

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10166618

A/C: ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO

**Sinistro:** 3160721657 ASL-1179680/16  
**Vitima:** ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO  
**Data Acidente:** 27/03/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

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

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10182950

A/C: ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160721657 ASL-1179680/16  
Vitima: ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO  
Data Acidente: 27/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **02/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2017

Carta nº: 10836888

A/C: ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO

Sinistro: 3160721657 ASL-1179680/16  
Vítima: ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO  
Data Acidente: 27/03/2016  
Natureza: 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: **ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000003141-0**

Conta: **0000014976-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = | R\$ | 2.531,25 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160721657

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO

**Data do acidente:** 27/03/2016

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do Acetábulo Esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no quadril esquerdo, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do referido quadril.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico osteossíntese com placas e parafusos, não fez fisioterapia por falta de vaga no SUS, resultado insatisfatório.

**Sequelas permanentes:** Limitação Funcional grave do quadril esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/04/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 %                                            | Em grau intenso - 75 %                                        | 18,75%    | R\$ 2.531,25             |
| Total                                      |                                                 |                                                               | 18,75 %   | R\$ 2.531,25             |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU Alexandre Pinheiro Melo Filho  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.633.490 EXPEDIDO POR SSP/ PB EM 11/03/2008 E  
 CPF 910899892-93 / CNPJ 000000000000000000 - 00, PROFISSÃO ESTUDANTE  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 (\*\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALEXANDRE PINHEIRO MELO FILHO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

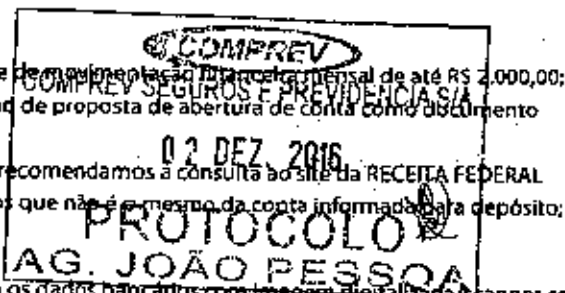
(\*\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização, com informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 \*T1\*



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

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



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3141-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0014976-4

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

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

f. Pessoa 30 de NOVEMBRO de 2016  
 LOCAL E DATA

Alexandre Pinheiro Melo Filho  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

X

## ATENÇÃO

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

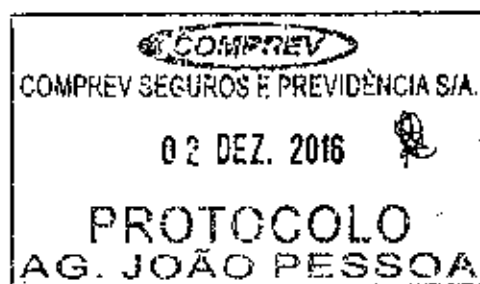
## DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE BANCÁRIA

Eu, Alexandre Pereira Melo Filho,  
Portador do RG: 3.633.490 e  
CPF: 420.899.844-43, declaro para os devidos fins que possuo  
Conta no Banco 237, Ag: 3141-0,  
Conta: 0014976-4, e que utilizo a mesma regularmente.

O referido é verdade e dou fé.

João Pessoa, 30/11/16

REQUERENTE: Alexandre Pereira Melo Filho



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

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

Nome do(a) Examinado(a): Alexandre Paiva Melo Filho  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Cândido Leite, 1851  
Tambauzinho João Pessoa PB CEP: 58042-320  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 3633490  
Data local do exame: [ 10/04/2017 ] João Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.**

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUADRIL ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO QUADRIL.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

( X ) Sim ( ) Não

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

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

( X ) Sim ( ) Não

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

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**EVOLUI COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUADRIL ESQUERDO.**

**Data da alta: 23/08/2016.**

**REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSINTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA POR FALTA DE VAGA NO SUS, RESULTADO INSATISFATORIO.**

**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

( X ) Sim ( ) Não

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

**APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUADRIL ESQUERDO.**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**QUADRIL - Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( X ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

( ) Total = "100% da IS"

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

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. João Bartolomeu P. Rabelo**  
**Médico Perito**  
**CRM - PB 4518 CRM PE 14722**  
**SAUDESEG**

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03141-0

CONTA: 000000014976-4

Nr. Autenticação

BRABCO1204201705000000000023703141000000014976253125 PAGO





10

## LAUDO MÉDICO

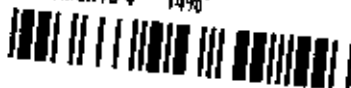
### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Alexandre Paiva Melo Filho  
DATA DE NASCIMENTO 25/02/93  
NOME DA MÃE Maria da Consolação Duarte Melo

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 94249  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 909091  
DATA DO ATENDIMENTO 27/03/16  
HORA DO ATENDIMENTO 00:55  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de automóvel  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de acetábulo esquerdo  
CID 10 S32.4

DOCUMENTO 4 "T4%"



### AVALIAÇÃO INICIAL:

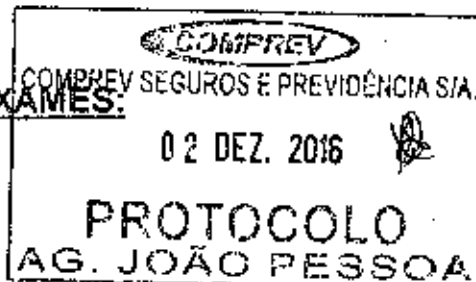
Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de automóvel com trauma na cabeça, dor e impotência funcional em quadril esquerdo, glasgow 15, pupilas iso/foto, sem déficit motor, avaliado pela Neurocirurgia Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX crânio, tórax, bacia, fêmur esquerdo.  
TC de crânio.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de acetábulo esquerdo  
TC: normal.

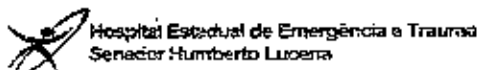
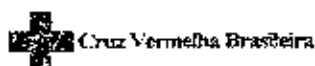


### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de acetábulo esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 06/04/16  
DATA DA EMISSÃO: 05/09/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB



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

Boletim de Atendimento: 909091



| Identificação do paciente                                                 |                                                  |                                                                      |                                              |                      |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|
| ID<br>878351                                                              | Nome<br>ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO               |                                                                      |                                              | Sexo<br>Masculino    |
| Data de nascimento<br>25/02/1993                                          | Idade<br>23 anos 1 mes 2 dias                    | Estado civil<br>SOLTEIRO(A)                                          | Religião<br>NAO INFORMADA                    | Prontuário           |
| Mãe<br>MARIA DA CONCEICAO DUARTE MELO                                     | Pai<br>ALEXANDRE PAIVA MELO                      |                                                                      |                                              |                      |
| Escolaridade<br>ANEDIO COMPLETO                                           | Responsável (Parentesco)<br>O MESMO - O MESMO(A) |                                                                      |                                              |                      |
| DDD Móvel<br>53                                                           | Fone Móvel<br>93915892                           | DDD Fixo<br>83                                                       | Fone Fixo<br>96538888                        |                      |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                         | Número documento<br>3633490                      | Nº Cns<br>700001284030800                                            |                                              |                      |
| Local da procedência<br>CABO BRANCO                                       | Tipo<br>BAIRRO                                   |                                                                      | UF<br>PB                                     |                      |
| E-mail                                                                    | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                      | CBO/R                                                                |                                              |                      |
| Endereço                                                                  |                                                  |                                                                      |                                              |                      |
| CEP<br>58051020                                                           | Município de residência<br>JOAO PESSOA           | UF<br>PB                                                             | Logradouro<br>HERMELINDA HENRIQUES DE ARAUJO |                      |
| Número<br>SN                                                              | Complemento                                      | Bairro<br>SANTO ANTONIO                                              |                                              |                      |
| Admissão                                                                  |                                                  |                                                                      |                                              |                      |
| Data e Hora Prevista<br>27/03/2016 00:55:20                               | Número da pulcra<br>1000004909728                | COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A<br>24 MAR. 2017<br>Convênio<br>SUS |                                              |                      |
| Especialidade<br>CLINICA GERAL                                            | Clínica<br>CLINICA TRAUMA E GERAL                |                                                                      |                                              |                      |
| Classificação de risco                                                    | PROTÓCOLO<br>AG. JOAO PESSOA                     |                                                                      |                                              |                      |
| Caráter de atendimento<br>URGENCIA                                        | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE AUTOMOVEL   |                                                                      |                                              |                      |
| Indicadores e Transporte                                                  |                                                  |                                                                      |                                              |                      |
| Caso policial<br>Não                                                      | Plano de saúde<br>Não                            | Velo de ambulância<br>Não                                            | Trauma<br>Não                                |                      |
| Meio de transporte<br>RESGATE - BOMBEIROS                                 |                                                  | Quem transportou                                                     |                                              |                      |
| Sinais Vitais                                                             |                                                  |                                                                      |                                              |                      |
| PA<br>X                                                                   | mmHg                                             | Pulso                                                                | Temperatura                                  |                      |
| Exames complementares                                                     |                                                  |                                                                      |                                              |                      |
| Rolo X []                                                                 | Sangue []                                        | Urina []                                                             | TC []                                        | Liquor []            |
| ECG []                                                                    |                                                  |                                                                      |                                              |                      |
| Ultrasonografia []                                                        |                                                  |                                                                      |                                              |                      |
| Dados clínicos<br>Nch. 1.5 SL. 27-03-16<br>→ + (G)<br>f 14<br>ct + c curo |                                                  |                                                                      |                                              |                      |
| Diagnóstico                                                               |                                                  |                                                                      |                                              | 27/03/2016           |
| Atendido por<br>BRUNO MARCIO VIANA DA SILVA                               |                                                  |                                                                      |                                              | Tempo<br>02min 03seg |

Dr. Marcelo Silva  
Nº 123312-1  
CRM 5012

Impressão  
27/03/2016

tc pelve  
27.03.16

27.03.16  
(07:42h) Nick

~~KE~~  
~~Capotatarata~~

Glasgow (15)  
Pupils I & II  
Semi difficult motor

TC Crânio Normal

Orientações  
Alta Nick

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota  
Neurocirurgia  
CRM-PB: 6809

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
24 MAR. 2017  
COLO  
ESSOA



# Primeiro Atendimento Mé

1000004009728  
ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO  
DT. NASC.: 25/02/1993  
RAE: MARIA DA CONCEIÇÃO DUARTE MELO  
END.: MERCELINDA HENRIQUES DE ARA JO  
N. SN - BANC RIOS  
JOÃO PESSOA  
FONE: (83) 96539899  
CELULAR: (82) 82916892  
IDADE: 23  
DT. ENTRADA:

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

## DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Ac. Auto / Ac. Estranho  
Queda de 10m  
em direção  
e tendo levado joelhos

## EXAME PRIMÁRIO

S  
LACREAS ( ) Pêrvias ( ) Obstruídas

RICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ( ) Não

### VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( ) Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) Sem dificuldade

( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

### AUSCUTA PULMONAR:

#### 1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ( ) Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

HTE

( ) Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

#### 2- RUIDOS

( ) Sim

HTD

Roncos  
Sibilos  
Estertores

HTE

Roncos  
Sibilos  
Estertores

( ) Não

Imp

SaO<sub>2</sub>

%

## EXAME NEUROLÓGICO

ilias: ( ) Fotorreagente

( ) Paralisadas

( ) Isocóricas

( ) Anisocóricas

(diferença = mm)

Escala de Glasgow:

24 MAR. 2017

## ABERTURA OCULAR

## MELHOR RESPOSTA VERBAL

## ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA

(<4anos)

## PROTOCOLO

## MELHOR RESPOSTA MOTORA

|                      |   |                                                                         |   |                                 |   |
|----------------------|---|-------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------|---|
| Esontânea            | 4 | Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos | 5 | Obedece aos comandos            | 6 |
| A solicitação verbal | 3 | Confuso / Chora, mas é consolável                                       | 4 | Localiza a dor                  | 5 |
| Ao contínuo estímulo | 2 | Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)                         | 3 | Retira o Membro                 | 4 |
| Nenhuma              | 1 | Sons incompreensíveis / Inquieto                                        | 2 | Flexão anormal (decorticação)   | 3 |
|                      |   | Nenhuma / Nenhuma                                                       | 1 | Extensão Anormal (decerebração) | 2 |
|                      |   |                                                                         |   | Nenhuma                         | 1 |
| TOTAL:               |   |                                                                         |   |                                 |   |

## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número



- 1 Abrasão
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Crepitação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empalamento
- 9 Erisema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Contuso
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corto-Contuso
- 17 F. Perfuro-Contuso
- 18 F. Perfuro-Cortante

- 19 Fratura Óssea Fechada
- 20 Fratura Óssea Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Ingurgitamento Nervoso
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tendinea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Paresie
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinais de Isquemia
- 36

OBS.:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) \_\_\_\_\_

% Graus de queimadura: \_\_\_\_\_

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

- ☒ Radiografias  
☐ Ultrassonografia (FAST)  
☐ Tomografia computadorizada

- ☐ Lavado peritoneal  
☐ Gasometria arterial  
☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

## CONDUZAS E PROCEDIMENTOS

## CÓDIGO

## ASSINATURA E CARIMBO

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da \_\_\_\_\_

Solicito parecer da \_\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

SAÍDA

HORAS: \_\_\_\_\_

- ☐ Centro cirúrgico  
☐ Transferência (unidade de saúde)  
☐ Internado (setor)  
☐ Alta hospitalar  
☐ Óbito

☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reativa☐ Desistência☐ SVO☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ IME

ASSIN

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA/CARIMBO



■ 557

Nome: ALEXANDRE FAIVA MELO FILHO BE/Prontuário: 909091  
Idade: 23A Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: P Data: 04/04/2016  
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: 10 LR: 03  
Cirurgia: Tratamento da Luxação Anterior do Quadril  
Cirurgião: Dr. Esdras 1º Assistente: Dr. Nilvan  
2º Assistente: Dr. Leopoldo MR2 3º Assistente: Ana Maria MR2  
Instrumentador: Liana Pinto Anestesista: Dr. Umberto  
Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início 14h Término 17h

Diagnóstico Pós-Operatório

Ex + Lx de Acetabulo Esq

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

24 MAR. 2017  
Sem efeito.

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Procedimentos Cirúrgicos    | Código                                                                                                                                                                                                                                            |
| Tratamento de Acetabula Esq |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                             | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>COMPREV</b><br/>             COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.<br/>             24 MAR. 2017<br/> <b>PROTOCOLO</b><br/>             AG. JOÃO PESSOA           </div> |

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

Biopsia de Congelação: ( ) Sim (x) Não

### Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM:

André Cristiano da Costa Lima  
Médico Res. em Clínica Geral  
01/09/2015

João Pessoa, 04/04/2016

Medicine Res. em Ortopedia  
Edim 9714 P017003 em

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

7 de em D.L.D. pelo Aventura  
Ampress + Antissepsia  
Aposição de campos Estéreis

### Incisão:

VIA DE ACESSO POSTERIOR

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

24 MAR. 2017

### Achados:

PROTÓCOLO de Acetabulo Esq  
AG. JOÃO PESSOA

### Conduta:

- \* Incisão, Divulsão Desbridamento
- \* Abertura do túnel ósseo, Desbridamento
- \* Frenos e Rotadores
- \* Localização do Foco de Fratura
- \* Redução Cirúrgica + Fixação C/ Fios
- \* Kirschner 1,0 + Placas de Reconstrução
- (3 de 3 Fios e 1 de 9 Fios) (Est 1 de
- 12 Fios e foi costada). C/ Auxílio de
- Fluoroscopia
- \* Fechamento dos Planos
- \* Pule C/ Nylon 3,0

### Fechamento:

### Observação:

FIOS DE KIRSCHNER REALOCADOS APÓS  
VISUALIZAÇÃO C/ ESCOPIA

Médico/CRM:

André Cristiano da Costa  
Médico Res. em Ortopedia  
CRM 9714-28 / 7905 RJ

André Cristiano da Costa Lima  
Médico Res. em Ortopedia  
CRM 9714-28 / 7905 RJ

João Pessoa,

04/04/2016

F(NON)SIR 021-2









CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Alexandre Silva M. Filho BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: 23 Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 27/05/16  
 Clínica/Setor: Oftalmologia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Redução excisional de Lx do EMDL (E) sob anestesia  
 Cirurgião: Dr. Carlos Alberto 1º Assistente: Mei João Victor  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: P. Gomes  
 Tipo de Anestesia: Ráqui Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório                                                                           | CID |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <u>FRATURA LACERADA DO QUINTO (E)</u>                                                                |     |
| <b>COMPREV</b><br>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.<br>24 MAR. 2017<br>PROTOCOLO<br>AG. JOÃO PESSOA |     |
|                                                                                                      |     |
|                                                                                                      |     |
|                                                                                                      |     |
|                                                                                                      |     |
|                                                                                                      |     |
|                                                                                                      |     |

| Procedimentos Cirúrgicos                    | Código |
|---------------------------------------------|--------|
| <u>Redução excisional de Lx do EMDL (E)</u> |        |
|                                             |        |
|                                             |        |
|                                             |        |
|                                             |        |
|                                             |        |
|                                             |        |

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 Victor de A. Santos  
Médico  
CRM-PB 8818  
CRM-PE 22083

João Pessoa, 27/05/16

033.006902  
Dr. Carlos Alberto Marques Vieira

F(NG).ASCIR.009-1



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Pac em DDA sob anestesia
- 2) Cuidado de assepsia e antissepsia
- 3) Aplicação de campo cirúrgico esteril

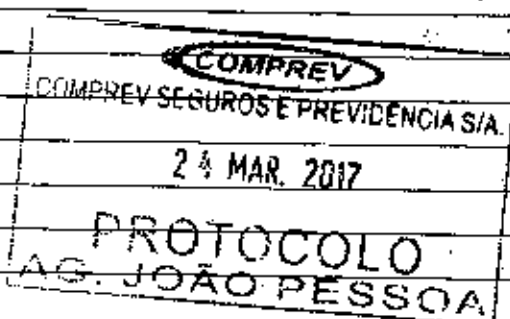
Incisão:

Achados:

Exclusão do ovário (E)

Conduta:

Redução da cruenta da lúpus do ovário (E)  
Rx controle



Fechamento:

Observação:

Médico/CRM

João Victor de A. Santos  
Médico  
CRM/PB 8818  
CRM-PE-22083

João Pessoa, 27/03/16

# Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Abelardo Paula Melo Filho  
 IDADE: 93 BE 909096 CONTÁGIO: ENFERMARIA: LEITO:  
 CIRURGIA: Redução de luxação de quadril esquerdo  
 CIRURGIÃO: Dr. Carlos Alberto AUX.:  
 ANESTESIA: Raqui anestesia + Sedação  
 ANESTESISTA: Dr. George Fernandes  
 INSTRUMENTADOR:  
 DATA: 27/03/16 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 08:30 FIM: 10:00 CIRURGIA: INÍCIO: 10:00  
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)  
 ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )  
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS  | QTD.   | MATERIAIS CONT.             | QTD. | FIDS                        | QTD. |
|-------------------------|--------|-----------------------------|------|-----------------------------|------|
| ALFENTANIL              |        | JELCO Nº18                  |      | FIO CAT GUT CROMADO Nº      |      |
| BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA   |        | JELCO Nº20                  |      | FIO CAT GUT CROMADO Nº      |      |
| BUPIVACAÍNA PESADA      | 1      | JELCO Nº22                  | 1    | FIO DE AÇO Nº               |      |
| CETAMINA                |        | JELCO Nº24                  |      | FIO DE AÇO Nº               |      |
| DROPERIDOL              |        | KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº |      | FIO DE NYLON Nº             |      |
| ETOMIDATO               |        | SOLUÇÕES                    | QTD. | FIO DE NYLON Nº             |      |
| FENOBARBITAL            |        | ALCOOL ETÍLICO 70%          |      | FIO DE NYLON Nº             |      |
| FENTANIL                | 1      | PVP DEGERMANTE              |      | FIO POLILACTINA Nº          |      |
| FLUMAZENIL              |        | PVP DINTURA                 |      | FIO POLILACTINA Nº          |      |
| ISOFLURANO              |        | PVP TÓPICO                  |      | FIO POLILACTINA Nº          |      |
| LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO |        | SABÃO ANTISÉPTICO           |      | FIO POLIPROPILENO Nº        |      |
| LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO |        | MATERIAIS                   | QTD. | FIO POLIPROPILENO Nº        |      |
| LIDOCAÍNA C/ VASO       |        | AGULHA 13X4,5               |      | FIO POLIPROPILENO Nº        |      |
| LIDOCAÍNA S/ VASO       |        | AGULHA 25X07                |      | FIO POLIGLECAPRONE Nº       |      |
| MIDAZOLAM               | 1      | AGULHA 25X08                |      | FIO SEDA Nº                 |      |
| MORFINA                 | 0,2 mg | AGULHA 40X12                |      | FITA CARDÍACA               |      |
| NIMBRIUM                |        | AGULHA PERIDURAL Nº16       |      | MATERIAL ESPECIAL           | QTD. |
| PANCLURÔNIO             |        | AGULHA PERIDURAL Nº17       |      | CATETER DE PIC              |      |
| PEFIDINA                |        | AGULHA PERIDURAL Nº18       |      | CIMENTO CIRÚRGICO           |      |
| PROPÓFOL                |        | AGULHA RAQUI Nº25G          | 1    | CLIP TITÂNIO EMADURA        |      |
| RANFENTANIL             |        | AGULHA RAQUI Nº26G          |      | FIO DE KIRSCHNER Nº         |      |
| ROCURÔNIO               |        | AGULHA RAQUI Nº27G          |      | material 3.5                |      |
| SEVOFLURANO             |        | ALGODÃO ORTOPÉDICO          |      | FIO STEINMAN Nº 3.5         |      |
| SUXAMETÔNIO             |        | ATA DURA DE CREPOM          |      | FIO STEINMAN Nº             |      |
| TIOPENTAL               |        | ATA DURA CESSADA            |      | GRAMPEADOR CIRÚRGICO        |      |
| MEDICAÇÕES              | QTD.   | BOIA P/ COLOSTOMIA          |      | HEMOST. ABSORVÍVEL          |      |
| ADRENALINA              |        | CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº  |      | KIT DERIVA. VENTRICULAR     |      |
| ÁGUA DESTILADA          | 1      | CATETER DE OXIGÊNIO         | 1    | PRÓTESE VASCULAR            |      |
| ATROPINA                |        | CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº |      | KIT PAM                     |      |
| BEXTRA                  |        | CATETER EPIDURAL Nº16       |      | FIXADOR EXTERNO             |      |
| CEFALOTINA              | 1      | CATETER EPIDURAL Nº17       |      | EMPRESA                     |      |
| DEXAMETASONA            | 1      | CATETER EPIDURAL Nº18       |      | PARAFUSOS CORTICAIS         |      |
| DIPIRONA SÓDICA         | 1      | CERA PARA OSSO              |      | PARAFUSOS CORTICAIS         |      |
| EPIEDRINA               |        | COLET. URINA FECHADO        |      | PARAFUSOS ESPONJOSO         |      |
| FLUROSEMIDA             |        | COMPRESSAS CIRÚRGICAS       |      | PARAFUSOS ESPONJOSO         |      |
| GLICOSE 50%             |        | COMPRESSAS CIRÚRGICAS       |      | PARAFUSOS MALEOLAR          |      |
| GLUCONATO DE CÁLCIO     |        | DRENO DE PENROSE            |      | PARAFUSOS MALEOLAR          |      |
| HIIDROCORTISONA         |        | URINO DE SUÇÃO              |      | PLACA                       |      |
| LIDOCAÍNA GELÉIA        |        | ELETRODOS                   | 5    | PLACA                       |      |
| ONDASINTRONA            | 1      | EQUIPO MACROGOTAS           | 1    | EQUIPAMENTOS                |      |
| PLASIL                  |        | EQUIPO TRANSF. SANGUE       |      | ( ) ASPIRADOR               |      |
| PROSTIGMINE             |        | EQUIPO MICROGOTAS           |      | ( ) BISTURI ELÉTRICO        |      |
| PROTAMINA               |        | ESPONJA DE PVP              | 1    | ( ) CAPNÓGRAFO              |      |
| TENOXICAN               |        | ESPARADRAPO                 |      | ( ) CARDIOMONITOR           |      |
|                         |        | GAZES                       |      | ( ) DESFIBRILADOR           |      |
|                         |        | GAZES ALGODOADAS            |      | ( ) FOCO AUXILIAR           |      |
|                         |        | GEL ELETROLÍTICO            |      | ( ) FOCO CENTRAL            |      |
|                         |        | JELCO Nº14                  |      | ( ) MICROSCOPIO             |      |
|                         |        | JELCO Nº16                  |      | ( ) OXÍMETRO DE PULSO       |      |
|                         |        | malha tubular               |      | ( ) P.A. INVASIVAS INVASIVA |      |
|                         |        | como de                     |      | ( ) PERFURADOR ELÉTRICO     |      |
|                         |        | no de                       |      | ( ) SERRA                   |      |
|                         |        |                             |      | CIRCULANTE                  |      |

COMPRÉV SEGUROS E PREVENÇÃO S.A.  
 24 MAR. 2017  
 COMPREV

Shadia Travassos Dantas  
 Tec. Enfermagem + Rosane  
 FIM: ASCIR 021-2



# FICHA DE ANESTESIA

DATA 27/03/16

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ALEXANDRE PAIVA M. FILHO

SEXO: M COR:

IDADE: 23

PRE-ANESTÉSICO: Midazolam 2mg  
PULSO: 96 RESPIRAÇÃO: NDV TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:  
ESTADO GERAL: BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: Empulso

AP. CIRCULATÓRIO: Estável

AP. DIGESTIVO: SI Suave

ESTADO MENTAL: LVE

DROGAS EM USO: VPM

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

Midazolam 2mg

ESTADO FÍSICO (ASA): I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

luxação + Fratura de quadril (E)

CIRURGIA REALIZADA

Redução de luxação de quadril (E)

CIRURGIÃO: Dr. Carlos

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA: 8:30

TÉRMINO DA ANESTESIA: 10h

DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1:30h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA: Dr. George

de Oliveira (R)

CRM-PB

AGENTES

U 2  
N 2

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

Paciente monitorizado a URPA  
arritmias, taquicardia, estável  
tempo de reação normal  
SpO2 99%  
PA: 100x50mmHg

CONFERIR  
MÉDICO RESPONSÁVEL

22/03/2017

PROTÓCOLO  
G. JOAQUIM

ANESTESIA GERAL

RAQUIDIANA

EPIDURAL

BLOCO PLEXO

BLOCO NERVOS

OUTROS

RECARGA

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

U 1000  
V 500

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1 Midazolam 2mg + 3mg - 1amp

2 Fentanyl 100mcg - 1amp

3 Bupivacaína hiperbarica 15mg - 1amp

4 Dexmedetomidina 10mcg - 1amp

5 Diprivan 2mg - 1amp

6 Dinof 80mcg - 1amp

7

8

9

10

OBSERVAÇÕES: Paciente em DLD, monitorizado, ampma + autimpma, punção lombar L3-L4  
(3 tentativas), UL normal, injeção de (3) (6) com agulha 25G.

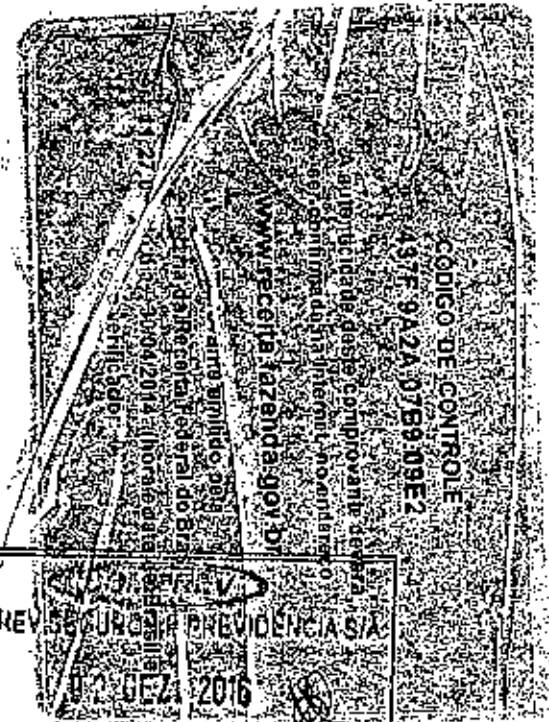
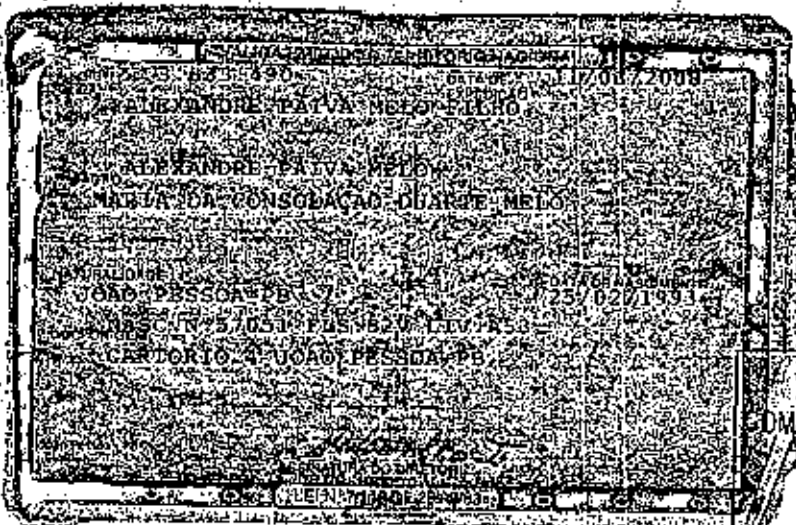
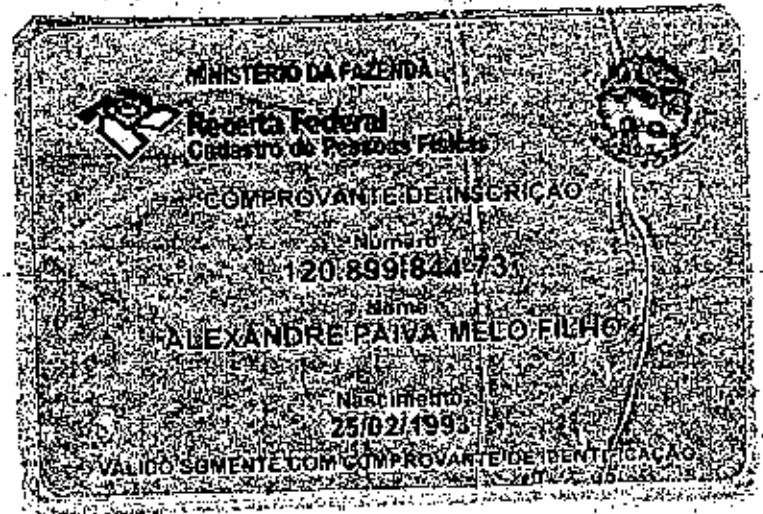
ASSINATURA DO ANESTESISTA

George T. A. Fernandes

Médico Anestesiologista

CRM-PB 7794

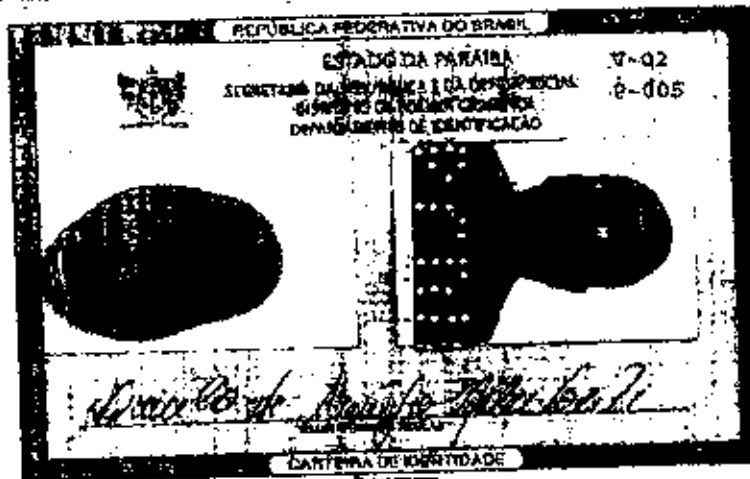
DOCUMENTO 5 - 15%



DMAREV SEGURANÇA PREVIDENCIA S/A  
02/02/2016  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



DOCUMENTO 3 "T3"



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 DEZ. 2016  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 2.1329.339 - 2 VEA DATA DE EMISSÃO: 07/01/2010

NOME: FRANCISCO DE ASSIS NOBRE LEITE

NOME PRIMEIRO: NOBRE LEITE

NOME SOBRENOME: CLEIDE CARACIO LOPES NOBRE LEITE

NATURALIDADE: PIANCO-PB DATA DE NASCIMENTO: 23/12/1977

DESCRIÇÃO: N. 5007 FLS. 107 LEV. B-19

CARTÓRIO: 13º JOÃO PESSOA PB

CPF: 021.762.164-31

ASSINATURA: [Assinatura]

ASSINATURA: [Assinatura]

LEIA: 115 DE PESSOAS



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160721657 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO **Data do acidente:** 27/03/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 14/12/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Fratura de acetábulo esquerdo submetido a tratamento cirúrgico

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** Encaminhar documentação médica completa ou relatório médico descrevendo as condutas médicas realizadas e os resultados terapêuticos obtidos após o término do tratamento.

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160721657 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE PAIVA MELO FILHO **Data do acidente:** 27/03/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 05/04/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de acetábulo esquerdo submetido a tratamento cirúrgico

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

