

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

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

123.136.014-39

Nome completo da vítima

Ronaldo Lacerda da Silva Junior

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Ronaldo Lacerda da Silva Junior	323.136.014-39	Titular
Endereço	Número	Complemento
Rua Joaquim Boa Vista	940	
Bairro	Cidade	Estado
Parati	João Pessoa	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
lidle.dpvat@gmail.com.br	58062-333	(83) 99100-5604

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

65 FEV. 2018  
SEGURO DE PREVIDÊNCIA S/A

#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3484		0300027932	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

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

Joaquim Boa Vista, 31 de Janeiro de 2018  
Local e Data

Ronaldo Lacerda da Silva Junior  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Name Completo da Vítima: **Ronilda Lordinho da Silva Turner** | CPF da Vítima: **193.136.019-39** | Data do Acidente: **10/06/2014**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Jônio Fumex, 31 de janeiro  
Local e Data

ca prévia concordância com a futura avaliação

15 FEVEREIRO DE 2019  
PROTÓCOLO  
de 2018

Ronaldo Guedes de Souza Júnior  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Name Completo da Vítima: **Ronilda Lordinho da Silva Turner** | CPF da Vítima: **193.136.019-39** | Data do Acidente: **10/06/2014**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Jônio Fumex, 31 de janeiro  
Local e Data

ca prévia concordância com a futura avaliação

15 FEVEREIRO DE 2019  
PROTÓCOLO  
de 2018

x Ronaldo Guedes de Souza Júnior  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1006513

**Identificação do paciente**

ID 1179485	Nome RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 19 anos 2 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIANGELA DA COSTA GALDINO CORDEIRO				Pai RONILDO DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) NILBA ADRIANNY - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988346399	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3247100	Nº Cns		
Local de procedência MANGABEIRA				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	UF PB	

**Endereço**

CEP 58057032	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSÉ BATISTA DE LUCENA
Número 470	Complemento		Bairro MANGABEIRA

**Admissão**

Data e Hora 10/06/2017 18:36:57	Número da pulseira <b>1000006205057</b>	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	

**Indicadores e Transporte**

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

**Sinais Vitais**

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

**Exames complementares**

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
Paciente neutro de celíaco x corrente Consciente, orientado, encaminhado ao CDI, segue em observação.						
Diagnóstico						
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA						

Dr. Janeclide F.M.  
Enfermeiro  
Tempo Coran 500048  
01min 11seg

Imprimir

14/06  
NS  
PC  
PQ  
PQ  
PQ

10/06/2017 18:34  
10/06/2017 18:34



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1006513

**Identificação do paciente**

ID 1179485	Nome RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 19 anos 2 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIANGELA DA COSTA GALDINO CORDEIRO				Pai RONILDO DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) NILBA ADRIANNY - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988346399	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3247100	Nº Cns		
Local de procedência MANGABEIRA				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	UF PB	

**Endereço**

CEP 58057032	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSÉ BATISTA DE LUCENA
Número 470	Complemento		Bairro MANGABEIRA

**Admissão**

Data e Hora 10/06/2017 18:36:57	Número da pulseira <b>1000006205057</b>	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	

**Indicadores e Transporte**

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

**Sinais Vitais**

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

**Exames complementares**

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
Paciente neutro de celíaco x corrente conciente, orientado, encaminhado ao CDI, segue em observação.						
Diagnóstico						
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA						

Dr. Janeclide F.M.  
Enfermeiro  
Tempo Coran 500048  
01min 11seg

Imprimir

14/06  
NS  
PC  
PQ  
PQ  
PQ

10/06/2017 18:34  
10/06/2017 18:34

# 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: 07/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 00000027932-2

---

Nr. da Autenticação 70B9E5DD62E614E0

# 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: 07/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 00000027932-2

---

Nr. da Autenticação 70B9E5DD62E614E0

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 001.463.336



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080  
CNPJ 09.885.183 / 0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MATEUS DANTAS HARDMAN URTIGA  
RUA JOSINALDO BELO DA SILVA 470 CS 01 QD 281 LOT 957  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1779336-5

REFERÊNCIA

JAN/2018

APRESENTAÇÃO

29/01/2018

CONSUMO

148

VENCIMENTO

05/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 123,75

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DETALHES AQUI

MATEUS DANTAS HARDMAN URTIGA

Rotelro: 18-005-636-2480

83880000001-7 23750149000-5 17793362018-5 01300005019-8



VENCIMENTO

05/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 123,75

MATRÍCULA

1779336-2018-01-3

(63) 99500-5604

(83) 99811-5088



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 001.463.336



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080  
CNPJ 09.885.183 / 0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MATEUS DANTAS HARDMAN URTIGA  
RUA JOSINALDO BELO DA SILVA 470 CS 01 QD 281 LOT 957  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1779336-5

REFERÊNCIA

JAN/2018

APRESENTAÇÃO

29/01/2018

CONSUMO

148

VENCIMENTO

05/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 123,75

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DETALHES AQUI

MATEUS DANTAS HARDMAN URTIGA

Rotelro: 18-005-636-2480

83880000001-7 23750149000-5 17793362018-5 01300005019-8



VENCIMENTO

05/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 123,75

MATRÍCULA

1779336-2018-01-3

(63) 99500-5604

(83) 99811-5088



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segredo-via de conta.

Boleto para simóles pagamento da nota fiscal/carta da energia elétrica N° 001.167.734



CNPJ 29.095.183 / 0001-48 Insc. Est. 16.015.623-0

## DADOS DO CLIENTE

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE  
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 206  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

NOV/2017

APRESENTAÇÃO

27/11/2017

CONSUMO

170

VENCIMENTO

04/12/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 348,97

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESENHO AGORA

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

Rotelro: 15-006-213-1150

83640000003-7 48970149000-0 10823142017-6 11300006019-5

VENCIMENTO

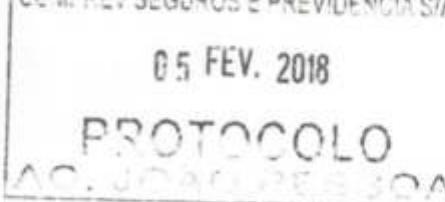
04/12/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 348,97

MATRÍCULA

1082314-2017-11-3



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segredo-via de conta.

Boleto para simóles pagamento da nota fiscal/carta da energia elétrica N° 001.167.734



CNPJ 29.095.183 / 0001-48 Insc. Est. 16.015.623-0  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

## DADOS DO CLIENTE

DANILÓ DE ARAUJO NOBRE LEITE  
RUA FRANCISCO LEOGÁDIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 206  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA  
04/12/2017 R\$ 348,97 1082314-2017-11-3

## CONSUMO VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

170 04/12/2017

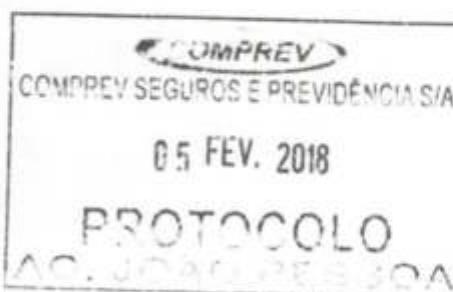
R\$ 348,97

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

DANILÓ DE ARAUJO NOBRE LEITE

Rotelro: 15-006-213-1150

83640000003-7 48970149000-0 10823142017-6 11300006019-5



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### CIRCULAR SUSEP 445/12

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

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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>2</sup>**.

<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 Romildo de Araújo Melo Júnior inscrito (a) no CPF 081.469.164-31,  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Romildo Lacerda da Silva Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 193.136.014-39, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Romildo Lacerda da Silva Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 193.136.014-39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:  
Revisor.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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	<u>Rua Francisco Teodoro Ribeiro Jardimero</u>		Número	<u>208</u>	Complemento	<u>2108</u>	
Bairro	<u>Bumba</u>	Cidade	<u>Juiz de Fora</u>	Estado	<u>RB</u>	CEP	<u>58086-450</u>
Email	<u>melmo.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(33) 99100-5007</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(33) 99811-5088</u>	

Juiz de Fora 31 de Januário de 2018  
 Local e Data

Romildo de Araújo Melo Júnior  
 Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### CIRCULAR SUSEP 445/12

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

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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>2</sup>**.

<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 Romildo de Araújo Melo Júnior inscrito (a) no CPF 081.469.164-31,  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Romildo Lacerda da Silva Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 193.136.014-39, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Romildo Lacerda da Silva Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 193.136.014-39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:  
Revisor.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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	<u>Rua Francisco Teodoro Ribeiro Jardimero</u>		Número	<u>208</u>	Complemento	<u>2108</u>	
Bairro	<u>Bumba</u>	Cidade	<u>Juiz de Fora</u>	Estado	<u>RB</u>	CEP	<u>58086-450</u>
Email	<u>melmo.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(33) 99100-5007</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(33) 99811-5088</u>	

Juiz de Fora 31 de Januário de 2018  
 Local e Data

Romildo de Araújo Melo Júnior  
 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Graciliano da Silva Paiva,

RG nº 3.194.668, data de expedição 03/05/2014,  
Órgão CNH, portador do CPF nº 026.400.984-06, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Jornalista Décio da Silva, nº 480,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Ronildo Lacerda da Silva Júnior cujo o condutor era  
Ronildo Lacerda da Silva Júnior.

