOS.

Dr. Milton de Souza Lima
CRM 24.141 ECF 0116
Otorrinolaringologia



88788

EDVALDO CUNHA FREITAS

REGISTRO

ENT.

LETC

TIDAL

SEXO

1COR

ADMISSÃO

[DATA ATUAL]

02/04/2017

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DIETA LIVRE

TRAMAL 50 MG 1 COMP VO 8/8 HORAS

PARACETAMOL 750 MG 1 COMP VO 8/8 HORAS

OMEPRAZOL 40 MG VO DIA

AMOXILINA 500 MG 1 COMP VO 8/8 HORAS

CCGG

FRATURA-LUXAÇÃO DE ÚMERO PROXIMAL D.

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL; SEM QUEIXAS; CD: AGUARDA CIRURGIA. SOL
PARAFUSOS CANULADOS.

Dr. Milton de Silva Linares
CRM 4714 FEOT 8115
Ortopedia Traumatologia



NOME	EDVALDO CUNHA FREITAS				REGISTRO	
ENTR	LEITO	IDADE	SEXO	COR	ADMISSAO	DATA ATUAL
					08/07/88	03/04/2017

[illegible]

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL; SEM QUEIXAS; CD: AGUARDA CIRURGIA. SOL
PARAFUSOS CANULADOS.

DEPT. OF AGRICULTURE
OFFICE OF THE SECRETARY
WASHINGTON, D. C. 20250



NOME	EDVALDO CUNHA FREITAS				REGISTRO	987188
ENF.	LEITO	IDADE	SEXO	COR	ADMISSAO	DATA ATUAL
						04/03/2017

[illegible]

**PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL; SEM QUEIXAS; CD: AGUARDA CIRURGIA. SOL
PARAFUSOS CANULADOS.**

Dr. Heidi Romero L. Nóbreg
Ortopedia/Traumatología
CRM-PB 5050-TEOT 651



987188

REGISTRO

DATA ACTUAL

05/03/2017

[illegible]

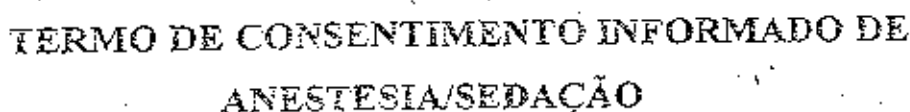
PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL; SEM QUEIXAS; CD: AGUARDA CIRURGIA. SOL. PARAFUSOS CANULADOS.

Telephone 1-800-421-1222
 Telex 161000-1
 Cable 161000-1
 FAX 1-800-421-1222

NOME	EDVALDO CUNHA FREITAS				REGISTRO
ENF.	LEITO	IDADE	SEXO	COR	<u>ADMISSÃO</u> DATA ATUAL
					06/03/2017

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL; SEM QUEIXAS; CD: AGUARDA CIRURGIA. SOL
PARAFUSOS CANULADOS.

1. Enfermagem
 2. Enfermagem
 3. Enfermagem
 4. Enfermagem
 5. Enfermagem
 6. Enfermagem
 7. Enfermagem
 8. Enfermagem
 9. Enfermagem
 10. Enfermagem
 11. Enfermagem
 12. Enfermagem
 13. Enfermagem
 14. Enfermagem
 15. Enfermagem
 16. Enfermagem
 17. Enfermagem
 18. Enfermagem
 19. Enfermagem
 20. Enfermagem
 21. Enfermagem
 22. Enfermagem
 23. Enfermagem
 24. Enfermagem
 25. Enfermagem
 26. Enfermagem
 27. Enfermagem
 28. Enfermagem
 29. Enfermagem
 30. Enfermagem
 31. Enfermagem
 32. Enfermagem
 33. Enfermagem
 34. Enfermagem
 35. Enfermagem
 36. Enfermagem
 37. Enfermagem
 38. Enfermagem
 39. Enfermagem
 40. Enfermagem
 41. Enfermagem
 42. Enfermagem
 43. Enfermagem
 44. Enfermagem
 45. Enfermagem
 46. Enfermagem
 47. Enfermagem
 48. Enfermagem
 49. Enfermagem
 50. Enfermagem
 51. Enfermagem
 52. Enfermagem
 53. Enfermagem
 54. Enfermagem
 55. Enfermagem
 56. Enfermagem
 57. Enfermagem
 58. Enfermagem
 59. Enfermagem
 60. Enfermagem
 61. Enfermagem
 62. Enfermagem
 63. Enfermagem
 64. Enfermagem
 65. Enfermagem
 66. Enfermagem
 67. Enfermagem
 68. Enfermagem
 69. Enfermagem
 70. Enfermagem
 71. Enfermagem
 72. Enfermagem
 73. Enfermagem
 74. Enfermagem
 75. Enfermagem
 76. Enfermagem
 77. Enfermagem
 78. Enfermagem
 79. Enfermagem
 80. Enfermagem
 81. Enfermagem
 82. Enfermagem
 83. Enfermagem
 84. Enfermagem
 85. Enfermagem
 86. Enfermagem
 87. Enfermagem
 88. Enfermagem
 89. Enfermagem
 90. Enfermagem
 91. Enfermagem
 92. Enfermagem
 93. Enfermagem
 94. Enfermagem
 95. Enfermagem
 96. Enfermagem
 97. Enfermagem
 98. Enfermagem
 99. Enfermagem
 100. Enfermagem



02/04/12

01. Que estou ciente do fato de que, em data de 08/04/12, estarei submetendo-me a procedimento anestésico/sedativo de _____, junto ao Hospital _____ a ser realizado pelo Médico Anestesiista _____ ou qualquer outro membro de sua equipe de Anestesia, a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de _____.

06. Peço autorização se necessário, para o cliente participar de um estudo para determinar para uso de dados para pesquisa acadêmica, desde que aprovada pelo comitê de ética e pesquisa.

Assinatura do Paciente ou Responsável: IX Rosilene Silvestre de Silva

Assinatura do Anestesiologista:

Testemunhas:



HEETSRL

DATA: 08/04/17

PRONTUÁRIO: 9897 25

DATA: 08/04/17		PRONTUÁRIO: 739423	
PACIENTE: Maria Almeida dos Santos Silva		SEXO: F	IDADE: 42
PRESSÃO ARTERIAL: 114/74	PULSO: 114	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA
PESO		GRUPO SANGÜÍNEO	
ESTADO GERAL: ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO: ☐ BOM ☒ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES			
AP. RESPIRATÓRIO: MV + em ALT + 1 EA		AP. CIRCULATÓRIO: ESTÁVEL	
AP. DIGESTIVO: JEJUM > 8h		ESTADO MENTAL: L.O.T.E	DROGAS EM USO: VPM
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA:		ESTADO FÍSICO (ASA): II	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA SUBTARSO-CARPIANA DE TERCIO MÉDIO DE FÊMUR			
CIRURGIA REALIZADA: TR. CIELEGIO DE FRATURA SUBTARSO-CARPIANA DE TERCIO MÉDIO DE FÊMUR			
CIRURGIÃO: Dr. Nivaldo	AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA: 8:00	TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:45	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES-RS	
ANESTESISTA: Dr. Imbelloni	CPF	CRM-PB	

[illegible]

TESTES GERAIS: ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

TESTE: Pt. monitorizado, aparelhos de anestesia checkados. Pt. monitorado, jato compressa e anti

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

USUÁRIOS	VOLUME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
GLICOSE		1	MIDAZOLAM 2mg																			
INAC		2	NEOCLINA KODOLIN 0.5% 15mg																			
SANGUE		3	ROVAZUPIVALAMINA 0.5% 5ml 30ml																			
RECOR		4	LIDOCALINA 2% 20ml cl vaso																			
TOTAL		5	CEFALOXINA 2g																			
DESTINO DO PACIENTE		6	DEXAMETASONA 10mg																			
☐ APT ☐ ENFERMARIA		7																				
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA		8																				
☐ OUTROS		9																				
OBSERVAÇÕES E IMPORTÂNCIAS		10																				

Observações e Importâncias: aparelho local monitorizado, selo citib. manual com FiO2 100%. realizada punção lombar
a nível de L4-L5, LCR @. Limpido e injeção de (2) sem intercorrências.
Feito bloqueio de nervo femoral por via injetável anterior com neuroestimulador,
agulha de bloqueio A50 e injeção de (3) + (4)

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Luiz Eduardo Imbelloni
F(ING) ASCR. 028-1 CRM-PR 1283



4

五、研究结论

[illegible]

Obs. had USAs over Court.

30

C	K	Dita Tm	GAZES ALGODON
			GEL ELASTOLIN
			JELCO N°14
			JELCO N°16
A		01 Pasa 12F	
		01 Pina 125 N°60	
A		01 Poma 125 N°60	
		Pamf 125 N°60	
		03 N° 3)	

JOSE MARIA NASCIMENTO
 TCM - Enfermagem
 COPIEN - PB 412853
 DEREGULANTE



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



08.04.17.

NOME: *ma. genivaldo de. Santos Silva*
ENFERMARIA: *apt. 06* LEITO: *03*

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DIETA LIVRE *apil 18:00h*

SRL 1500ML - EV - EM 24H

clonitina 01g EV d. 6/6h

DIPIRONA 01 AMP + AD EV 6/6HS

TELATIL 40MG - 01AMP, EV, 12/12H

TRAMAL 160MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 SN

NAUSEDRON 4mg + AD - EV - 8/8h (S/N)

OMEPRAZOL 40MG - 01AMP, EV, 1X/DIA

CURATIVO DIÁRIO

SSVV - CCGG

eq

Obs: Após 12 h em le cirurg (PD) monitor clinico

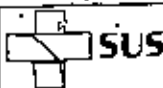
40 oim se. 12/12h

EP:

ED:

VPM

Genival B. de Lucena Filho
CRM 2447
Ortopedia e Traumatologia



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

COD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CX DHS TM CILINDROS
01 PARA 12 E.
01 PARA 1856 V.60
01 PARA COMPRESSOR
Para 03 N:32

NO K N: 2,0 (01) USADO
11 11 N: 2,5 (02) COM
ANTICITOSE

J. BRAUN M. BRAGA A. S. F. C.

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

Nerival R. de Lencina Filho
CRM 3117
Ortopedia e Traumatologia



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Maria Goretti dos S. Silva portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
11:30 horas, portador(a) da patologia CID-
10 S72.1, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 30 (trinta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 10/04/17

Dr. João Pessoa
Médico Especialista
CRM-PA 5152

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

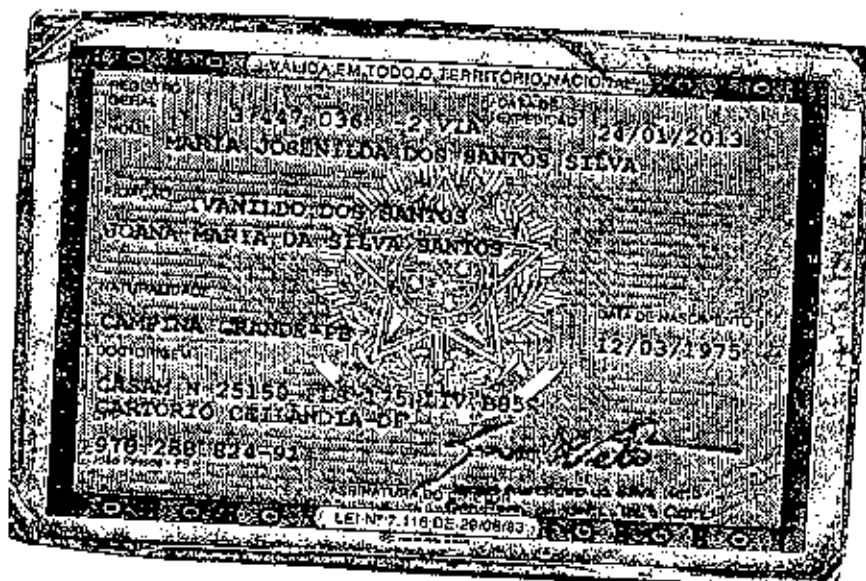
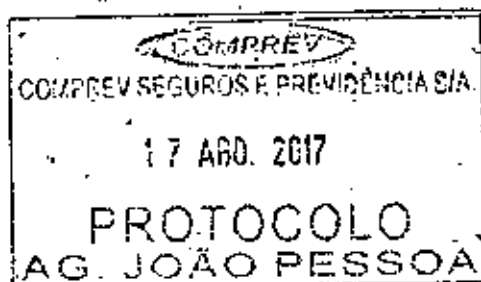
Eu, _____
autorizo o(a) Dr. (_____) a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal.

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXAO AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NQ).CC.003-1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 013153798655
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 227079426 RENTAC ***** EXERCÍCIO: 2017

NOME: JURANI INACIO ANTONIO DA SILVA

OLINDA-PE PLACA: 034.773.734-05 XGD9149

CHASSI: 9C2KD0510AR028460

PAS /MOTOCICLISTA COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GASOL

HONDA/HR150EROS MIX ESD ANO FAB: 2010 ANO MOO: 2010

2P/149CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PERUA

1 IPVA 2017 QUITANDO VENC/COTAS: 1 ***** 2 ***** 3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

AL. FID. ADM CORP NAC HONDA LTDA

OLINDA DATA: 20/02/17

ANDREA SOUSA RIBEIRO

DIRETOR RESPONSÁVEL DETRAN/PE

CARTÓRIO PAULIANA PORTO Bda. Pauliana Siqueira Porto Av. Celso de Figueiredo, 516 - Bairro Hort. - Olinda PE CEP 55060-010 - Fone: (081) 3331-3331

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autenticado e dou fé, Olinda, 17/07/2017 09:16:08.

Escrevente: INACILENE GUEDES DA SILVA EMP: R\$ 2,99 TSNR R\$ 0,66 FERC R\$ 0,23 Total: R\$ 3,88

Selo: 0073775.LMW0201701.04553

COMPREV
17 ABO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

PE Nº 013153798655 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JURANI INACIO ANTONIO DA SILVA
AVENIDA QUATRO DE OUTUBRO 493 53370-001
CABA CIDADE TABAÇARA OLINDA-PE

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

www.seguradora lider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 20/02/17

VIA 1 034.773.734-05 PLACA: XGD9149

RENAVAM 227079426 MARCA/MODELO: HONDA/HR150EROS MIX ESD

ANO FAB: 2010 Nº CHASSI: 9C2KD0510AR028460

PRÊMIO TARIFÁRIO FMS (R\$) DEUTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) VENCIMENTO/REINSCRIÇÃO

SEGURO PAGO PAGAMENTO PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.348.460/0001-04

DESTAQUES E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319752/17
Vítima: MARIA JOSENILDA DOS SANTOS
CPF: 978.288.824-91

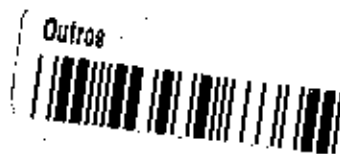
Data do Acidente: 26/03/2017
CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSENILDA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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



MARIA JOSENILDA DOS SANTOS : 978.288.824-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/08/2017
Nome: MARIA JOSENILDA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 978.288.824-91

MARIA JOSENILDA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/08/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170459770 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSENILDA DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de fêmur a esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170459770 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSENILDA DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCATERIANA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO, MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 26 CM NA FACE EXTERNA DA COXA E QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA PARAFUSOS..

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA JOSENILDA DOS SANTOS** Sinistro: **3170459770** Data: **26/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA, SN, CASA - JARDIM OCEANIA - Cabedelo - PB - CEP 58101-770**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3447036**

Data local do exame: [**06/09/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA TRANSTROCATERIANA DO FÊMUR ESQUERDO . AO EXAME VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO, MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 26 CM NA FACE EXTERNA DA COXA E QUADRIL ESQUERDO.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA PARAFUSOS..

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

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

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

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

IV. Segundo o previsto no inciso II, §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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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



João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB