

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

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594628

Vítima: MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

Data do Acidente: 18/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	51737243468	Maria Leonice Nascimento Melo		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Maria Leonice do Nascimento Melo</i>		CPF: <i>51737243468</i>		
Profissão: <i>Aposentada</i>	Endereço: <i>Av. Liberdade</i>	Número: <i>4918</i>	Complemento:	
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Bauru</i>	Estado: <i>SP</i>	CEP: <i>58306001</i>	Tel.(DDD): <i>83 983812056</i>
E-mail: <i>cinthia-opsi@hotmail.com</i>				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Nome do BANCO: *Banco do Brasil*

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2849 CONTA: 6729
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: *Focus Perícia 10/12/2018*
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

(*) Assinatura de quem assina o RG
Maria Leonice Nascimento Melo
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura: _____

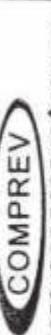
18 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JAO PESSOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 DEZ. 2018

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

e/c

comta 6 429-6

agencia cura - 2849-5





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



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0440 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: JOSÉ EDUARDO MOREIRA FILHO				Posto/Graduação: CB/PM		
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Avenida Liberdade		Hora 18:00	Bairro Centro		Município: Bayeux	UF PB	
Data/Ocorrência 18-06-2018	Dia da Semana Segunda-feira	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Abalroamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca	Tempo Nublado	
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 Veículo			Controle do tráfego no local Via de duplo sentido				
CONDUTOR 01							
Nome Arthur Fábio Soares Bulcão		Sexo Masculino	Nascimento 17-10-1991		RG 3393679		
Endereço Rua João Quirino de Santana, 35 B, Várzea Nova, Santa Rita, PB – Tel.(083)99837-8517							
1ª Habilitação 22-04-2010	Categoria AB	Registro CNH N.º 04925747213	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 02-02-2020	Usava cinto	
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim			Destino do Condutor Permaneceu no local				
VEÍCULO 01							
Marca/Modelo Honda CG 150	Espécie Motocicleta	Placa QFY - 4070	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB		
Nome do Proprietário Albenio Leonardo Soares Leite							
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012895844463	Renavan Nº 0106665574-7			Data da Emissão 13-10-2016		
Defeitos Nada constatado							
VERSAO DO CONDUTOR 01							
Condutor declarou que: Trafegava na via A, sentido Bayeux/Santa Rita, quando foi surpreendido pela pedestre que foi atravessar a via sem ao menos olhar para os lados, não dando para parar havendo a colisão.							

VÍTIMA 01

Nome Maria Cleonice Nascimento Melo		Sexo Feminino	Nascimento 16-02-1965
Endereço Avenida Liberdade, 4418, Centro, Bayeux, PB.			
		Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto
Condição da Vítima Pedestre		Conduzida Para Hospital de Trauma	

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O V1 foi retirado do local do sinistro; O C1 realizou o teste de alcoolemia com resultado (0,00mg/L). V1 removido ao Bpmg COMPREV socorrida pelo SAMU USB 10 pelo socorrista Edilson Junior 3473 ao Hospital de Trauma. COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa – PB, 04 de Julho de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 19/07/2018

José Eduardo Moreira Filho CB PM
Responsável pelo Levantamento



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



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0440 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda Fan	Placa: QFJ - 4070 PB	Responsável pelo Preenchimento: CB Eduardo	Data: 18-06-2018
-----------------------------------	--------------------------------	--	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA		Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		
02	Mesa superior da suspensão dianteira	x			06	Garfo traseiro	x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	x			07	Eixo traseiro (triciclos)	x	
04	Coluna de direção	x			Total Geral (Sim + NA)			00

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

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

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

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

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Copia de Conformidade com o Original
EM: 19/07/2018

João Pessoa-PB, 04 de Julho de 2018.

José Eduardo Morgan Filho CB PM
Responsável pelo Levantamento





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



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0440/ 2018

AMARRAÇÕES

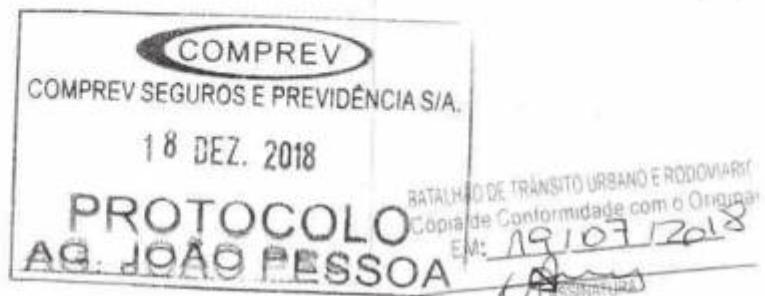
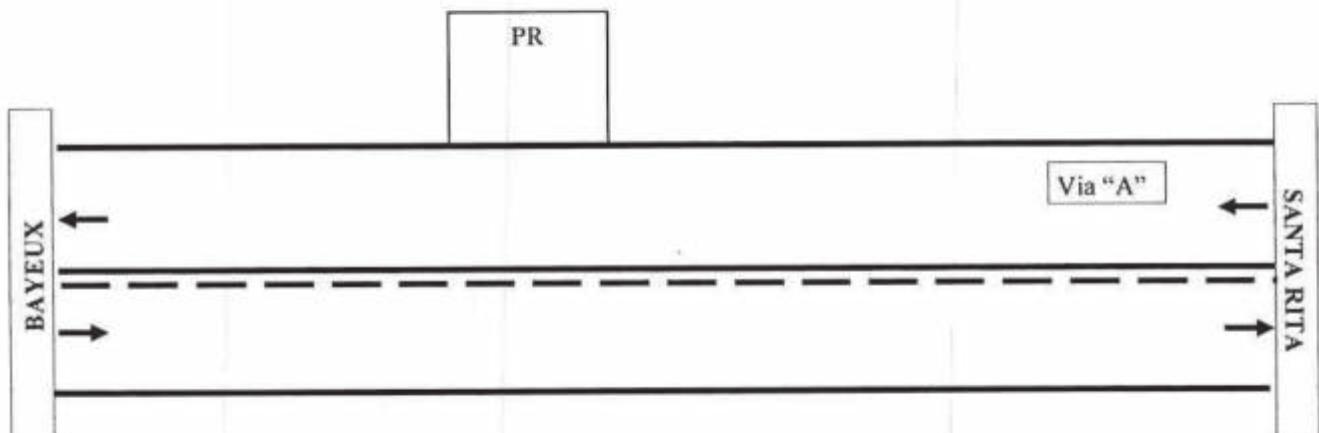
VIA "A" - Avenida Liberdade 07,00metros

PR (Ponto de Referência) Casa Nº 4345

PA (Ponto de Amarração)

V1 (Veículo 01) Retirado do local

V2 (Veículo 02)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIENCE ESCALA

AVARIAS



José Eduardo Moreira Filho Cb PM
Responsável pelo Levantamento

V1



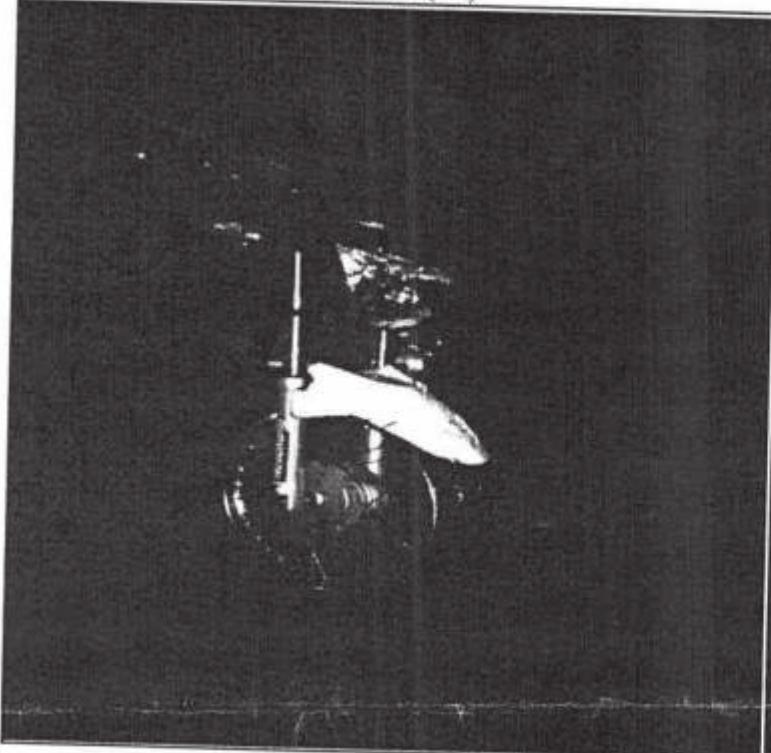
POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



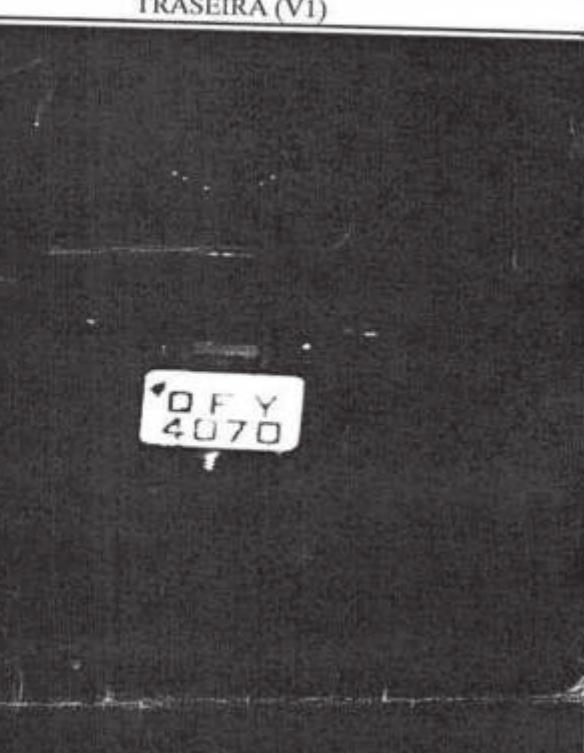
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0440/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Copia de Conformidade com o Original
EM: 19/07/2018

ASSINATURA

José Eduardo Moreira Filho Cb PM
Responsável pelo Levantamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	51737243468	Maria Leonice Nascimento Melo		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Maria Leonice do Nascimento Melo</i>		CPF: <i>51737243468</i>		
Profissão: <i>Aposentada</i>	Endereço: <i>Av. Liberdade</i>	Número: <i>9918</i>	Complemento:	
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Bauru</i>	Estado: <i>SP</i>	CEP: <i>58306001</i>	Tel.(DDD): <i>83 983812056</i>
E-mail: <i>cinthia-opsi@hotmail.com</i>				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Nome do BANCO: *Banco do Brasil*

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2849 CONTA: 6729
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: *Focus Permanente 10/12/2018*
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____
 18 DEZ. 2018

2º | Nome: _____
 CPF: _____

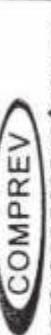
Assinatura: _____
 18 DEZ. 2018

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELOGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 DEZ. 2018

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

e/c

comta 6 429-6

agencia cura - 2849-5





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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 1º DE 18	ID da Ocorrência: 201000761	<input type="checkbox"/> USB	<input type="checkbox"/> Nº / Equipe	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora da Saída da Base: 14:15	Hora de Chegada ao Local: 14:30
		<input type="checkbox"/> USA	<input type="checkbox"/> MT		Hs	Hs

Paciente / Usuário: Alcione de Souza	Idade: 60	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc	Telefone:
--------------------------------------	-----------	-------------------------------------	-----------

Local da Ocorrência: João Pessoa Santa Rita Bayeux Cabedelo Cande Outro:

Lugar: Praça da Rua Frederico, Bairro: Bayeux Médico Regulador: Frederico

Quantidade de vítima(s) no local: Uma Duas Três Mais de três:

Apoio no Local: USB USA Resgate / Bombeiros PM Resgate PRF BPTRAN Outro:

QTA: Socorrido por Terceiros Socorrido pelos Bombeiros Evadiu-se do Local Trote Outro:

DESTINO DO PACIENTE: Atendido no Local e Liberado Encaminhado a Unidade Hospitalar Óbito no Local Óbito Durante o atendimento

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem:		

CAUSAS EXTERNAS

Acidente de Trânsito

Colisão carro x moto

Queda de moto

Atropelamento por:

Colisão carro x carro

Capotamento

Outro:

F.A.F.

F.A.B.

Agressão Física

Afogamento

Queda - Altura aproximada:

Soterramento / Desabamento

Choque Elétrico

Outro:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo

1. DADOS VITAIS

P.A.: 70 mm Hg FC: 100 FR: 18 HGT: 160 SpO2 - SPO2: 98% SpO2 - C/CO2: 98%

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

em juntar o t corteira q qdado em

sentente feito protocolo de APH, nota de

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Sintomas de urticária COMPREV

Intervenções: Urticária COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Evolução do Enfermeiro: Urticária COMPREV

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA IV

(3) Protocolo (4) Triage I

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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02849-5

CONTA: 00000006729-6

Nr. da Autenticação 3DFC7A9A90453AB7

ALONCIO JOAQUIM DE MELO
AV LIBERDADE, 4418 - CENTRO
BAYEUX / PB CEP: 56308-001 (AG. 1)

Emissão: 17/07/2018 Referência: Jul / 2018
Classe/Suporte: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOPÁSICO B/200, Km 26 - Distrito Redentor - José Pessoa / PB - CEP 56071-690
Rotero: B - R - 180 - 2120 N° medidor: 00001340344



ENERGISA PARAÍBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.110/0001-40 - Inscrição Estadual: 16.015.823-0

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica n° 0009.514.300
Cód. para Detalhamento: 00033274990

Jul / 2018 17/07/2018 16/08/2018 210.039.961-00

Insc. Est.:

Prezado Cliente:
O Bem Seguro, que protege você e sua família, está sendo reajustado a partir deste mês em R\$0,10 (dez centavos), conforme condições de contratação. As importâncias seguradas de todas as coberturas do seu Seguro também estão sendo reajustadas na mesma proporção. Por exemplo, a importância separada para cobertura de incêndio e/ou explosão passou de até R\$28.141,38 para até R\$28.571,92, portanto, uma ampliação de mais de R\$430,55 só nessa cobertura. Queridas, ligue 0800 704 0044.

Data	Lectura	Data	Lectura	1	255	32
15/08/18	31811	17/07/18	31809			
001 Bem Seguro	124.000,00	130.000,00	Vale da Seguradora: Adic. Içamada, baseada na média			
			Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMF Ps/Cofre(R\$) (1,0845%)(4,3655%)			
0801 Consumo em kWh	255.000,00	0,798080	198,46 198,46 27 50,99 188,46 2,04 9,41			
0801 Adic. B. Vermelha			19,06 19,06 27 5,14 19,06 0,21 0,66			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			22,22 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			
0802 BEM SEGURO - ACE / ASSURANT 07/2018			6,92 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00			

CCI - Código de Classificação do item TOTAL 236,55 207,51 56,02 207,51 2,26 10,36

284

11/08/2018

R\$ 236,55

198 | 203 | 199 | 252 | 274 | 267 | 306 | 290 | 292 | 220 | 288 | 294
Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

RESERVADO AO FISCO 9007.e2b8.989b.b1ac.4396.dd09.a3e5.6617.

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)
DIA MENSAL 1	0,00
DIA TRIMESTRAL 11,10	NOMINAL 220
DICANUAL 22,21	
FIC MENSAL 22,42	0,00 CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL 6,66	LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL 12,70	LIMITE SUPERIOR 231
DIAS 12,20	0,00
DIUR 12,42	

Composição do Consumo Discriminado	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PG	48,28	20,41
Compra de Energia	63,52	27,52
Serviço de Transmissão	7,40	3,19
Encargos Sociais	13,37	5,85
Impostos Diretos e Encargos	9,65	4,21
Outros Serviços	6,92	3,09
Total	236,55	100,00

Valor cpc/USD (Ref 5/2018) R\$75,01

O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estes cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO
DATA DE NASCIMENTO	16/01/65
NOME DA MÃE	ROSA ANTONIA DOS SANTOS NASCIMENTO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	109.424
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.089.193
DATA DO ATENDIMENTO	18/06/18
HORA DO ATENDIMENTO	19:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic), com trauma em MIE, em torax e em punho direito. Glasgow 15. Consciente e orientada. Refere dor intensa em joelho esquerdo. TC evidencia fratura de platô tibial esquerdo com afundamento lateral. Internação para cirurgia. Operada e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de torax
RX de perna esquerda
RX de punho direito
TC de joelho esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de platô tibial esquerdo, com afundamento lateral.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	29/06/18
DATA DA EMISSÃO:	12/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



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: 1089193

**Identificação do paciente**

ID 748749	Nome MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO			Sexo Feminino
Data de nascimento 16/01/1965	Idade 53 anos 5 meses 2 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe ROSA ANTONIA DOS SANTOS NASCIMENTO				Pai BENJAMIN BRAZ DO NASCIMENTO
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) MARIA DO CARMO FELIPE DOS SANTOS - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 86473174		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento		Nº Crs 702409080130122	
Local de procedência BAYEUX			Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58305003	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro Liberdade - até 1135/1136
Número 4418	Complemento		Bairro Baralho

Admissão

Data e Hora 18/06/2018 19:21:41	Número da pulseira 1000005179007	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	

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脉搏 13	Temperatura 37.0
---------	------	-----------	---------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Paciente vítima de atropelamento, apresentava
vômito, arrepios e encaminhada p/ EDI

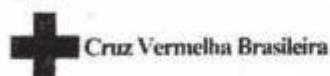
Diagnóstico	Enfermeira CORPO	CID
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS		COMPREV 0111569

Imprimir

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO	BAE 1089193	Data/Hora Entrada 18/06/2018 19:21:41	Data Baixa
Data de nascimento 16/01/1965	Idade 53a 5m 2d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 86473174
Mãe ROSA ANTONIA DOS SANTOS NASCIMENTO			Prontuário
Endereço Liberdade - até 1135/1136, 4418	Bairro Barbalho	Município BAYEUX	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional ZALMIR REICHERT FILHO	Nº Cons. Regional 3518/PB
Data/Hora Classificação 18/06/2018 19:21:41		Data/Hora Prescrição 18/06/2018 19:35:40	

Anamnese

Paciente vítima de atropelamento por moto, com traumas em m/ie, punho d, torax. vomitou. glasgow 15
 lesão tc crânio, rx torax, raio x perna esq., punho d.
 Precisa ncr, ortopédia

CUIDADOS**SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA****SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA****EXAME DE IMAGEM****TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO****RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)****RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA****RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)****CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

em observação

MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

Zalmir R. Filho
Medico CRM 3518
Início - Protetologia
ZALMIR REICHERT FILHO
(3518/PB)

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO	BAE 1089193	Data/Hora Entrada 18/06/2018 19:21:41	Data Baixa
Data de nascimento 16/01/1965	Idade 53a 5m 3d	Sexo Feminino	CNS 702409080130122
Mãe ROSA ANTONIA DOS SANTOS NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 86473174
Endereço Liberdade - até 1135/1136, 4418	Bairro Baralho	Município BAYEUX	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional ALEXANDRE BARROS DA GONCALVES DA SILVA	Nº Cons. Regional 4988/PB
Data/Hora Classificação 18/06/2018 19:21:41		Data/Hora Prescrição 18/06/2018 21:46:14	

Anamnese

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO

CG 15 SEM DEFICIT FOCAL

MULTIPLAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO

TRAUMA DE EXTREMIDADES

CT DE CRANIO NORMAL

CD:REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

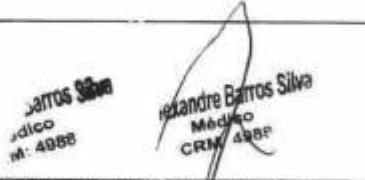
LIBERO DA NCR

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?
Conduta

Em observação

MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

ALEXANDRE BARROS DA GONCALVES DA SILVA
(: 4988/PB)



alexandre barros silva
medico
CRM: 4988



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO	BAE 1089193	Data/Hora Entrada 18/06/2018 19:21:41	Data Baixa
Data de nascimento 16/01/1965	Idade 53a 5m 3d	Sexo Feminino	CNS 702409080130122
Mãe ROSA ANTONIA DOS SANTOS NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 86473174
Endereço Liberdade - até 1135/1136, 4418	Bairro Baralho	Município BAYEUX	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cons. Regional 9301/PB
Data/Hora Classificação 18/06/2018 19:21:41		Data/Hora Prescrição 19/06/2018 10:37:47	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

-
O
EVALUAÇÃO

C

NEGA ALERGIA E COMORBIDADES

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO ONTEM.

AVALIADA NO PLANTÃO ANTERIOR QUANDO FOI SOLICITADO TAC DO JOELHO

NO MOMENTO SEM QUEIXAS ÁLGICAS, PORÉM ESTAVA COM DOR EM JOELHO ESQUERDO.

EFO: DIMINUIÇÃO DE ADM DE JOELHO ESQUERDO, COM EDEMA E HEMATOMA LOCAL, PULSOS PALPÁVEIS, EXAME NEUROLÓGICO PRESERVADO.

RAIO-X DE JOELHO E EVIDENCIANDO AFUNDAMENTO DE PLATÔ LATERAL

TC DE JOELHO ESQUERDO EVIDENCIANDO FRATURA DE PLATO TIBIAL COM AFUNDAMENTO LATERAL

CD: INTERNO PACIENTE + SOLICITO EXAMES + TALAS INGUINO-PODÁLICA A ESQUERDA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Iuir

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

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

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

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

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSARIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), 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

Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA DANTAS em 18/06/2018 19:22:42



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO	BAE 1089193	Data/Hora Entrada 18/06/2018 19:21:41	Data Baixa
Data de nascimento 16/01/1965	Idade 53a 5m 3d	Sexo Feminino	CNS 702409080130122
Mãe ROSA ANTONIA DOS SANTOS NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 86473174
Endereço Liberdade - até 1135/1136, 4418	Bairro Baralho	Município BAYEUX	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	Nº Cons. Regional 6311/
Data/Hora Classificação 18/06/2018 19:21:41		Data/Hora Prescrição 18/06/2018 23:28:26	

Anamnese

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL, EUPNÉICA, CONSCIENTE E ORIENTADA. REFERE DOR A OMBRO ESQUERDO E FIE. ABDOME: FLÁCIDO, POUCO DOLOROSO EM FOSSA ILÍACA ESQUERDA, SEM NAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. JÁ AVALIADO E LIBERADO PELA NEUROCIRURGIA.

RX DE TÓRAX SEM EVIDÊNCIA DE HEMO OU PNEUMOTÓRAX.

CONDUTA: ANALGESIA

SOLICITO FAST + RX DE OMBRO ESQUERDO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA, 0.0 (MGTS)

Diluir

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

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

Conduta

IN observação

MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM: 6311/)





Paciente MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO	Boletim de Atendimento 1089193	Data/Hora Entrada 18/06/2018 19:21:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/01/1965	Idade: 53	Sexo Feminino	CNS 702409080130122
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

Evolução Médica (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 20/06/2018 07:35:18)
EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Nº PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL
 EVOLUI ESTAVEL
 E LABORATORIO OK
 CD: AGUARDA RISCO

Seção: AREA LARANJA - UDC A Leito: 0009

Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

 -DR. TIBIRICA MEDEIROS
 ORTOPEDICO - TRAUMATOLOGISTA
 ORTHOPEDIC - TRAUMATOLOGIST
 DR. TIBIRICA

29 JUN 2018

COMPREV	SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 DEZ. 2018	PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA	COMPREV

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES			
H TOP						
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES			
H TOP						
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N.º DO PHONTOUÁRIO			
M.º Henrique Nascimento Melo			1089623			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
			/ /		Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)	
			DDD / / / /			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE: MUNICÍPIO		15 - UF	16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)						
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO						
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)						
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	
					<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
31 - QTDE						
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO						
<p>3,5 TMC</p> <p>01 Placa em "T" 4x5 01 parafuso Cortef n.º 34 02 parafusos corticais n.º 38 02 Parafuso 6 parafusos n.º 40 (dado) 1 dente 01 Parafuso 6 parafusos n.º 35.</p>						
PROFISSIONAL SOLICITANTE						
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
41 - DOCUMENTO			42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF				 Dr. Francisco Henrique Freitas Médico CRM-PB 9603 CNS 703404579057800	
AUTORIZAÇÃO						
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO			48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF					



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEC TSML

NOME:	MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO			BE/PRONTUÁRIO	1089193
IDADE:	53	SEXO:	<input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM	COR:	DATA: 27/06/2018
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA			EMP:	LR:
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
CIRURGIÃO:	DR KARTNEY SARMENTO	1º ASS:	DR ROBERTO ALMEIDA		
2º ASS:	DR FRANCINELIO R1	3º ASS:			
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA:				
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUIANESTESIA	HORÁRIO	INÍCIO:	TÉRMINO:	

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO	
COM PLACA EM T + PARAFUSOS ESPONJOSOS E CORTICais	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA

RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM 36.033
CNS 705

DATA:

27/06/2018

PROTOCOLO
A.Q. JOÃO PESSOA

18 DEZ. 2018

COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIA S/A



CALIFÉMIA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
VIA DE ACESSO ANTERO-LATERAL DO JOELHO ESQUERDO	
DIVULSÃO, AVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS	
CUIDADOS DE HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO	
Conduta:	
REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA	
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA EM T 4X5 + 6 PARAFUSOS ESPONJOSOS E CORTICAIS	
SOB AUXILIO DE ESCOPIA E VISUALIZAÇÃO DIRETA	
LIMPEZA COM SF 0,9% + REVISAO DE HEMOSTASIA	
SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS	
CURATIVOS ESTÉREIS	
RX DE CONTROLE	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404578057800

João Pessoa

PROTOCOLO
AG.
JOÃO PESSOA

18 DEZ. 2018

COMPREV
COMPRENSIVO/001/2018
SEGURANÇA PREVIDÊNCIAS S/A

Nota de Sala Cirúrgica



M: become Nascent to Mts 10/29/93

COMPREV

COMPREV



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 27/06/18

PRONTUÁRIO: 108 9193 / 109419

PACIENTE: MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

SEXO: F COR:

IDADE: 53A

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

EURÍACA

TEMPERATURA PESO

GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL

() BOM ()

REGULAR () MAU ()

PESSIMO RISCO CIRÚRGICO

() BOM ()

PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

VPM

AP. RESPIRATÓRIO

NON

AP. CIRCULATÓRIO

HAS

AP. DIGESTIVO

JEJUM

ESTADO MENTAL

LOTE

DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)

III

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FRATURA DE PLATO TIBIAL (C)

CIRURGIA REALIZADA

TRATAM. CIRÚRGICO DE FRAT. DE PLATO TIBIAL (C)

CIRURGÃO DR. KARTUCY

AUXILIARES DR ROBERTO

INÍCIO DA ANESTESIA

11:30h

TÉRMINO DA ANESTESIA

12:45h

DURAÇÃO DA ANESTESIA

1h15min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA DR VANESSA F.

CPF

CRM-PB 8287

AGENTE/HORA

13:00

(12)

02-21

N.º 0

LÍQUIDOS

VENCIDOS

IRL RLR

VENCIDOS

VENCID

PatientID: 000000066596
Name: MARIA CLEONICE NASCIMENTO MEI
Sex: Feminino
BirthDate: 16.01.1965
Age: 53a.

Study Date: 30.07.2018

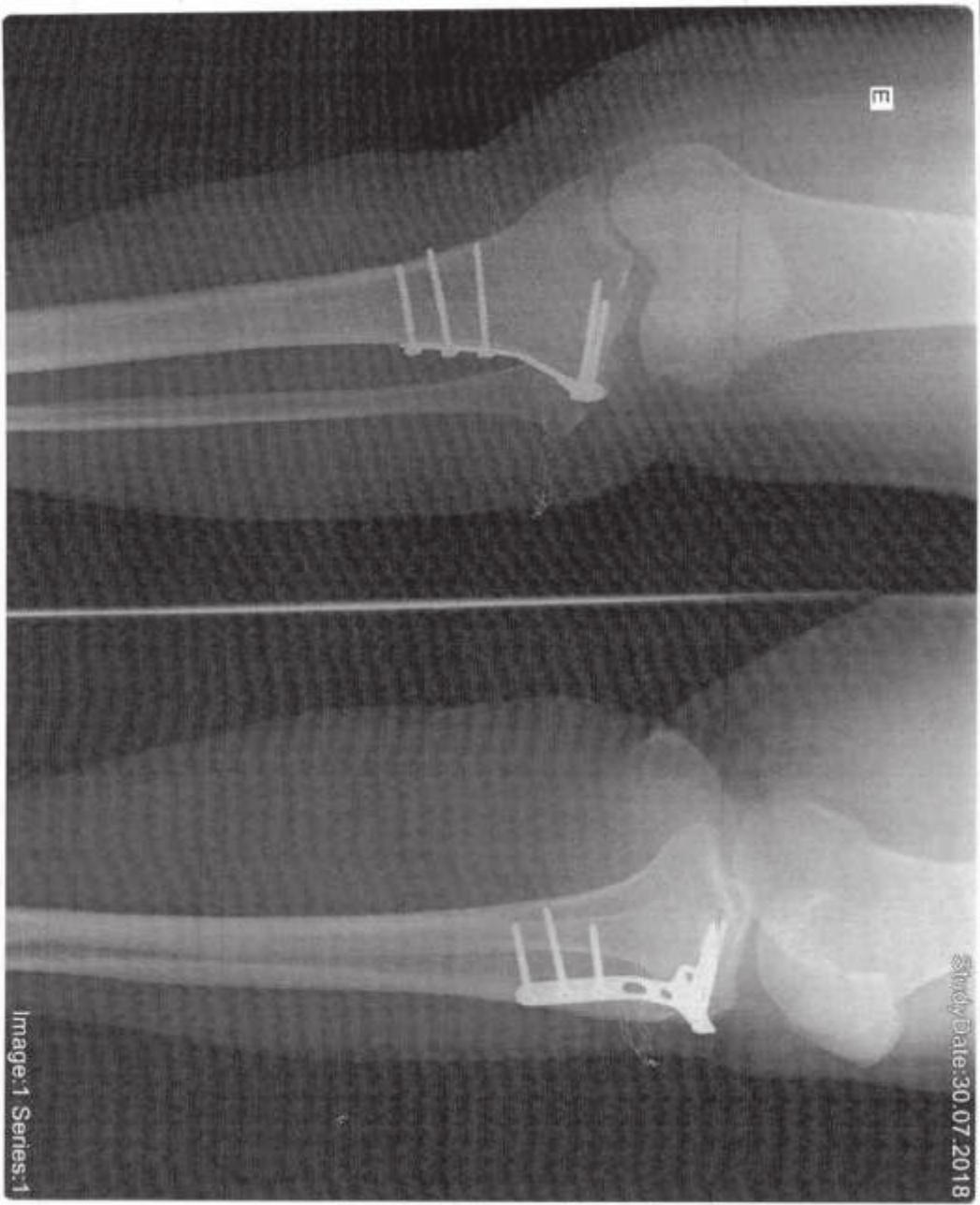


Image:1 Series:1





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.051.070 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/03/2014

NOME MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

PAI BENJAMIM BRÁZ DO NASCIMENTO
MÃE ROSA ANTÔNIA DOS SANTOS NASCIMENTO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 16/01/1965

DOC ORIGEM CASAM N. 4059 FLS. 300V LIV.B-09
CARTÓRIO BAYEUX-PB

CPF 517.372.484-68

Assinatura do Diretor

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Banco Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
517.372.484-68

Nome
MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

Nascimento
16/01/1965

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

18 DEZ. 2018

COMPREV
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIASA.

14/02



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.051.070 -2 VIA
NOME	MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO
DATA DE EXPEDIÇÃO 25/03/2014	
RESIDÊNCIA BENJAMIM BRÁZ DO NASCIMENTO ROSA ANTÔNIA DOS SANTOS NASCIMENTO	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO 16/01/1965
JOÃO PESSOA-PB	
DOC ORIGEM	CASAM N. 4059 FLS. 300V LIV.B-09 CARTORIO BAYEUX-PB
CPF	
517.372.484-68	<i>[Signature]</i>
ABSTRAÇÃO DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	



ALONCIO JOAQUIM DE MELO
AV LIBERDADE, 4419 - CENTRO
BAYEUX / PB CEP: 58006-001 (AG: 1)

Emissão: 15/08/2018 - Referência: Junho 2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO N(19) Am25 - Credito Residencial - João Pessoa / PB - CEP: 58011-000
Poteri: 5 - S - 180 - 2120 - 17 medidor 20091342644

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 00.000.000/0001-40 - Rod. BR 101 S/ KM 15 - KM 15
Nro Fiscal Operadora Energisa PB: 00000017296
Cld. para Dir. Automática: 00000314890

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a
Jun / 2018

Apresentação
15/06/2018

Data prevista da
próxima leitura
17/07/2018

CPF/ CNPJ/ RANI
21003998100
Insc Est:

UC (Unidade Consumidora):

5/327499-0

Canal de contato:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO
PESSOA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.051.070 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/03/2014

NOME MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

PAI BENJAMIM BRÁZ DO NASCIMENTO
MÃE ROSA ANTÔNIA DOS SANTOS NASCIMENTO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 16/01/1965

DOC ORIGEM CASAM N. 4059 FLS. 300V LIV.B-09
CARTÓRIO BAYEUX-PB

CPF 517.372.484-68

Assinatura do Diretor

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Banco Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
517.372.484-68

Nome
MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

Nascimento
16/01/1965

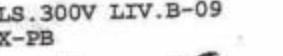
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

18 DEZ. 2018

COMPREV
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIASA.



REGISTRO		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
GERAL		1.051.070 -2 VIA
		DATA DE EXPEDIÇÃO 25/03/2014
NOME MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO		
FILIAÇÃO BENJAMIM BRÁZ DO NASCIMENTO ROSA ANTÔNIA DOS SANTOS NASCIMENTO		
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB		16/01/1965
DOC ORIGEM		
CASAM N.4059 FLS.300V LIV.B-09		
CARTORIO BAYEUX-PB		
CPF		517.372.484-68
Nº. PRV001-PB		
ASSINATURA DO DIRETOR		LEI Nº 7.116 DE 29/06/83



ALONCIO JOAQUIM DE MELO
AV LIBERDADE, 4119 - CENTRO
SAO LUIS / PB CEP 58300-001 (AG 1)

Emissão 15/08/2016 Referência 2016-00
Classe/Subtítulo RESIDENCIAL / RESIDENCIAL
Poder: S-B-180-2125 Prazo: 30/09/2016

ENERGIA PIRANHA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. 25 - Centro Resende - Rio de Janeiro / RJ - CEP: 25.000-000
(21) 265-1827 / 00001-40 - insc Est 16.915 E2343

[View all posts by admin](#)

Céd. para Dép. Automático: 00000274990

卷之三十一

www.orientsoft.com 0800 0

98 ACCESS: WWW.CHEMICAL&PETRO.COM

For more information about the program, contact the Office of the Director, Bureau of Land Management, Denver, CO.

www.istockphoto.com

Carta referente a Apresentação

CPF/CNPJ/RANI

conta referente a Apresentações

212000000120

15/06/2018

/2018 21003998100

UC (Unidade Consumidora):

5/327499-0

Canal de tentação

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594628 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO **Data do acidente:** 18/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Talita Fonseca Medeiros da Silva".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594628 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO **Data do acidente:** 18/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455980/18

Vítima: MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

CPF: 517.372.484-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/06/2018

Titular do CPF: MARIA CLEONICE
NASCIMENTO MELO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO : 517.372.484-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/12/2018
Nome: MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO
CPF: 517.372.484-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

MARCELA DO CARMO DE LIMA