
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



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

o/c

agência - 2849-5
 conta 6.729-6





POLÍCIA 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	U F PB		
Data/Ocorrência 18-06-2018	Dia da Semana Segunda-feira	C/S Vitima (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	Usava Capacete
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 N.º 012895844463	Renavan N.º 0106665574-7	Data da Emissão 13-10-2016		
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO 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 N.º		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 Bptm; Vítima socorrida pelo SAMU USB 10 pelo socorrista Edilson Junior 3473 ao Hospital de Trauma. COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

João Pessoa – PB, 04 de Julho de 2018.

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

PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

José Eduardo Moreira Filho CB PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA 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			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Elxo traseiro (triciclos)			
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
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 19/07/2018

[Assinatura]
ASSINATURA

João Pessoa-PB, 04 de Julho de 2018.

[Assinatura]
José Eduardo Moura Filho CB PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA 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

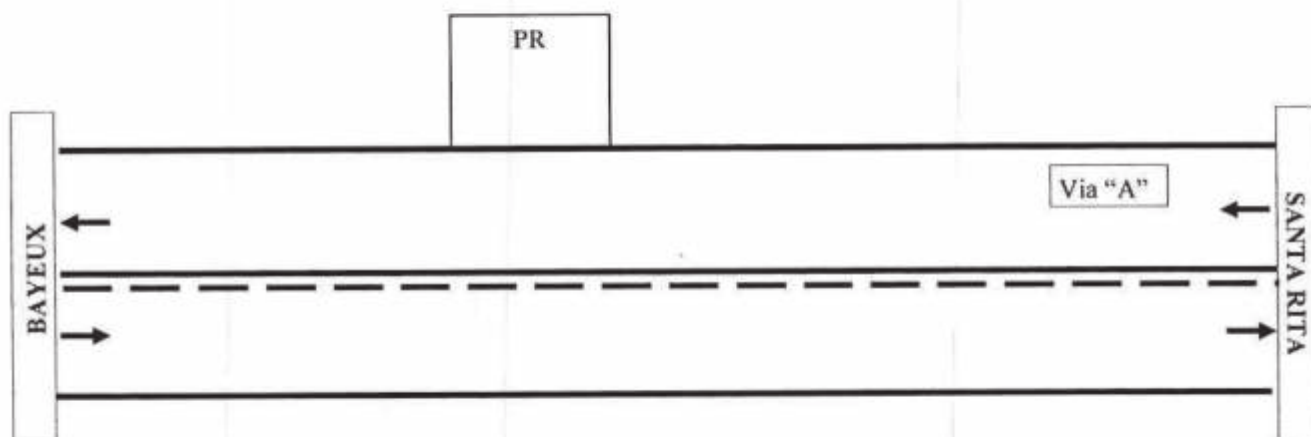
VIA "A" - Avenida Liberdade 07,00metros

PR (Ponto de Referência) Casa Nº 4345

PA (Ponto de Amarração)

V1 (Veículo 01) Retirado do local

V2 (Veículo 02)



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

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

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1

Assinatura
José Eduardo Moreira Filho Cb PM
Responsável pelo Levantamento



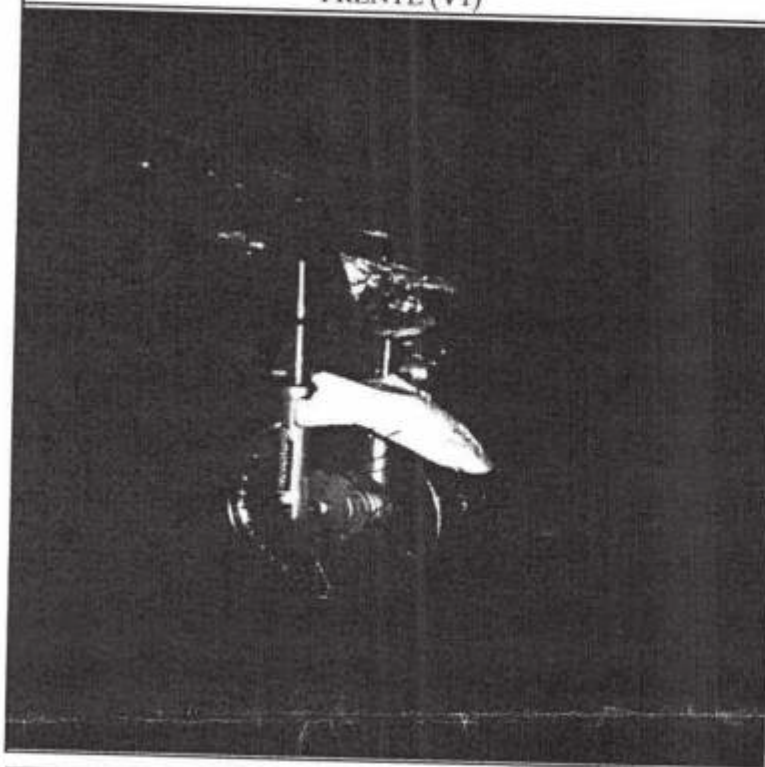
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



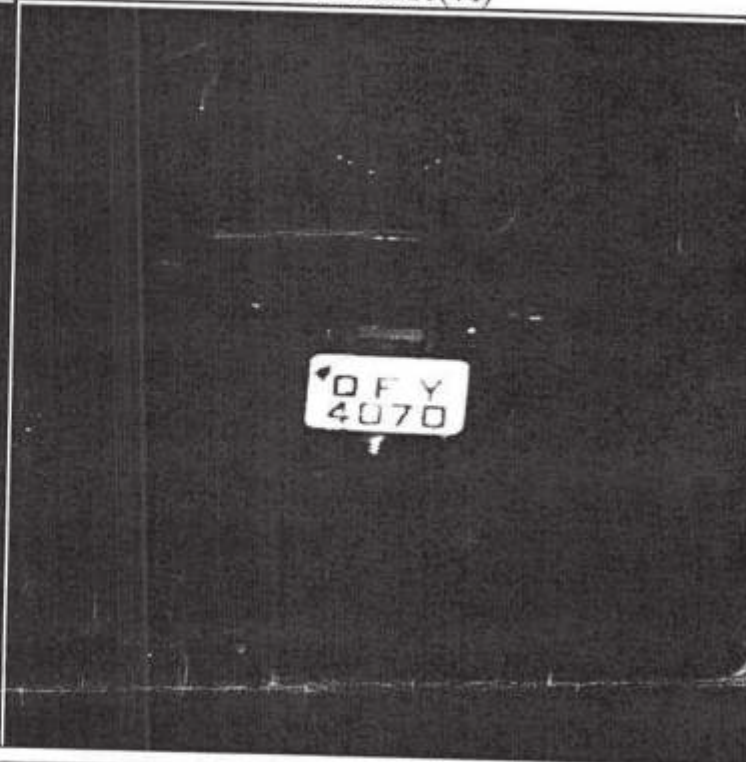
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0440/ 2018

FOTOS DO V1

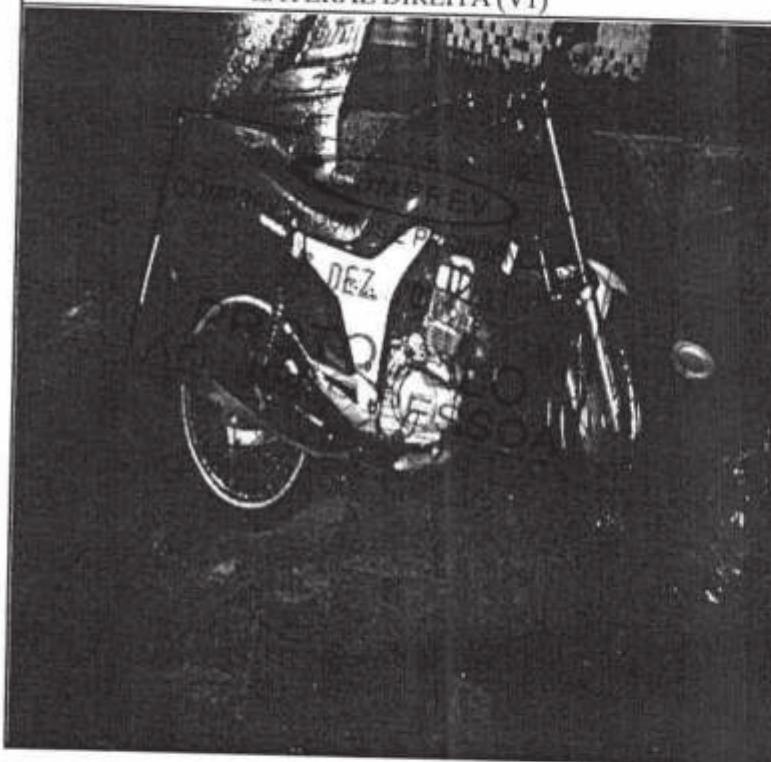
FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



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

ASSINATURA

[Signature]

Jose 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 ASL:

CPF da vítima:

51737248468

Nome completo da vítima:

Maria Cleonice Nascimento Melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Maria Cleonice do Nascimento Melo

CPF:

51737248468

Profissão:

Aposentada

Endereço:

Av. Liberdade

Número:

4418

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Bayeux

Estado:

RN

CEP:

58306001

E-mail:

cynthia_gilb@hotmail.com

Tel.(DDD):

83 9888 12056

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ 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)

AGÊNCIA:

2849

5

CONTA:

6729

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, João Pessoa, 10/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Maria Cleonice Nascimento Melo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
AG 1001/2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A RDO, 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
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 18 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

o/c

agência - 2849-5
 conta 6.729-6



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 11/12/18	ID de Ocorrência: 201800161	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 1	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Horas de Saída da Base: 18:00 Hs	Horas de Chegada no Local: 18:00 Hs
Paciente / Usuário: <u>Me</u>				Idade: 13	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone: _____
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input checked="" type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Logradouro: <u>Rua da Paz</u>				Bairro: <u>Bayeux</u>	Médico Regulador: <u>Frederico</u>	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: _____						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro: _____						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: _____						
DESTINO DO PACIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): <u>HEETSHL</u>				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): <u>[Assinatura]</u>		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: _____	Hospital de Origem: _____
Responsável: _____	Hospital de Destino: _____
Responsável: _____	Responsável: _____
CAUSAS EXTERNAS <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <u>carro</u> <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: <u>92</u> <u>112</u> <u>14</u> <u>911</u> <u>961</u>	ANTECEDENTES <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"/> Droga <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.: 120/80 FC: 92 FR: 14 HGT: 1,60 SpO2 - SiO2: 96%

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA
Paciente com atropelamento, etc, com ferimentos
em pontos e com dor
gerenciado pelo processo de APH, nada de

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
Diagnósticos de Enfermagem: Suporte de vida
Intervenções: Monitorar
Evolução do Enfermeiro: 1 unidade hospitalar

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA IV
HEETSHL

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

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: 000000006729-6

Nr. da Autenticação 3DFC7A9A90453AB7

ALONCIO JOAQUIM DE MELO
AV. LIBERDADE, 4418 - CENTRO
BAYEUX / PB CEP: 56306-001 (AG. 1)

Emissão: 17/07/2018 Referência: Jul/2018

Classif/Subcl: RESIDENCIAL/ RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-220, Km 25 - Distrito Redentor, João Pessoa / PB - CEP 51071-600

Roteiro: B-8-180-2130

Nº medidor: 00001340344

energisa

ENERGISA PARÁIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 09.095.910/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 009.514.300

Cod. para Deb. Automático: 00033274990

Jul / 2018

17/07/2018

16/08/2018

210.039.981-00

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 seguras de todas as coberturas do seu Seguro também estão sendo reajustadas na mesma proporção. Por exemplo, a importância segura para cobertura de incêndio de explosão passou de até R\$225.141,26 para até R\$226.571,92, portanto, uma ampliação de mais de R\$130,96 só nesta cobertura. Dúvidas: Ligue 0800.704.0044

Data	Leitura	Data	Leitura	1	255	32
15/08/18	31211	17/07/18	31993			
CC: Descrição						
Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS						
0801 Consumo em kWh	255,000	0,738080	189,46	189,46	27	50,99
0801 Adic. B. Vermelha			19,05	19,05	27	5,14
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			22,22	0,00	0	0,00
0802 BEM SEGURO - ACE / ASSURANT 07/2018			9,92	0,00	0	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 236,55 207,51 56,02 207,51 2,25 10,36

284

11/08/2018

R\$ 236,55

198 | 203 | 199 | 253 | 274 | 307 | 308 | 280 | 282 | 220 | 283 | 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 AG 41560

9087.e2b8.989b.b1ac.4396.dd09.a3e5.6817.

Composição do Consumo				Valor (R\$)	%
Discriminação					
SERVIÇOS DE DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA				48,20	20,41
Compra de Energia				69,03	29,52
Serviço de Transmissão				1,40	0,59
Energias Renováveis				13,37	5,65
Impostos, Oribitos e Encargos				90,55	38,41
Outros Serviços				6,92	2,99
Total				236,55	100,00

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

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





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.

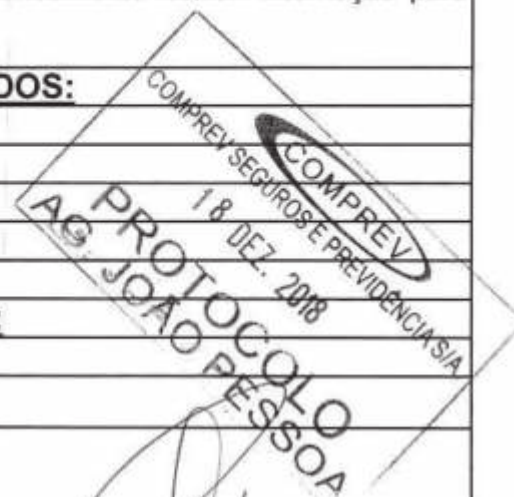
TRATAMENTO:

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



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 Cns 702409080130122		
Local de procedência BAYEUX	Tipo MUNICIPIO		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	Clínica			
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 120	X 50	mmHg	Pulso 73	Temperatura 37,5
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos Paciente vítima de atropelamento, apresentação vital, avaliada e encaminhada para EDI				
Diagnóstico				CID
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS				

Assinatura de Coren
Enfermeira
COREN 12307

Imprimir

COMPREV
07/10/2018
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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	CNS 702409080130122
Mãe ROSA ANTONIA DOS SANTOS NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 86473174
Endereço Liberdade - até 1135/1136, 4418	Bairro Baralho	Município BAYEUX	Prontuário
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional ZALMIR REICHERT FILHO	UF PB
Data/Hora Classificação 18/06/2018 19:21:41		Nº Cons. Regional 3518/PB	
		Data/Hora Prescrição 18/06/2018 19:35:40	

Anamnese

Paciente vítima de atropelamento por moto, contraumas em mie, punho d, torax. vomitou. glasgow 15
icito tc cranio, rx torax, raio x perna esq, , punho d.
arecer ncr, ortopedia

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

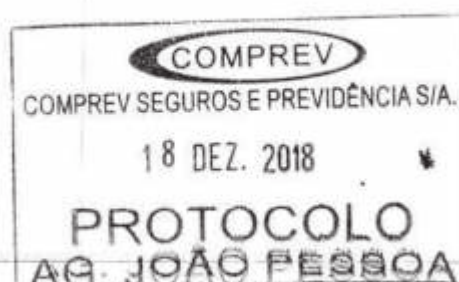
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

em observação

MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

Zalmir R. Filho
Médico CRM 3518
Ortopedia e Traumatologia
ZALMIR REICHERT FILHO
(: 3518/PB)



ÁREA 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	Prontuário
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional ALEXANDRE BARROS DA GONCALVES DA SILVA	UF PB
Data/Hora Classificação 18/06/2018 19:21:41		Nº Cons. Regional 4988/PB	
		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 GONÇALVES DA SILVA
(: 4988/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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	Prontuário
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
AVALIAÇÃO

NEGA ALERGIA E COMORBIDADES

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO ONTEM.

AVALIADA NO PLANTAO 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)

luir

JNDANSETRONA 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)

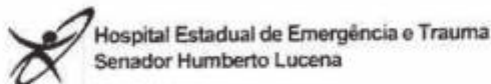
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, 0.0 (MGTSM)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO 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



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	Prontuário
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	UF PB
Data/Hora Classificação 18/06/2018 19:21:41		Data/Hora Prescrição 18/06/2018 23:28:26	Nº Cons. Regional 6311/

Anamnese

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL, EUPNÉICA, CONSCIENTE E ORIENTADA. REFERE DOR / 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 (MGTSM)

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

ULTRASSONOGRRAFIA - FAST

Conduta

n 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	Prontuário 109424
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 20/06/2018 07:35:18)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Nº PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL

E EVOLUI ESTAVEL

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
Ortopedia - Traumatologia
20/06/2018

20 JUN 2018





SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

H TOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H TOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

M^{te} Leonora Nascimento Melo

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1089193

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc

1

Fem

3

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. 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

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTOE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTOE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTOE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

S.5 + MC

01 Placa em "T" 4x5

01 parafuso Cortical ≈ 34

02 parafuso Cortical ≈ 38

02 parafuso 6 pontos ≈ 40 (dent)

01 parafuso 6 pontos ≈ 35.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

() CNS () CPF

Dr. Francisco Freitas
Médico
CRM-PB 9603
CNS 703404579057800

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIA S/A
18 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

NOME: **MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO** BE/PRONTUÁRIO: **1089193**
 IDADE: **53** SEXO: ☐ MASC ☒ FEM COR: DATA: **27/06/2018**
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
 CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO 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 CIRURGICO DE FRATURADE PLATO TIBIAL ESQUERDO	
COM PLACA EM T + PARAFUSOS ESPONJOSOS E CORTICAIS	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
 DESCRIÇÃO:
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

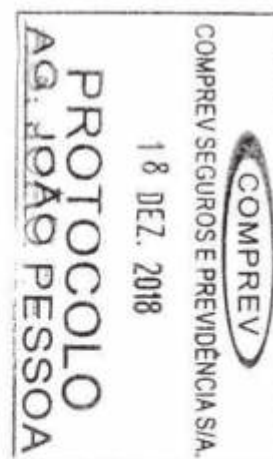
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr Francinêlio Freitas
Médico
CRM 3653
CNS 14573457800

DATA:

27/06/2018



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
Condução:
REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA EM T 4X5 + 6 PARAFUSOS ESPONJOSOS E CORTICAIS
SOB AUXÍLIO DE ESCÓPIA E VISUALIZAÇÃO DIRETA
LIMPEZA COM SF 0,9% + REVISÃO DE HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS
CURATIVOS ESTÉREIS
RX DE CONTROLE
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM:

Dr Francinêlio Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404579057800

João Pessoa,



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: **M. Lacerda Nascimento Melo** Data: **10/09/193**
 IDADE: **53 A** BE: **14** PRONTUÁRIO: **14** ENFERMARIA: **01** LEITO: **01**
 CIRURGEIA: **FILIZ. PIAO TRIBIAL E**
 CIRURGIÃO: **DR. Kautsky** 2º AUX:
 ANESTESIA: **agui**
 ANESTESISTA: **Vanessa**
 INSTRUMENTADOR: **Online**
 DATA: **27/07/18** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: **11:30'** CIRURGEIA INÍCIO: **12:45'**
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGEIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	1	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	PVPi DEGERMANTE	1	FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA		FIO POLIGLACTINA Nº	1
ISOFLURANO		PVPi TÓPICO		FIO POLIGLACTINA Nº	1
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 13X4.5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X08	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08		FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
MORFINA	0,2mg	AGULHA 40X12	1	FIO SEDA Nº	
NIMBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		FITA CARDIACA	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CATETER DE PIC	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		CIMENTO CIRÚRGICO	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G	1	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	30x 4	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		FIO STEINMAN Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		HEMOST. ABSORVIVEL	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	1	KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		PRÓTESE VASCULAR	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		KIT PAM	
CEFALOXILINA	200	CATETER EPIDURAL Nº17		FIXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		EMPRESA	
DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO		(3.5" TMC)	
E. NA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	34
FL. EMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PARAFUSOS CORTICAIS	36
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	35
GLICONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS ESPONJOSOS	40
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALPOLLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	1	PARAFUSOS MALPOLLAR	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS		PLACA 2.1x1.1 4x5	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		PLACA	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi		() ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	1	() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES	1	() CAPNOGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	1	() CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO	1	() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16		() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() QXIMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA E NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR DE TÍPICO	
				() SERRA AQUECIDA	
				CIRCULANTE	

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



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 27/06/18

PRONTUÁRIO: 108 9193 1103424

PACIENTE: MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO SEXO: F COR: IDADE: 53A

PRESSÃO ARTERIAL 100x60 PULSO 70bpm RESPIRAÇÃO 16/min TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO NON AP. CIRCULATÓRIO HAS

AP. DIGESTIVO JEJUN ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO DOSE/HORA ESTADO FÍSICO (ASA) III

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE PLATO TIBIAL (E)

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

CIRURGIÃO DR. KARTUCY AUXILIARES DR. ROBERTO

INÍCIO DA ANESTESIA 11:30h TÉRMINO DA ANESTESIA 12:45h DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h15min

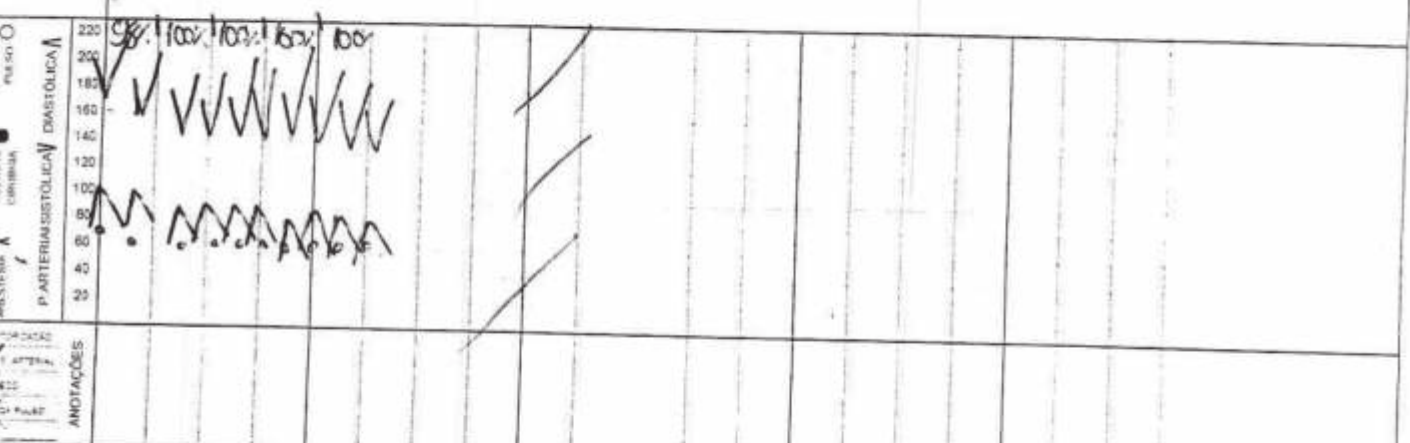
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB 8287

AGENTES-HORA 13:00 (12)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

12 13 14 15 16 17 18 19 20



ANESTESIA GERAL (X) RAQUIDIANA () EPIDURAL () BLOQ. PLEXO () BLOQ. NERVOS () OUTROS ()

TECNICA: FET. SENTADA, MONITORIZADA, ASSEPSIA + AMILOSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L3-4 COM AGULHA 27G, LCR NL (1/2)

USUÁRIOS: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

USUÁRIOS: 1. BUPIVACAÍNA PESADA - 15mg/ 11

2. DILTIOZOL - 80mg/ 12

3. CLONIDINA - 75mcg/ 13

4. CEFOTRÍAX - 2g/ 14

5. DEXAMETASONA - 10mg/ 15

6. DILPENT - 2g/ 16

7. CETOPIROFENO - 100mg/ 17

8. MIDAZOLAM - 2mg/ 18

9. FENTANYL - 100mcg/ 19

10. 20

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

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Vanessa F. Medica CRM-PB 8287

CPF 06.000.000-00

F (NG) ASCIR.026-1

PatientID: 000000066596
Name: MARIA CLEONICE NASCIMENTO MEI

Sex: Feminino
BirthDate: 16.01.1965
Age: 53a.



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-038

Maria Cleonice Nascimento Melo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 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 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

Receita 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

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-038

Maria Cleonice Nascimento Melo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 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 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

Receita 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

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

14/02

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-038




Maria Cleonice Nascimento Melo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

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

CPF 517.372.484-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE



20334053576 0000 1

MARIA C NASCIMENTO MELO

16/01/1965



SECRETARIA ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ALONCIO JOAQUIM DE MELO
AV. LIBERDADE 449 - CENTRO
BAYEUX / PB CEP 58306-001 (AG-1)
Emissão: 15/08/2018 Referência: JUNI 2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R1C29 Am25 - Cota Residencial João Pessoa / PB - CEP 58071-460
Roteiro: S-8-180-2122 FMed: 0001347844

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 06.908.000/0001-40 - Ins. Est. 15.015.42343
Nota Fiscal Conj. de Energia Bruta Nº 006-317-296
Cód. para Deb. Automática: 00003214990

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jun / 2018	15/06/2018	17/07/2018	21003998100 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/327499-0

Canal de contato

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AQ. JOÃO PESSOA

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:

Talita Fonseca Medeiros

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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA CLEONICE
NASCIMENTO MELO

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

MARIA CLEONICE NASCIMENTO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELA DO CARMO DE LIMA