Veículo: Psi metade de I Não Aplic.

Modelo: Honda NX R160 Bros E500

Ano: 2016/2017

Placa: 0FC0561 PB

Chassi: 9C2KDD08JOHR406296

Data do Acidente: 26/06/2014

Local e Data: João Pessoa, PB 31 Janeiro 2018

CARTÓRIO



José Graciliano da S. Paiva

VIEIRA BATISTA Assinatura do Declarante

Ronildo Lacerda da Silva Júnior

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Av. Raimundo Vieira Batista - Edifício / Bloco: Rua Raimundo Vieira Batista - Distrital  
Av. Raimundo Vieira Batista nº 40, Bairro: Centro CEP: 58010-000 João Pessoa - PB Fone/Fax: (23) 3602-2200

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

JOSE GRACILIANO DA SILVA PAIVA

Em test. da verdade. João Pessoa-PB 30/01/2018 11:51:40

Rikeley Almeida de Lima - ESCREVENTE AUTORIZADO

[2018-005230]ENL:R\$ 49,48 FARPN:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AGJ64634-ANB

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Graciliano da Silva Paiva,

RG nº 3.194.668, data de expedição 03/05/2014,

Órgão CNH, portador do CPF nº 026.400.984-06, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Jornalista Décio da Silva, nº 480,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Ronildo Lacerda da Silva Júnior cujo o condutor era  
Ronildo Lacerda da Silva Júnior.

Veículo: Pási metade de I Não Aplic.

Modelo: Honda NX R160 Bros E500

Ano: 2016/2017

Placa: 0FC0561 PB

Chassi: 9C2KDD08JOHR406296

Data do Acidente: 26/06/2014

Local e Data: João Pessoa, PB 31 Janeiro 2018

CARTÓRIO



VIEIRA BATISTA Assinatura do Declarante

Ronildo Lacerda da Silva Júnior

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Av. Raimundo Vieira Batista - Edifício / Bloco Vieira Batista - Desembargador  
Ricardo Batista nº 40 - Centro - João Pessoa - PB - CEP: 50010-000

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

JOSE GRACILIANO DA SILVA PAIVA

Em test. da verdade. João Pessoa-PB 30/01/2018 11:51:40

Rikeley Almeida de Lima - ESCREVENTE AUTORIZADA

[2018-005230]ENL:R\$ 49,48 FARPN:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AGJ64634-ANB

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Ronildo Cordeiro da Silva Junior

DATA DE NASCIMENTO 17/03/98

NOME DA MÃE Mariangela da Costa Galdino Cordeiro

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 102484

COLETIM DE ENTRADA N.º 1006513

DATA DO ATENDIMENTO 10/06/17

HORA DO ATENDIMENTO 18:36

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de diáfise do fêmur direito

CID 10 S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, usava capacete, nega perda da consciência, queixa de dor em coxa direita e perna ipsilateral, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa e perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de diáfise do fêmur direito

### TRATAMENTO:

Tração transequelética (realizado em 10/06/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito (realizado em 14/06/17)

ALTA HOSPITALAR: 16/06/17

DATA DA EMISSÃO: 16/11/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1006513



## Identificação do paciente

ID 1179485	Nome RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR	Sexo Feminino		
Data de nascimento 17/03/1988	Idade 19 anos 2 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIANGELA DA COSTA GALDINO CORDEIRO			Pai RONILDO DA SILVA	
Escolaridade				Responsável (Parentesco) NILBA ADRIANNY - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988346399	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3247100	Nº Crns		
Local de procedência MANGABEIRA				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			
CBO/R				UF PB

## Endereço

CEP 58057032	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSÉ BATISTA DE LUCENA
Número 470	Complemento		Bairro MANGABEIRA

## Admissão

Data e Hora 10/06/2017 18:36:57	Número da pulseira 1000006205057	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

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

## Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura 37.0
--------------	----	---------------------

## Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos Paciente vítima de acidente moto x corre Consciente, orientado, encaminhado ao CDI, segue em observação.						

## Diagnóstico

Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA	Imprimir	Assinatura
---	----------	------------

Dra. Janeclide F. M. Araújo  
Enfermeira  
Tempo Coran 006546  
01min 11seg

14/06  
NS  
PC  
PQ  
PQ

TB  
10/06



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR</b>	BAE 1006513	Data/Hora Entrada 10/06/2017 18:36:57	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 19	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988346399
Mãe <b>MARIANGELA DA COSTA GALDINO CORDEIRO</b>			Prontuário
Endereço <b>JOSÉ BATISTA DE LUCENA, 470</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Azidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PEDRO ROMAO DANTAS</b>	Nº Cons. Regional <b>9799/PB</b>
Data/Hora Classificação 10/06/2017 18:36:57		Data/Hora Prescrição 10/06/2017 21:49:03	

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA E COM FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO. CD: FAZER TRAÇÃO TRANSEQUELETICA DE TIBIA ESQUERDA

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTS)

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD&gt;110MMHG E/OU PAS&gt;160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTS)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTS) SE NECESSÁRIO SE HGT&lt;60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTS)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V, 12/12H



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR</b>	BAE 1006513	Data/Hora Entrada 10/06/2017 18:36:57	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 19	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988346399
Mãe <b>MARIANGELA DA COSTA GALDINO CORDEIRO</b>			Prontuário
Endereço <b>JOSÉ BATISTA DE LUCENA, 470</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS</b>	Nº Cons. Regional <b>8572/PB</b>
Data/Hora Classificação 10/06/2017 18:36:57		Data/Hora Prescrição 10/06/2017 18:51:14	

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM CAPACETE, SEM PERDAD E CONSCIENCIA, SEGUE AO MOMENTO ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM REGIÃO COXA DIREITA E Perna IPSILATERAL

## MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

ADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

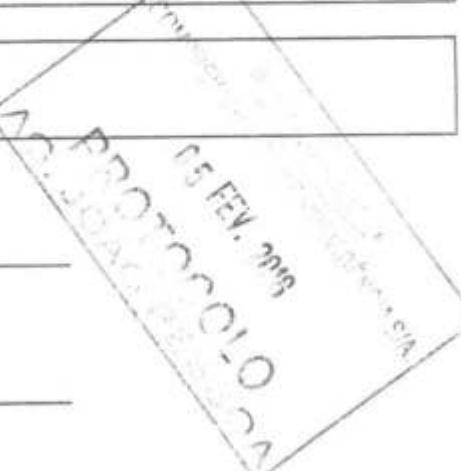
## Conduta

Em observação

  
RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS

(8572/PB)

RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR</b>	BAE 1006513	Data/Hora Entrada 10/06/2017 18:36:57	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 19	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988346399
Mãe <b>MARIANGELA DA COSTA GALDINO CORDEIRO</b>			
Endereço <b>JOSÉ BATISTA DE LUCENA, 470</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PEDRO ROMAO DANTAS</b>	Nº Cons. Regional 9799/PB
Data/Hora Classificação 10/06/2017 18:36:57		Data/Hora Prescrição 10/06/2017 21:49:03	

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA E COM FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO. CD: FAZER TRAÇÃO TRANSEQULETICA DE TIBIA ESQUERDA

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTS)

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0.0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD&gt;110MMHG E/OU PAS&gt;160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, 0.0 (MGTS)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTS) SE NECESSÁRIO SE HGT&lt;60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTS)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V, 12/12H

*-cepofeno 10 eas (6) 6/69*

**SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)**

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

**CUIDADOS**

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

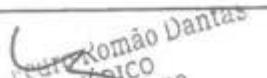
SSVV + CCGG

**CID10**

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

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

Internar Paciente

  
 MÉDICO  
 CRM-PB 9799  
 CRN-BR 5224  
 PEDRO BOMÃO DANTAS  
 (9799/PB)

RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

**Nome do paciente**

Ronaldo coriolis da silva Junior

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
11/06/17		<p><u>Serviço Social</u></p> <p>Realizado orientações, anexado Termo de admissões, solicitado doadores de sangue e xerox dos documentos.</p>
		 <p>Kízia Belchior Keila de Medeiros C. Corrêa Benito Assistente Social CRESS 4396 13º REG/SC/FB</p> <p></p>



**CRAZ VERMELHA**  
**BRASILEIRA**

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



SEETSHL

Nome: Ronaldo Cardoso de Souza BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Clinica/Setor: Oncopediatra EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Tratamento Fistula disfixa de Fimur

Cirurgião: Dr. Kotman / 1º Assistente: Dr. Tavares

2º Assistente: Jr. Willian 3º Assistente: Jr. Victor

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fratura. Disfície de Fumar.	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- Tratamento de Fratura de Diáfise de Fêmur A	

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 14/06/17

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE:		<u>Ronilco Condeiro da Silva Júnior</u>			
IDADE:	19 A	RE:	1006513 PERTINCIPIO:		
CIRURGIA:	<u>W.R. cir. Fratura diáfise do fêmur D</u>				
CIRURGÃO:	<u>Dr. Kartney Dr. Wilson (MR)</u>				
ANESTESIA:	<u>Raque</u>				
ANESTESISTA:	<u>Dr. SOCOMBO</u>				
INSTRUMENTADOR:					
DATA:	19/06/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:	12:00 Fim: 12:20 = Fim 15:00 h		
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )					
OBRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO N°22		FIO DE ACO N°	
CETAMINA	1 SF 500	OK	JELCO N°24	FIO DE ACO N°	
DROPERIDOL	SRL 500	OK	KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°	FIO DE NYLON N°	20 □
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N°	10 □
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAYNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAYNA S/ VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	□	LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°	
MÓRFINA	AGULHA 40X12	□	LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDIACA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PÁNCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G	1	SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RÁMIPENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 3ML	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	□	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	□	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	10	CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. PAM	
BEXTIRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA POLEY 2VIAS N°16	EMPRESA	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA POLEY 2VIAS N°14	<u>F.M. Cirúrgico</u>	
DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS	
Efedrina		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAYNA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLATEL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		Cx. 4,5	EQUIPAMENTOS
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	FIOS	( ) ASPIRADOR	
TENOICAN		ESPARADRAPO	OK	( ) BISTURI ELÉTRICO	
<u>Conduinc</u>	1	GAZES	OK	( ) CAPNÓGRAFO	
<u>cx 4,5</u>		GAZES ALGODOADAS	OK	( ) CÁRDIONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO	OK	( ) DESFIBRILADOR	
		JELCO N°14		( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO N°16		( ) FOCO CENTRAL	
				( ) MICROSCOPIO	
				( ) OXIMETRO DE PULSO	
				( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	
				CIRCULANTE	

## FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE:	Renaldo Lacerda da S. Junior		DATA: 14/06/17	PRONTUÁRIO:	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 90	RESPIRAÇÃO: 18	SEXO: M	COR: P	IDADE: 19c
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO			TEMPERATURA: 36,5	PESO: 75	GRUPO SANGUÍNEO
EXAMES COMPLEMENTARES: OK					
AP. RESPIRATÓRIO	RR: 18		AP. CIRCULATÓRIO	Pulse 100	
AP. DIGESTIVO	LAR		ESTADO MENTAL	Consciente	
PRÉ-ANESTÉSICO			DROGAS EM USO		
DOSE / HORA			ESTADO FÍSICO (ASA)		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura diafise diáfise do fêmur a/p				
CIRURGIA REALIZADA	Técnica: Iglamenteo tempo				
CIRURGÃO	Dr. Ribeiro	AUXILIARES	Dr. Thales		
INÍCIO DA ANESTESIA	14:00	TÉRMINO DA ANESTESIA	14:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESISTA	Ronaldo		CPF: 160.467.814-34	CRM-PB: 1822	
ADENTRO/SAIR					
O <sub>2</sub>	100% - 100% - 100%				
LÍQUIDOS VENOSOS	1L - SF - H - H - H				
ANESTÉSICO	PARTERIAL SISTÓLICA	V	DIASTÓLICA	V	MAPA: 120
X	CONTR. OXIGENADA		CONTR. CO <sub>2</sub>		
REFRESCO					
<input checked="" type="checkbox"/> P. ARTERIAL					
<input type="checkbox"/> ECG					
<input type="checkbox"/> LBO					
ANOTADAS					
<input type="checkbox"/> ANESTÉSICO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ.NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TECNICA	14-15 dg abd. desarticular				
LÍQUIDOS	Volume ml: 1500				
SUCROSE	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				
INCL.	1. Promedol 5mg	11			
SÍRIOQUE	2. Fortanid 100 mg	12			
PERCUT.	3. Moracine 10 mg pes.	13			
TOTAL	4. Timost 10 mg	14			
ESTIMATIVA DE PERDIDA	5. Morfínidina 10 mg	15			
<input type="checkbox"/> ATTP	6. Electriva 10 mg	16			
<input type="checkbox"/> ENFERMAGIA	7. Tepacaliza 10 mg	17			
<input type="checkbox"/> UTI	8. Tabudilidina 10 mg	18			
<input type="checkbox"/> RESIDENCIA	9. Difuroxina 10 mg	19			
OUTROS	10. Glucosamina 10 mg	20			
COMPROVATOS IMPORTANTES					
Assinatura do Segundo de Segundo Oficial: 1822					
Assinatura do Anestesista: 1822					
F. (NG) ABCIR.026-1					

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

**Posição e Preparo:**

- 1 DPH sob Anestesia
- 2 Ansepsia e Antissepsia
- 3 Aparição do campo estéril

**Incisão:**

- 1 Incisão longitudinal em corte
- 2 Dissecção por planos
- 3 Hemostasia

**Achados:**

- 1 Fratura gráfite de Fáscia com curva em fe-

**Conduta:**

- 1 Redução cruenta sob visão ligeira
- 2 Fixação com placar DCP longo 10Furos + 3 profundos corticais.
- 3 Limpeza

**Fechamento:**

- 1 Sutura por planos
- 2 Curativo Estéril

**Observação:**

Médico/CRM:

Dra. Victor Linhares  
Médico Residente Ortopédica  
PB 10894

João Pessoa,

14/06/14



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



MEETSHL

Nome:

Ronaldo Soárez de S. Jônios

BE/Prontuário:

Idade:

Sexo:

( )Masculino ( )Feminino

Cor:

Data: 10/06/12

Clinica/Setor:

EMP:

LR:

Cirurgia:

Cirurgião: Dr. Andreio

1º Assistente:

Waldo Rogério Lemos

2º Assistente:

3º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de Anestesia:

Horário: Início

Término

Diagnóstico Pós-Operatorio	CID
Operação Tórica de Fimex D	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
O Tórica Transquelítico	

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

Médico/CRM:

Tomaz Dantas  
CRM 123456  
CIR 123456

João Pessoa, 10/06/12

## Nota de Sala Cirúrgica

1006513

NOME DO PACIENTE:	Ronaldo Bordini da Silva Júnior				
IDADE:	19	SEXO:			
CIRURGIA:	Tragão e nauseogástrica de fêmur direito	PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:		
CIRURGÃO:	Dra. Andréia	1º AUX:	LEITO:		
ANESTESIA:	Dr. Andréia	2º AUX:			
ANESTESISTA:	Maria				
INSTRUMENTADOR:	-				
DATA:	10/6/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 21:15	CBURGIA: INÍCIO: 21:35		
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )					
GRADO DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.		
ALPENTANILA		JELCO N°18	FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22	FIO DE AÇO N°		
CETAMINA		JELCO N°24	FIO DE AÇO N°		
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°	FIO DE NYLON N°		
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVP TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVP TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAYNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAYNA S/ VASO	AGULHA 25X07	□	LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDIÁCA	
NIMBRIUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS 60mm	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORPOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19 propofol	CLIP TITÂNIO LIODURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 3ML	FIO STEINMAN N° 40 01	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM 20	1	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	20g	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA	
DEXAMETASÓNA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais	
Efedrina		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAYNA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP	FIOS	QTD.	
TENOIXCAN		ESPADRADO	FIO ALGODÃO S/A N°	( ) ASPIRADOR	
		GAZES	FIO ALGODÃO S/A N°	( ) BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A N°	( ) CAPNÓGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°	( ) CARDIOMONITOR	
		JELCO N°14		( ) DESFIBRILADOR	
		JELCO N°16		( ) FOCO AUXILIAR	
				( ) FOCO CENTRAL	
				( ) MICROSCOPIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) PAP. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				( ) PÉRFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	
				CIRCULANTE	
				Ronald Bordini da Silva Jr. 10/06/2017	



—  
CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## FICHA DE ANESTESIA

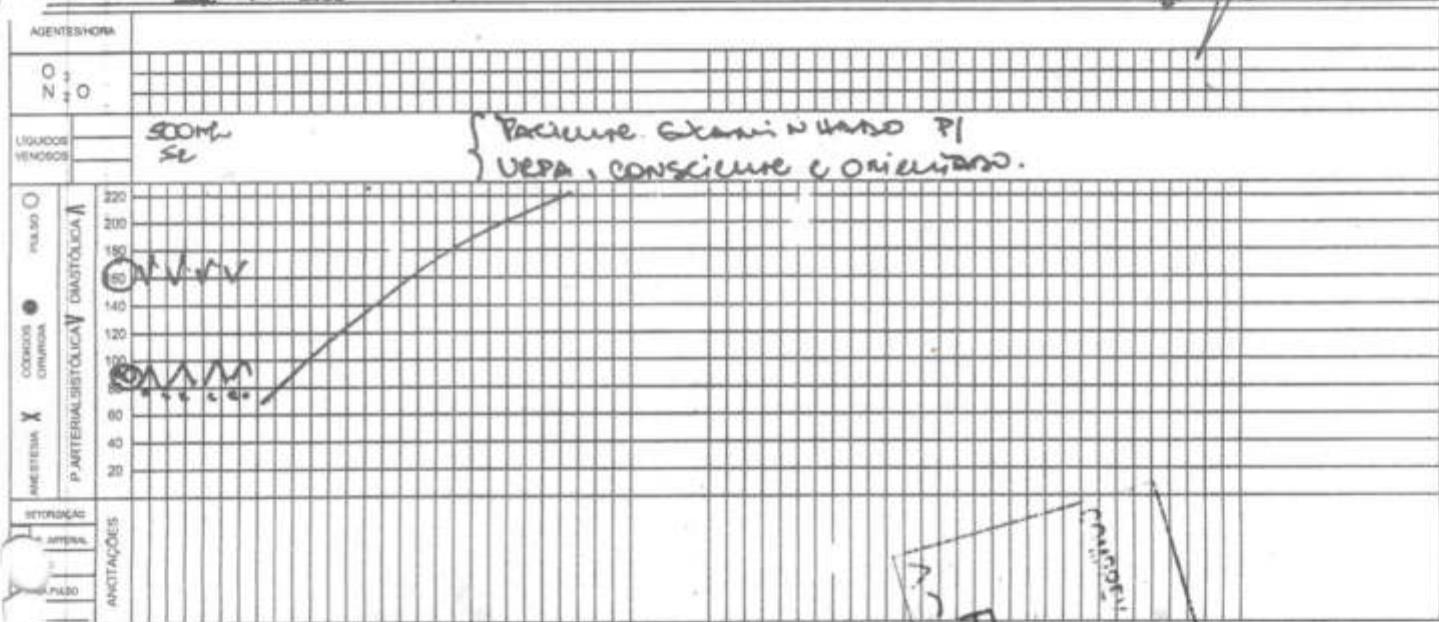


HEETSHI

DATA: 10/06/14

## **PRONTUÁRIO:**

PACIENTE: <b>Romildo Cordero da Silva Júnior</b>	SEXO: <b>M</b>	COR: <b>B</b>	IDADE: <b>19 anos</b>		
PRESSÃO ARTERIAL <b>160-90</b>	PULSO <b>86</b>	RESPIRAÇÃO <b>99%</b>	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL <b>(X) BOM</b> ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO				
EXAMES COMPLEMENTARES <b>VER PRONTUÁRIO</b>					
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO			
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL <b>Orientado</b>		DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE / HORA <b>Sorvete + Fentanil</b>				ESTADO FÍSICO (ASA) <b>I</b>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <b>Fratura de fêmur</b>					
CIRURGIA REALIZADA <b>Trocâr Esquelética</b>					
CIRURGIÃO	AUXILIARES				
INÍCIO DA ANESTESIA <b>21:20hs</b>	TÉRMINO DA ANESTESIA <b>09:50</b>		DURAÇÃO DA ANESTESIA		
DIIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES RS		
ANESTESISTA <b>Drs Anná</b>	CPF		CRM-PB		



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ.NERVOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS
TECNICA					
LÍQUIDOS	Volume em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLICOSE		1	BUPIVACALINA PES. 12MG (6ml)	11	2
NACL		2	EPIDALGINA 2G EV	12	3
SANGUE		3	DIPIRONA 2G EV	13	4
RINGER		4	MIDAZOLAM 5MG EV	14	5
TOTAL		5	Fenoteril 500UG EV	15	6
DESTINO DO PACIENTE		6	DEKAMERONINA 30MG EV	16	7
<input type="checkbox"/> APT <sup>+</sup>	<input type="checkbox"/> ENFERMAGA	7	ONDANISTRONA 8MG EV	17	8
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8		18	9
<input type="checkbox"/> OUTROS _____		9		19	10
		10		20	

*l. Scatoglio*

**TÉCNICA:** Paciente monitorizado seguindo à vedação  
Primitiva, cloro amfetamina e antipsicótica em REGião Lateral +  
Sacral → Paralisia areflexa com agonia N° 26 Envol TB-  
L4, L5 e Cauda Equina Semicardínia.

## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Paciente Tocantinense dorsal toracotóraco
- Sal. teguaderos
- Anestesia + Entubagem
- Colarinho de Kirschner comíngeas

### Incisão:

- nôo + ev

### Achados:

- Fratura Dióptre de Fimur D.

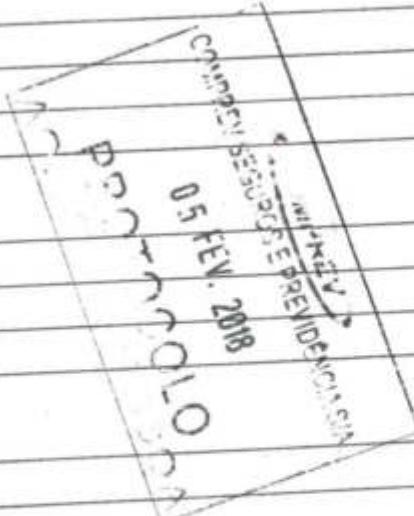
### Conduta:

- ① Palpação do TAT
- ② Retração do fio de Kirschner 4.0 de lateral para medial após poliflexão TAT para sacar osso superior 2cm lateral

### Fechamento:

- ① Curativos estérveis

### Observação:



Médico/CRM:

Pedro Romão Dantas  
MÉDICO  
CRM-PB 1739

João Pessoa,

10/06/17



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Ronildo Cordeiro da Silva Junior

DATA DE NASCIMENTO 17/03/98

NOME DA MÃE Mariangela da Costa Galdino Cordeiro

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 102484

COLETIM DE ENTRADA N.º 1006513

DATA DO ATENDIMENTO 10/06/17

HORA DO ATENDIMENTO 18:36

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de diáfise do fêmur direito

CID 10 S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, usava capacete, nega perda da consciência, queixa de dor em coxa direita e perna ipsilateral, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa e perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de diáfise do fêmur direito

### TRATAMENTO:

Tração transequelética (realizado em 10/06/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito (realizado em 14/06/17)

ALTA HOSPITALAR: 16/06/17

DATA DA EMISSÃO: 16/11/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1006513



## Identificação do paciente

ID 1179485	Nome RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR	Sexo Feminino		
Data de nascimento 17/03/1988	Idade 19 anos 2 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIANGELA DA COSTA GALDINO CORDEIRO			Pai RONILDO DA SILVA	
Escolaridade				Responsável (Parentesco) NILBA ADRIANNY - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988346399	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3247100	Nº Crm		
Local de procedência MANGABEIRA				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			
CBO/R				

## Endereço

CEP 58057032	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSÉ BATISTA DE LUCENA
Número 470	Complemento		Bairro MANGABEIRA

## Admissão

Data e Hora 10/06/2017 18:36:57	Número da pulseira 1000006205057	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

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

## Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura 36.0
--------------	----	---------------------

## Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos Paciente vítima de acidente moto x corre Consciente, orientado, encaminhado ao CDI, segue em observação.						

## Diagnóstico

Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA	Imprimir	Assinatura Fernanda 14/06 NS PC PM PDA	Assinatura Trib 10/06
---	----------	--	-----------------------------

Dr(a) Janeckleide F.M. Araújo  
Enfermeira  
Tempo Coran 006646  
01min 11seg



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR</b>	BAE 1006513	Data/Hora Entrada 10/06/2017 18:36:57	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 19	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988346399
Mãe <b>MARIANGELA DA COSTA GALDINO CORDEIRO</b>			Prontuário
Endereço <b>JOSÉ BATISTA DE LUCENA, 470</b>	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Azidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PEDRO ROMAO DANTAS</b>	Nº Cons. Regional 9799/PB
Data/Hora Classificação 10/06/2017 18:36:57		Data/Hora Prescrição 10/06/2017 21:49:03	

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA E COM FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO. CD: FAZER TRAÇÃO TRANSEQULETICA DE TIBIA ESQUERDA

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTS)

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD&gt;110MMHG E/OU PAS&gt;160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTS)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTS) SE NECESSÁRIO SE HGT&lt;60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V, 12/12H



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR</b>	BAE 1006513	Data/Hora Entrada 10/06/2017 18:36:57	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 19	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988346399
Mãe <b>MARIANGELA DA COSTA GALDINO CORDEIRO</b>			Prontuário
Endereço <b>JOSÉ BATISTA DE LUCENA, 470</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS</b>	Nº Cons. Regional <b>8572/PB</b>
Data/Hora Classificação 10/06/2017 18:36:57		Data/Hora Prescrição 10/06/2017 18:51:14	

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM CAPACETE, SEM PERDAD E CONSCIENCIA, SEGUE AO MOMENTO ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM REGIÃO COXA DIREITA E Perna IPSILATERAL

## MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

ADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

  
RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS

(8572/PB)

RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR</b>	BAE 1006513	Data/Hora Entrada 10/06/2017 18:36:57	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 19	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988346399
Mãe <b>MARIANGELA DA COSTA GALDINO CORDEIRO</b>			
Endereço <b>JOSÉ BATISTA DE LUCENA, 470</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PEDRO ROMAO DANTAS</b>	Nº Cons. Regional 9799/PB
Data/Hora Classificação 10/06/2017 18:36:57		Data/Hora Prescrição 10/06/2017 21:49:03	

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA E COM FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO. CD: FAZER TRAÇÃO TRANSEQUELETICA DE TIBIA ESQUERDA

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD&gt;110MMHG E/OU PAS&gt;160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, 0.0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT&lt;60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V, 12/12H

*-cepofeno 10 eas (6) 6/69*

**SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)**

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

**CUIDADOS**

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

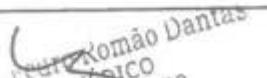
SSVV + CCGG

**CID10**

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

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

Internar Paciente

  
 MÉDICO  
 CRM-PB 9799  
 CRN-BR 5224  
 PEDRO BOMÃO DANTAS  
 (9799/PB)

RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

**Nome do paciente**

Ronaldo coriolis da silva Junior

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
11/06/17		<p><u>Serviço Social</u></p> <p>Realizado orientações, anexado Termo de admissões, solicitado doadores de sangue e xerox dos documentos.</p>
		 <p>Kízia Belchior Keila de Medeiros C. Corrêa Benito Assistente Social CRESS 4396 13º REG/SC/FB</p> <p></p>



**CRAZ VERMELHA**  
**BRASILEIRA**

## **RELATÓRIO DE CIRURGIA**



SEETSHL

Nome: Ronaldo Cardoso de Souza BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Clinica/Setor: Oncopediatra EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Tratamento Fratura disfixa de Físsur

Cirurgião: Dr. Kotman / 1º Assistente: Dr. Tavares

2º Assistente: Dr. Willm 3º Assistente: Dr. Victor

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fratura Disfície de Fumar.	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- Tratamento de Fratura de Disfarce de Fórmula	

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 14/06/17

## **Nota de Sala Cirúrgica**

## FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE:	Renaldo Lacerda da S. Junior		DATA: 14/06/17	PRONTUÁRIO:	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 90	RESPIRAÇÃO: 18	SEXO: M	COR: P	IDADE: 19c
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO			TEMPERATURA: 37,5	PESO: 75	GRUPO SANGUÍNEO
EXAMES COMPLEMENTARES: OK					
AP. RESPIRATÓRIO	RR: 18		AP. CIRCULATÓRIO	Pulse: 80	
AP. DIGESTIVO	LAR		ESTADO MENTAL	Consciente	
PRÉ-ANESTÉSICO			DROGAS EM USO		
DOSE / HORA			ESTADO FÍSICO (ASA)		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura diafise diáfise do fêmur a/p				
CIRURGIA REALIZADA	Técnica: Iglamenteo tempo				
CIRURGÃO	Dr. Ribeiro	AUXILIARES	Dr. Thales		
INÍCIO DA ANESTESIA	14:00	TÉRMINO DA ANESTESIA	14:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESISTA	Ronaldo		CPF: 160.467.814-34	CRM-PB: 1822	
AGENTE ANESTÉSICO					
O <sub>2</sub>	100% - 100%				
LÍQUIDOS VENOCOS	1L - SF - H - H - H				
ANESTÉSICO	PARTERIAL SISTÓLICA	V	DIASTÓLICA	V	MAPA: 120
X	CONTR. OXIGENADA				
X	ANESTÉSICO				
REFRESCO	P. ARTERIAL				
LBO	ANOTADAS				
<input type="checkbox"/> ANESTÉSICO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ.NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TECNICAS	14-15 de 16.06.2017				
LÍQUIDOS	VOLUME: 1500 ml				
SUCROSE	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				
INCL.	1. Promedol 5mg	11			
SÍRIOQUE	2. Fortanil 100 mg	12			
PERCUT.	3. Moracine 10 mg pes.	13			
TOTAL	4. Timost 10 mg	14			
ESTIMATIVA DE PERDIDA	5. Morfíglina 10 mg	15			
<input type="checkbox"/> ATTP	6. Electriva 10 mg	16			
<input type="checkbox"/> ENFERMAGIA	7. Tabocalga 10 mg	17			
<input type="checkbox"/> UTI	8. Tabudilidone 10 mg	18			
<input type="checkbox"/> RESIDENCIA	9. Glironona 10 mg	19			
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	10. Glironona 10 mg	20			
COMPROVATOS IMPORTANTE					
Assinatura do Segundo de Segundo Oficial: 1822					
Assinatura do Anestesista: 1822					
F. (NG) ABCIR.026-1					

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

**Posição e Preparo:**

- 1 DPH sob Anestesia
- 2 Ansepsia e Antissepsia
- 3 Aparição do campo estéril

**Incisão:**

- 1 Incisão longitudinal em corte
- 2 Dissecção por planos
- 3 Hemostasia

**Achados:**

- 1 Fratura gráfite de Fáscia com curva em fe-

**Conduta:**

- 1 Redução cruenta sob visão ligeira
- 2 Fixação com placar DCP longo 10Furos + 3 profundos corticais.
- 3 Limpeza

**Fechamento:**

- 1 Sutura por planos
- 2 Curativo Estéril

**Observação:**

Médico/CRM:

Dra. Victor Linhares  
Médico Residente Ortopédica  
PB 10894

João Pessoa,

14/06/14



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



前言

Name: \_\_\_\_\_

lonillo saderas de S. J. nro BE/Pro

## **BE/Prontuário:**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino

Cor: \_\_\_\_\_ Data: 10 106 12

Clinica/Setor:

EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

### Cirurgia:

Cirurgião: Dr. Andreio

1º Assistente: Wald Roglofona

2º Assistente:

3º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de Anestesia:

#### **Corário: Início**

Diagnóstico Pós-Operatório CID  
O fato no Diagnóstico de Fenny D

Procedimientos Cirúrgicos	Código
① Trasf. Transesquelético	

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

Médico/CRM:

Tomaz Dantas  
Epílico  
2023-13

João Pessoa, 10,06,37

## Nota de Sala Cirúrgica

1006513

NOME DO PACIENTE:	Ronaldo Bordini da Silva Júnior				
IDADE:	19	SEXO:			
CIRURGIA:	Tragão e nauseogástrica de fêmur direito	PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:		
CIRURGÃO:	Dra. Andréia	1º AUX:	LEITO:		
ANESTESIA:	Dr. Andréia	2º AUX:			
ANESTESISTA:	Maria				
INSTRUMENTADOR:	-				
DATA:	10/6/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 21:15	CBURGIA: INÍCIO: 21:35		
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )					
GRADO DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.		
ALPENTANILA		JELCO N°18	FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22	FIO DE AÇO N°		
CETAMINA		JELCO N°24	FIO DE AÇO N°		
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°	FIO DE NYLON N°		
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVP TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVP TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAYNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAYNA S/ VASO	AGULHA 25X07	□	LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDIÁCA	
NIMBRIUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS 60mm	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORPOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19 propofol	CLIP TITÂNIO LIODURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 3ML	FIO STEINMAN N° 40 01	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM 20	1	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	20g	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA	
DEXAMETASÓNA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais	
Efedrina		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAYNA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP	FIOS	QTD.	
TENOIXCAN		ESPADRADO	FIO ALGODÃO S/A N°	( ) ASPIRADOR	
		GAZES	FIO ALGODÃO S/A N°	( ) BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A N°	( ) CAPNÓGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°	( ) CARDIOMONITOR	
		JELCO N°14		( ) DESFIBRILADOR	
		JELCO N°16		( ) FOCO AUXILIAR	
				( ) FOCO CENTRAL	
				( ) MICROSCOPIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) PAP. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				( ) PÉRFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	
				CIRCULANTE	
				Ronald Bordini da Silva Jr. 10/06/2017	

# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/06/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE:	Ronildo Cordeiro da Silva Júnior		SEXO: M	COR: B	IDADE: 10 anos
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 86	RESPIRAÇÃO 99%	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	(X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO	(X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES <b>VER PRONTUÁRIO</b>					
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO			
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL <b>Orientado</b>		DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA	<b>Dormonid + Fentanyl</b>			ESTADO FÍSICO (ASA) <b>II</b>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	<b>Fratura de fêmur</b>				
CIRURGIA REALIZADA	<b>Traçado Esquelética</b>				
CIRURGIÃO	Auxiliares				
INÍCIO DA ANESTESIA <b>21:20hs</b>	TÉRMINO DA ANESTESIA <b>09:50</b>		DURAÇÃO DA ANESTESIA		
ÍNDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES RS		
ANESTESISTA <b>Dra Andressa</b>	CPF		CRM-PB		



ANESTESIA GERAL     RAQUIDIANA     EPIDURAL     BLOQ. PLEXO     BLOQ. NERVOS     OUTROS

TÉCNICA: \_\_\_\_\_

LÍQUIDO	VOLUME EM mL	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NOATO ANESTÉSICO
OLÍGIDE	1	Bupivacaína 0,5% 12mg (bolus)
NAOL	2	Efepalolina 2G EV
SANGUE	3	Dipirona 2G EV
RINGER	4	Midazolam 0,05G EV
TOTAL	5	Fentanyl 50mcg EV
DESTINO DO PACIENTE	6	Dexametasona 10mg EV
<input type="checkbox"/> APT <sup>+</sup> <input type="checkbox"/> ENFERMAGIA	7	Desossilamina 8mg EV
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8	
<input type="checkbox"/> OUTROS _____	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	
	15	
	16	
	17	
	18	
	19	
	20	

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

**TÉCNICA:** Paciente monitorizado suspenso à ventilação. Próvia, Eltro analgésia e anticonvulsiva em REGIA<sup>®</sup> Láser + Sacral + Posicão sacroilia com agulhas N 226 Entrada L3-4, Lee clínico, Eltro Serristorio.

**Dr. Nathalia Braga Lacerda**  
Assinatura do Anestesista  
CRM 9829

F. (NG) ASQIR 026-1

## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Paciente Tocantinense dorsal toracotóraco
- Sal. teguaderos
- Anestesia + Entubagem
- Colarinho de Kirschner comíngeas

### Incisão:

- nôo + ev

### Achados:

- Fratura Dióptre de Fimur D.

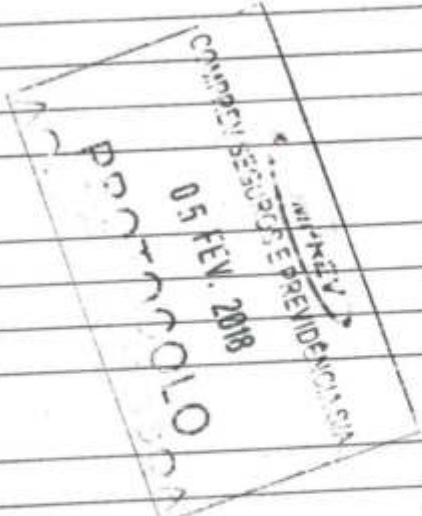
### Conduta:

- ① Palpação do TAT
- ② Retração do fio de Kirschner 4.0 de lateral para medial após poliflexão TAT para sacar osso superior 2cm lateral

### Fechamento:

- ① Curativos estérveis

### Observação:



Médico/CRM:

Pedro Romão Dantas  
MÉDICO  
CRM-PB 1739

João Pessoa,

10/06/17

*Dr .Anuar Murad Filho*

*Clínica Médica*

*C.R.M-PB : 8.742*

**LAUDO MÉDICO :**

O paciente Ronildo Cordeiro da Silva Junior é portador do CID : S 72.3 proveniente de fratura de fêmur direito, ocasionado por acidente de motocicleta o que gerou seqüela e limitação ao deambular e nos movimentos de M.I.D.

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :**

Segue em anexo :

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :**

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

07-05-2018

*Dr Anuar Murad Filho  
Médico  
C.R.M-PB: 8.742*



*Eco Medical Center Cartaxo ( C.N.P.J : 29.955.582/0001-42 )*

*Rua : Antônio Rabelo Junior N - 170 ( Miramar - João Pessoa ) CEP : 58032-090*

*Dr .Anuar Murad Filho*

*Clínica Médica*

*C.R.M-PB : 8.742*

**LAUDO MÉDICO :**

O paciente Ronildo Cordeiro da Silva Junior é portador do CID : S 72.3 proveniente de fratura de fêmur direito, ocasionado por acidente de motocicleta o que gerou seqüela e limitação ao deambular e nos movimentos de M.I.D.

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :**

Segue em anexo :

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :**

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

07-05-2018

*Dr Anuar Murad Filho  
Médico  
C.R.M-PB: 8.742*



Rua : Antônio Rabelo Junior N - 170 ( Miramar - João Pessoa ) CEP : 58032-090



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1474448883**

PROIBIDO PLASTIFICAR

**1474448883**

NOME  
**RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3247100 SSDS PB

CPF  
**123.136.014-39** DATA NASCIMENTO  
**17/03/1998**

FILIAÇÃO  
**RONILDO CORDEIRO DA  
SILVA  
MARIANGELA DA COSTA  
GALDINO CORDEIRO**

PERMISSÃO  
**PERMISSÃO**

ACC  
**[Redacted]** CAT.HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**06834876978**

VALIDADE  
**02/05/2018**

1ª HABILITAÇÃO  
**02/05/2017**

OBSERVAÇÕES

EAR:



Ronildo Cordeiro da Silva Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**JOAO PESSOA, PB**

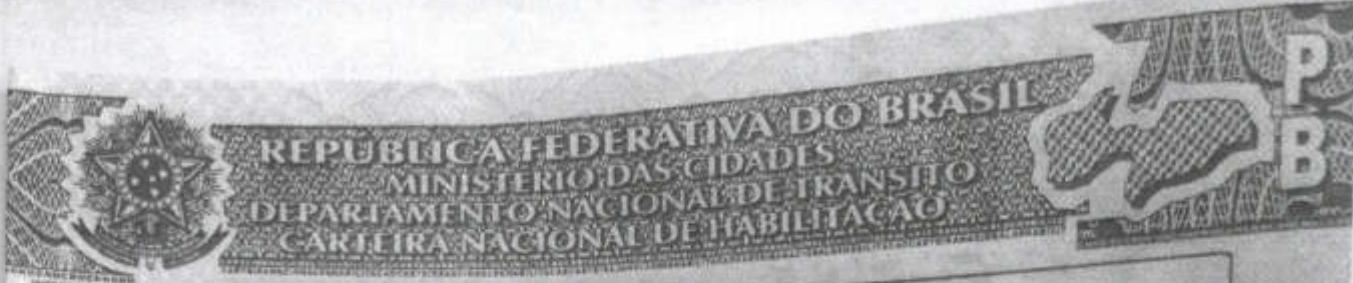
DATA EMISSÃO  
**03/05/2017**

*Aurélio*

ASSINATURA DO EMISSOR

**78300849608**  
**PB032546882**

**PARAÍBA**



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1474448883**

PROIBIDO PLASTIFICAR

**1474448883**

NOME  
**RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3247100 SSDS PB

CPF  
**123.136.014-39** DATA NASCIMENTO  
**17/03/1998**

FILIAÇÃO  
**RONILDO CORDEIRO DA  
SILVA  
MARIANGELA DA COSTA  
GALDINO CORDEIRO**

PERMISSÃO  
**PERMISSÃO**

ACC  
**[Redacted]** CAT.HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**06834876978**

VALIDADE  
**02/05/2018**

1<sup>º</sup> HABILITAÇÃO  
**02/05/2017**

OBSERVAÇÕES

EAR:



Ronildo Cordeiro da Silva Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

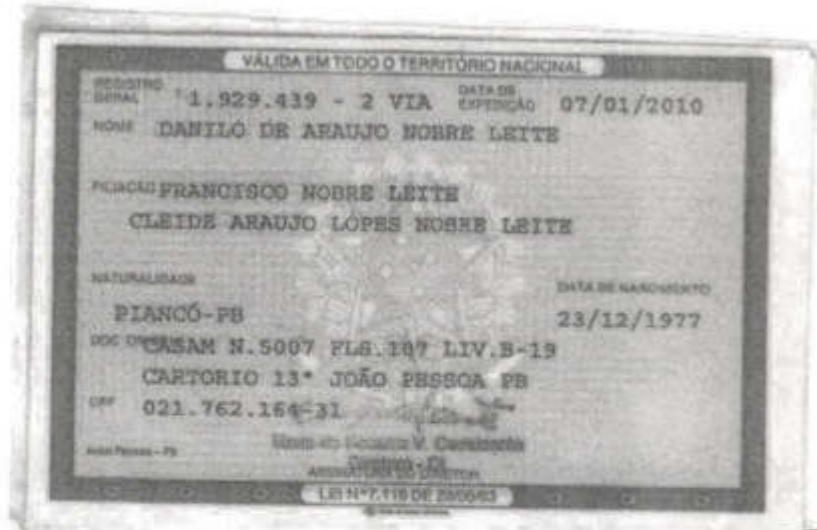
LOCAL  
**JOAO PESSOA, PB**

DATA EMISSÃO  
**03/05/2017**

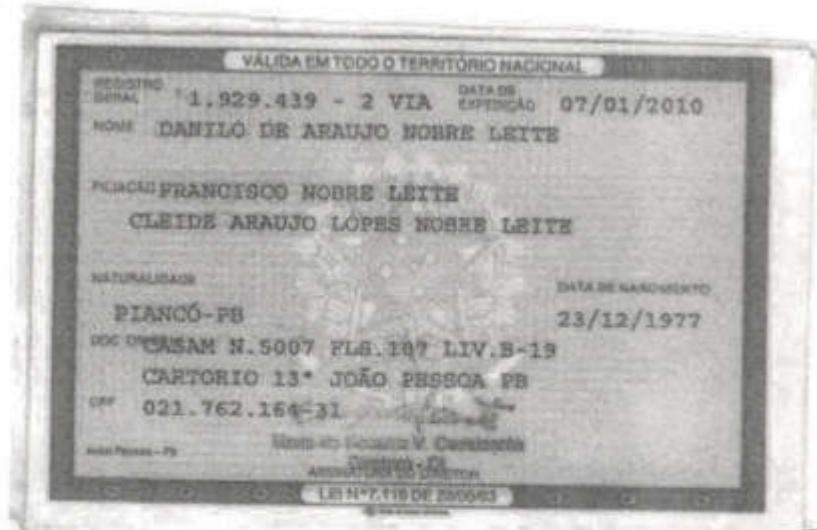
*Aurélio*  
ASSINATURA DO EMISSOR

**78300849608  
PB032546882**

**PARAÍBA**



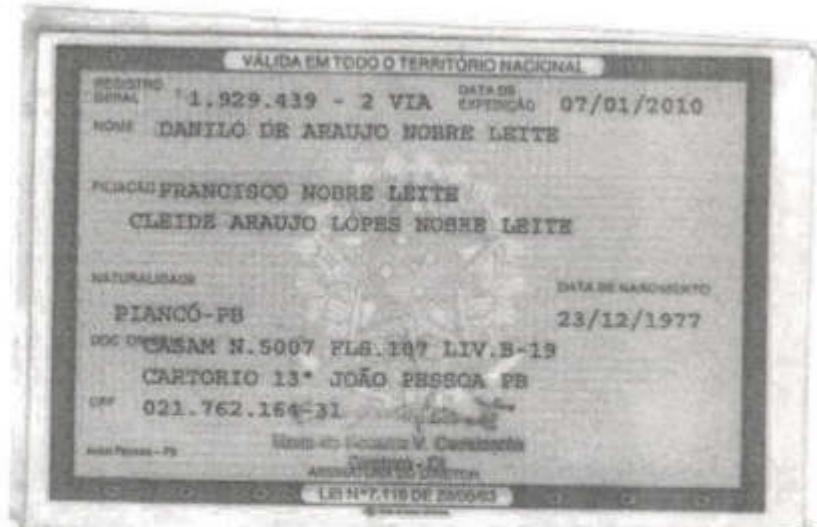
A rectangular stamp with a double-line border. The text "CIMPREV" is at the top, followed by "SEGUROS E PREVIDÊNCIA SOCIAL" in a larger font. Below that is the date "05 FEV. 2018". At the bottom, it says "PROTÓCOLO" and "AO DESENHADOR PESSOAL".



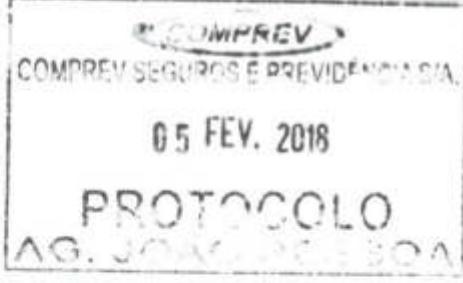
65 FEV. 2018

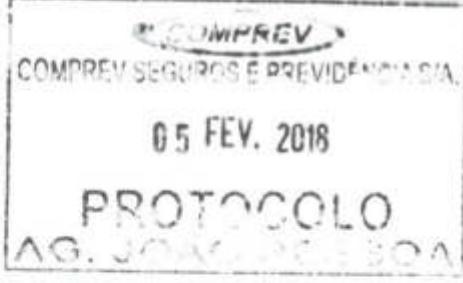
PROTÓCOLO  
AO. JOÃO PESSOA

CIMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.



A rectangular stamp with a double-line border. The text "UNIMED COMPREV" is at the top, with "COMPREV" in a larger, bold font and "UNIMED" in a smaller font below it. Below this, in a larger, curved font, is "SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.". At the bottom left, the date "05 FEV. 2018" is stamped. Along the bottom edge, the word "PROTOCOLO" is written in large, bold, capital letters, and "AG. JOÃO PESSOA" is written in smaller capital letters below it.





*Proprietário do veículo*

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

INTERPRINT LTD. A  
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1030083387

NOOME JOSE GRACILIANO DA SILVA PAIVA	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 2114668 SSP PB
FOTO	CPF 026.405.984-06 DATA NASCIMENTO 22/07/1976
	FAMÍLIA ARNOBIO JOSE DE PAIVA MARGARIDA MARIA DA SILVA PAIVA
Nº REGISTRO 02763224610	PERMISSÃO ACC CAREN. AB
VALIDADE 10/03/2019 1ª HABILITAÇÃO 26/02/2003	
OBSERVAÇÕES	
<i>João Graciliano da Silva Paiva</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL JOÃO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 09/02/2015
 ASSINATURA DO EMISSOR 61530851086 PB028238591	
CARTEIRA PE PARANÁ	

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1030083387

*Proprietário da motocicleta*



Proprietário do veículo



Proprietário da motocicleta



# SEGURADORA LÍDER - DPVAT

- VÍTIMA: RONILDO CORDEIRO DA SILVA

- SINISTRO: 3180066996

- COBERTURA: INVALIDEZ

## CARTA DE REANÁLISE

Eu, RONILDO CORDEIRO DA SILVA, portador do CPF: 123.136.014-39, através deste ofício solicitar à SEGURADORA LÍDER - DPVAT, responsável pelos consórcios de SEGUROS DPVAT a liberarem após a análise dessa documentação a qual estou enviando, para uma nova PÉRICIA. Onde no inicio já passei por uma onde na avaliação do médico achei que o valor liberado não corresponde com minha SEQUELA por isso solicitei uma avaliação de um médico especialista na área e após a consulta realizada pelo mesmo constatou-se uma grande sequela, em seguida me deu um novo LAUDO relatando minha deficiência, inclusive onde estou ainda encostado sem condições de trabalhar devido a gravidade, sem mais para o momento agradeço a atenção de todos.

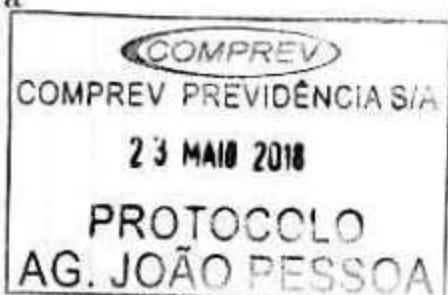
Atenciosamente;

João Pessoa, 21/05/2018

R.P.: Ronildo Cordeiro da Silva

Ronildo Cordeiro da Silva

CPF: 123.136.014-39



# SEGURADORA LÍDER - DPVAT

- VÍTIMA: RONILDO CORDEIRO DA SILVA

- SINISTRO: 3180066996

- COBERTURA: INVALIDEZ

## CARTA DE REANÁLISE

Eu, RONILDO CORDEIRO DA SILVA, portador do CPF: 123.136.014-39, através deste ofício solicitar à SEGURADORA LÍDER - DPVAT, responsável pelos consórcios de SEGUROS DPVAT a liberarem após a análise dessa documentação a qual estou enviando, para uma nova PÉRICIA. Onde no inicio já passei por uma onde na avaliação do médico achei que o valor liberado não corresponde com minha SEQUELA por isso solicitei uma avaliação de um médico especialista na área e após a consulta realizada pelo mesmo constatou-se uma grande sequela, em seguida me deu um novo LAUDO relatando minha deficiência, inclusive onde estou ainda encostado sem condições de trabalhar devido a gravidade, sem mais para o momento agradeço a atenção de todos.

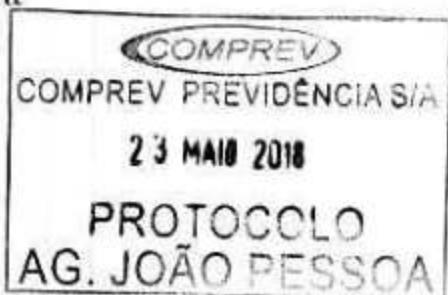
Atenciosamente;

João Pessoa, 21/05/2018

R.P.: Ronildo Cordeiro da Silva

Ronildo Cordeiro da Silva

CPF: 123.136.014-39



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180066996      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO CORDEIRO DA SILVA      **Data do acidente:** 10/06/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A JUNIOR

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

**Data da análise:** 22/02/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FEMUR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/MI DIREITO:25% DE 70% = 17,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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>

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180066996      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO CORDEIRO DA SILVA      **Data do acidente:** 10/06/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
JUNIOR

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO INICIAL COM TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA EM 10/06/17 E POSTERIORMENTE, EM 14/06/17, REALIZOU OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM PLACA DCP E PARAFUSOS. SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ FISIOTERAPIA E TEVE ALTA ORTOPÉDICA, HIPOTROFIA MUSCULAR, FORÇA MUSCULAR GRAU 4, SEM ENCURTAMENTO DE MEMBRO

**Sequelas permanentes:** NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/05/2018

**Conduta mantida:** Sim

### Observações:

TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR VÍTIMA INDENIZADA EM R\$ 2.362,50 REFERENTE A 25% DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

obs - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** FABIO SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180066996      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO CORDEIRO DA SILVA      **Data do acidente:** 10/06/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
JUNIOR

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO INICIAL COM TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA EM 10/06/17 E POSTERIORMENTE, EM 14/06/17, REALIZOU OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM PLACA DCP E PARAFUSOS. SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ FISIOTERAPIA E TEVE ALTA ORTOPÉDICA, HIPOTROFIA MUSCULAR, FORÇA MUSCULAR GRAU 4, SEM ENCURTAMENTO DE MEMBRO

**Sequelas permanentes:** NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/05/2018

**Conduta mantida:** Sim

### Observações:

TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR VÍTIMA INDENIZADA EM R\$ 2.362,50 REFERENTE A 25% DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

obs - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** FABIO SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180066996      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO CORDEIRO DA SILVA      **Data do acidente:** 10/06/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A JUNIOR

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** deficit funcional

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELETICA, REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. CICATRIZ CIÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 29 CM NA FACE LATERAL EXTERNA DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 02/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR, BASEADO NO EXAME FÍSICO RELATADO. -

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

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

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180066996      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO CORDEIRO DA SILVA      **Data do acidente:** 10/06/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A JUNIOR

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** deficit funcional

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELETICA, REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. CICATRIZ CIÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 29 CM NA FACE LATERAL EXTERNA DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 02/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR, BASEADO NO EXAME FÍSICO RELATADO. -

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

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

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180066996      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO CORDEIRO DA SILVA      **Data do acidente:** 10/06/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
JUNIOR

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO INICIAL COM TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA EM 10/06/17 E POSTERIORMENTE, EM 14/06/17, REALIZOU OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM PLACA DCP E PARAFUSOS. SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ FISIOTERAPIA E TEVE ALTA ORTOPÉDICA, HIPOTROFIA MUSCULAR, FORÇA MUSCULAR GRAU 4, SEM ENCURTAMENTO DE MEMBRO

**Sequelas permanentes:** NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/05/2018

**Conduta mantida:** Sim

### Observações:

TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR VÍTIMA INDENIZADA EM R\$ 2.362,50 REFERENTE A 25% DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

obs - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** FABIO SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180066996      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO CORDEIRO DA SILVA      **Data do acidente:** 10/06/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A JUNIOR

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** deficit funcional

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELETICA, REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. CICATRIZ CIÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 29 CM NA FACE LATERAL EXTERNA DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 02/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR, BASEADO NO EXAME FÍSICO RELATADO. -

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

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

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Ronildo Cordeiro da Silva Júnior  
Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Vendedor  
Identidade: 3.044.100 CPF: 193.196.014-39  
Endereço: Rua José maldo Reis da Silva, 470  
Pará de Minas, Minas Gerais, Brasil, CEP: 38069-333

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,  
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo  
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio  
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro  
Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: João Pessoa, 31 de Janeiro de 2018



Ronildo Cordeiro da Silva Júnior

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVÍCIO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTORAL  
Rua Raimundo Vieira Batista - Centro / Bloco: Rodoviária Vieira Batista - Centro  
Belo Horizonte - MG - CEP: 31220-000 - Fone/Fax: (31) 3200-2710 - Cel: (31) 99999-1234

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: RONILDO CORDEIRO DA SILVA JÚNIOR  
En test da verdade, João Pessoa-PB 30/01/2018 11:50:20  
Riveley Almeida de Lima - ESCREVENTE AUTORIZADO  
[2018-005235]ENOL:R\$ 0,48 FARFEM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,00 ISEN:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AG364659-IBER  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Ronildo Cordeiro da Silva Júnior  
Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Vendedor  
Identidade: 3.044.100 CPF: 193.196.014-39  
Endereço: Rua José maldo Reis da Silva, 470  
Pará de Minas, Minas Gerais, Brasil, CEP: 38069-333

### OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,  
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo  
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio  
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro  
Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: João Pessoa, 31 de Janeiro de 2018



Ronildo Cordeiro da Silva Júnior

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVÍCIO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTORAL  
Rua Raimundo Vieira Batista - Centro / Bloco: Rodoviária Vieira Batista - Centro  
Belo Horizonte - MG - CEP: 31210-000 - Fone/Fax: (31) 3222-1500 - E-mail: [rodrigo.vieirabatista@notariado.com.br](mailto:rodrigo.vieirabatista@notariado.com.br)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....  
RONILDO CORDEIRO DA SILVA JÚNIOR  
En test da verdade, João Pessoa-PB 30/01/2018 11:50:20  
Riveley Almeida de Lima - ESCREVENTE AUTORIZADO  
[2018-005235]ENOL:R\$ 0,48 FARFEM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,50 ISEN:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AG364659-IBER  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

---

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180066996**

Vitima: **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

Data do Acidente: **10/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180066996**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180066996**

Vitima: **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

Data do Acidente: **10/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180066996**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

**Sinistro:** **3180066996**

**Vítima:** **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente:** **10/06/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180066996** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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**

---

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

**Sinistro:** **3180066996**

**Vítima:** **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente:** **10/06/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Senhor(a),**

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180066996** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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**



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta n°: 12509245

A/C: RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR

**Nº Sinistro:** 3180066996  
**Vitima:** RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR  
**Data do Acidente:** 10/06/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** DANILo DE ARAUJO NOBRE LEITE

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: RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000003487**

**Conta: 0000027932-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>2.362,50</b>

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

**Graduação: Em grau leve 25%**

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

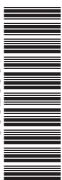
**Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50**

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

**Sinistro:** **3180066996**

**Vítima:** **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente:** **10/06/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180066996** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

**Sinistro:** **3180066996**

**Vítima:** **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente:** **10/06/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180066996** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180066996**

Vitima: **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

Data do Acidente: **10/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180066996**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180066996**

Vitima: **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

Data do Acidente: **10/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180066996**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180066996**

Nome do(a) Examinado(a): **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSINALDO BELO DA SILVA nº 470 - PARATIBE - JOAO PESSOA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3247100 - SSP**

Data e local do acidente: **10/06/2017 JOAO PESSOA/PB**

Data e local do exame: **02/03/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE FÉMUR DIREITO**

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

**FRATURA DE FÉMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELETICA, REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA.**

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

**CICATRIZ CIÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 29 CM NA FACE LATERAL EXTERNA DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR.**

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

SIM       NÃO

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

SIM       NÃO

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

**deficit funcional**

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

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

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

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

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

**REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR, BASEADO NO EXAME FÍSICO RELATADO. -**

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



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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180066996**

Nome do(a) Examinado(a): **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSINALDO BELO DA SILVA nº 470 - PARATIBE - JOAO PESSOA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3247100 - SSP**

Data e local do acidente: **10/06/2017 JOAO PESSOA/PB**

Data e local do exame: **02/03/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE FÉMUR DIREITO**

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

**FRATURA DE FÉMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELETICA, REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA.**

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

**CICATRIZ CIÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 29 CM NA FACE LATERAL EXTERNA DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR.**

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

SIM       NÃO

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

SIM       NÃO

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

**deficit funcional**

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

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

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

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

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

**REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR, BASEADO NO EXAME FÍSICO RELATADO. -**

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



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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180066996**

Nome do(a) Examinado(a): **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSINALDO BELO DA SILVA nº 470 - PARATIBE - JOAO PESSOA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3247100 - SSP**

Data e local do acidente: **10/06/2017 JOAO PESSOA/PB**

Data e local do exame: **02/03/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE FÉMUR DIREITO**

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

**FRATURA DE FÉMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELETICA, REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA.**

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

**CICATRIZ CIÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 29 CM NA FACE LATERAL EXTERNA DA COXA DIREITA. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR.**

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

SIM       NÃO

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

SIM       NÃO

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

**deficit funcional**

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

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

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

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

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

**REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR, BASEADO NO EXAME FÍSICO RELATADO. -**

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



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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180066996**

Nome do(a) Examinado(a): **RONILDO CORDEIRO DA SILVA JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSINALDO BELO DA SILVA nº 470 - PARATIBE - JOAO PESSOA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3247100 - SSP**

Data e local do acidente: **10/06/2017 JOAO PESSOA/PB**

Data e local do exame: **28/05/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR DIREITO**

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

**TRATAMENTO INICIAL COM TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA EM 10/06/17 E POSTERIORMENTE, EM 14/06/17, REALIZOU OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM PLACA DCP E PARAFUSOS. SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ FISIOTERAPIA E TEVE ALTA ORTOPÉDICA**

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

**HIPOTROFIA MUSCULAR, FORÇA MUSCULAR GRAU 4, SEM ENCURTAMENTO DE MEMBRO**

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

SIM       NÃO

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

SIM       NÃO

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

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO**

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

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

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

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ**

*Fábio S. Fernandes  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7*  
*[Signature]*

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

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

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

123.136.014-39

Nome completo da vítima

Ronaldo Lacerda da Silva Junior

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Ronaldo Lacerda da Silva Junior	323.136.014-39	Tendedor
Endereço	Número	Complemento
Rua Joaquim Boa Vista	940	
Bairro	Cidade	Estado
Parati	João Pessoa	PB
Email		CEP
lidle.dpvat@gmail.com.br		58062-333
		Telefone (DDD)
		(83) 99100-5604

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

65 FEV. 2018  
SEGURO DE PREVIDÊNCIA S/A

#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3484		0300027932	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

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

Joaopessoa, 31 de Janeiro de 2018  
Local e Data

Ronaldo Lacerda da Silva Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal