

---

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**Nº Sinistro:** 3180452738

**Vitima:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**Data do Acidente:** 29/06/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180452738**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3180452738**

Vitima: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**

Data do Acidente: **29/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180452738**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima  
084.603.974-59

Nome completo da vítima  
Deborah de Santana Ribeiro

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

Nome completo Deborah de Santana Ribeiro	CPF titular da conta 084.603.974-59	Profissão Cuidadora
Endereço Rua. Ricardo Lourenço Lavalcani	Número 302	Complemento
Bairro Jardim Aeroplano	Cidade Bayeux	Estado PB
Email	CEP 58.308-290	
Telefone (DDD) (83) 99921-9283		

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0036 D/V CONTA NRO. 57399 D/V  
 (Informar dígito se existir)

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome	NRO.		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa, 27 de Setembro

Local e Data

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
27.09.2018

PROTÓCOLO  
AO JOÃO PESSOA

X Deborah de Santana Ribeiro  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18038167B01**



**PRF**

**V1**



**QFU9106**

**Placa:** QFU9106 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** HONDA/CG 160 FAN ESDI/2016

**Renavam:** 01107516118

**Chassi:** 9C2KC2200HR000292

**Tipo de Veículo:** Motocicleta

**Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**Informações complementares:** Outros itens danificados: pedal; guidão; carenagem do tanque; lanternas esquerdas e retrovisor.

**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**CPF/CNPJ:** 084.603.974-59

**Endereço:** , BAYEUX/PB

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Ausência de responsável

**Tipo de receptor:** Outro

**Informações complementares:** Conforme autorização verbal da proprietária, a motocicleta foi entregue à condutora Celina de Sousa Graciliano Mendes, CPF: 042.977.404-43.



Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C6533CC958ABB



Assinatura  
eletrônica



Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



**PRF**



**Acidente nº 18038167B01**

**INFORMAÇÕES GERAIS**

**BR:** 230      **KM:** 22,2 - Decrescente      **Município:** JOAO PESSOA/PB

**Data:** 29/06/2018      **Hora:** 09:00

**Policial responsável pelo atendimento:** RENATA MAIA, matrícula 1503939

**ASPECTOS DO LOCAL**

**Tipo de via:** Principal      **Tipo de pavimento:** Asfalto      **Tipo de pista:** Dupla

**Condição da pista:** Seca

**Estrutura viária:** Reta

**Localidade urbanizada:**       **Acostamento:**       **Canteiro central:**

**Condição meteorológica:** Sol

**Fase do dia:** Pleno dia

**NARRATIVA**

No dia 29/06/2018, por volta das 09h00, no km 22,2 da BR-230, em João Pessoa-PB, ocorreu um acidente, do tipo tombamento, com vítima grave. O veículo envolvido foi a motocicleta HONDA/CG 160 (V1). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 seguia o fluxo da via no sentido João Pessoa-PB / Cabedelo-PB, quando a condutora perdeu o controle da direção, V1 tombou e a condutora caiu ao solo. Quando a equipe PRF chegou, o local estava preservado e havia uma ambulância do SAMU, atendendo a vítima, e uma equipe da Polícia Militar sinalizando o local. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de distância de segurança entre V1 e os demais veículos. A velocidade regulamentada para a via é de 80Km/h. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. A condutora de V1 não realizou o teste de etilômetro, em razão da gravidade dos ferimentos da mesma. Observação: Não foi constatada nenhuma marca de pneumático (frenagem) no pavimento do local. O responsável pela equipe da Polícia Militar que estava no local era o Tenente-Coronel Barros.

**EVENTOS SUCESSIVOS**

Ordem	Tipo de Evento
1	Tombamento
2	Queda de ocupante de veículo

COMPREF  
Veículos Envolvidos IDÉNCIA S/A  
27 SET. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C6533CC958AB8



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

## IMAGENS PANORÂMICAS



SENIDO CRESCENTE

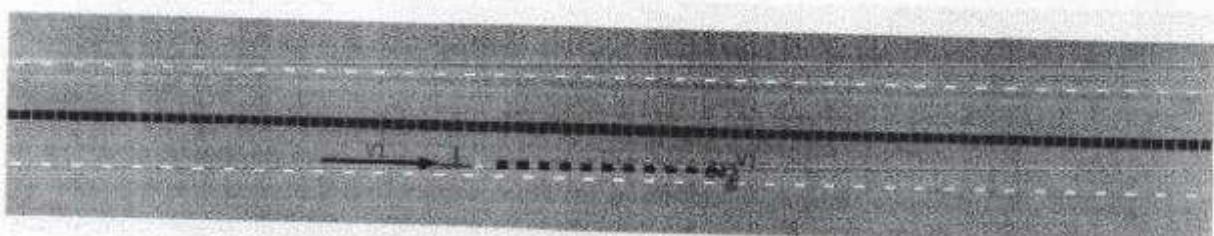


SENIDO DECRESCENTE

## CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



TOÃO PESSOA/AP

CABEDELO/PB



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D96AA6017BD986D64C6533CC958AB8



**PRF**



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18038167B01**



**PRF**

**V1**



**QFU9106**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C8533CC958AB8



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18038167B01**



**PRF**

**V1**



**DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**

**Placa do veículo:** QFU9106

**Marca/modelo:** HONDA/CG 160 FAN ESDI

**Envolvimento:** Condutor/Proprietário

**Nome:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**CPF:** 084.603.974-59

**Data de nascimento:** 31/07/1987

**Estado civil:** Não Informado

**Sexo:** Feminino

**Estado físico:** Lesões Graves

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL

**Usava capacete:** Sim

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional    **Categoria:** AB    **Data primeira habilitação:** 26/03/2015

**Nº Registro:** 06330971474    **UF:** PB

**Data de vencimento da habilitação:** 09/06/2019

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 99

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Não

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não    **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA RICARDO L CAVALCANTE, 302, JD AEROPORTO, BAYEUX/PB

**Telefone/email:** 83986496429/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** SAMU

**Informações complementares:** A condutora foi socorrida pelo SAMU (responsável pela equipe: Enfermeiro Pedro) e encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB



Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C8533CC958AB8



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18038167B01**



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V1 / HONDA/CG 160 FAN ESDI

**Placa:** QFU9106

**Nome do agente:** RENATA MAIA

**Nº BOAT:** 18038167B01

**Matrícula do agente:** 1503939

**Data:** 29/06/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (tricíclos)		X	

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Autenticação  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D95AA0017BD960D64C0033CC930A00

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

**Deborah de Santana Ribeiro**

CPF da Vítima

**084.603.914-59**

Data do Acidente

**29/06/2018**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

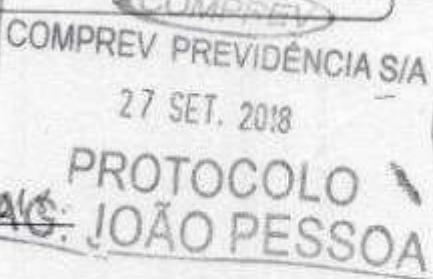
#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pessoa, 27 de Setembro  
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LIBBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1091409



## Identificação do paciente

ID 1301935	Nome DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO			Sexo Feminino
Data de nascimento 31/07/1987	Idade 30 anos 10 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA				Pai NAO INFORMADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 06330971474	Nº Crs		
Local de procedência BR 230		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade	CBOR		

## Endereço

CEP 58308290	Município de residência BAYEUX	UF PB	Lagradouro RICARDO L. CAVALCANTE
Número 110	Complemento		Bairro AEROPORTO

## Admissão

Data e Hora 29/06/2018 09:42:33	Número da pulseira <b>1000059884858</b>	Comunicação SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica

## Classificação de risco

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RODOVIA
		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não

Meio de transporte  
SAMU

Sinais Vitais	PA 130 x 80 mmHg	P脉搏 Pulse	Temperatura 100.1
---------------	---------------------	--------------	----------------------

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## Exames complementares

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

## Dados clínicos

Paciente admitida no setor vitima de  
acidente de motocicleta, no momento consciente  
e orientada, mantendo collar cervical e pronta  
para exames.

Selânia Ferreira da Silva  
ELENICE FERREIRA  
CID COREN - 385.54

Diagnóstico	
-------------	--

Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES	Tempo 01min 11seg
--	----------------------

Imprimir

# 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: 05/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 00000057399-8

---

Nr. da Autenticação EEC5EC46FD1E1E14

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180452738      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO      **Data do acidente:** 29/06/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA INCOMPLETA DA PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE NO 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DATA DE NASCIMENTO 31/07/87

NOME DA MÃE MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 109625

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1091409

DATA DO ATENDIMENTO 29/06/18

HORA DO ATENDIMENTO 09:42

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA INCOMPLETA DE PATELA ESQUERDA

CID 10 S82.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO MULTIPLAS CONTUSÕES NO CORPO, E FERIMENTO NO JOELHO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE COLUNA CERVICAL, TC DE COLUNA LOMBO-SACRA  
RX OMBRO ESQ., RX DE TORAX, RX JOELHO ESQ. RX BACIA . RX COLUNA TORACOLOMBAR

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO ESQ. - FRATURA INCOMPLETA DE PATELA ESQUERDA

### TRATAMENTO:

JOELHO ESQ. - LIMPESA CIRURGICA DO FERIMENTO + SUTURA E IMOBILIZAÇÃO

ALTA HOSPITALAR: 02/07/18

DATA DA EMISSÃO: 11/09/18

Elivaldo Sales de Toledo  
Cirurgião Geral  
GVB/HBETSHL  
CRM: 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO  
CRM: 1873/PB

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

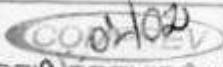


# TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES



## MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

  
CORPO DE  
COMPRA & PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Debora de Santana Lopes

BE: 1091409

### II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 1º** - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do **paciente**, do **profissional da saúde** e do **Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL**:

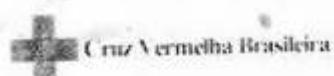
§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Poli traumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao **paciente** é composto por **Médicos, Médicos-residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados**, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

### III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>	BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Telefone de Contato <b>(00) 00000000</b>
<b>Mãe MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>			Prontuário
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>	Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>	Nº Cons. Regional <b>7423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 13:19:05</b>	

## Anamnese

#NCR

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA NAUSEAS OU VOMITOS.

REFERE CERVICALGIA E LOMBALGIA

AO EXAME  
ECG 15/15  
SEM DEFICITS MOTORES  
ISO/FOTO  
DOR A PALPAÇÃO DA COLUNA LOMBAR E CERVICAL.

CD.  
ANALGESIA  
TC COLUNA CERVICAL E LOMBAR

## EXAME DE IMAGEM

TOLOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE

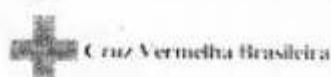
## Conduta

Em observação

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)





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 <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>	BAE 1091409	Data/Hora Entrada 29/06/2018 09:42:33	Data Baixa
Data de nascimento 31/07/1987	Idade 30a 10m 29d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (00) 000000000
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>			
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>	Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	Nº Cons. Regional <b>4417/PB</b>
Data/Hora Classificação 29/06/2018 09:42:33		Data/Hora Prescrição 29/06/2018 10:10:23	

## Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 40 MIN (COLISÃO COM CARRO), QUEIXA-SE E DOR EM OMBRO E, JOELHO E, TOPOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA E CERVICAL. APRESENTA SCORIAÇÕES EM MÃO D, PÉ E, JOELHO E, MSE + FERIMENTO CONTUSO EM JOELHO E. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS. NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. REFERE USO REGULAR DE SERTRALINA. NEGA GRAVIDEZ. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNÉICA, ACIANÓTICA, CORADA, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR Á PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE TÓRAX, BACIA, COLUNA CERVICAL, COLUNA TORÁCICA E LOMBAR. OMBRO E, JOELHO E + SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA E NEURO + ANALGESIA.

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V.. AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 8 ML DE AD)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

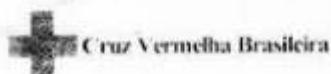
## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

*Ana Virginia L. da Costa  
Cirurgia Geral  
CRM-4417  
Nelly*



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>	BAE 1091409	Data/Hora Entrada 29/06/2018 09:42:33	Data Baixa
Data de nascimento 31/07/1987	Idade 30a 10m 29d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>			Prontuário:
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>	Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF PB
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 29/06/2018 09:42:33		Data/Hora Prescrição 29/06/2018 16:47:27	

## Anamnese

#nrc

:IENTE REALIZA TC DE COLUNA CERVICAL E LOMBAR

AUSENCIA DE FRATURAS, LUXAÇÕES OU ALTERAÇÕES TRAUMATICAS AGUDAS

CD.

ANALGESIA AMBULATORIAL

ALTA DA NCR

AOS CUIDADOS DA CIR. GERAL.

## Conduta

Em observação

Dr. Daniel Ronconi  
Nefrocirurgião  
CRM-PB 7423

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME:	DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO	BE/PRONTUÁRIO	1091409
IDADE:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	COR:	DATA: 29/06/2018
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA	EMP:	LR:
CIRURGIA:	LIMPEZA MECANICO CIRURGICO DE JOELHO ESQUERDO		
CIRURGIÃO:	DR RAIFF	1º ASS:	DR BARTOLOMEU
2º ASS:	MR1 DANIEL	3º ASS:	
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:	DR TIBERIO
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUIANESTESIA	HORÁRIO	INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PATELA EXPOSTA INCOMPLETA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:  SIM  NÃO

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:  SIM  NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA  
 RESIDÊNCIA

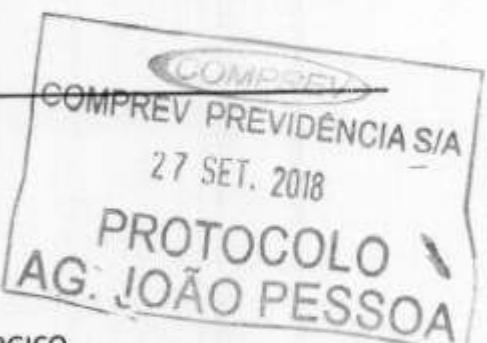
TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Daniel Fonseca Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

DATA: 29/06/2018





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

**PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA****ASSEPSIA E ANTISSEPSIA****APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS**

Incisão:

Achados:

**FERIMENTO EM ESQUERDO DIREITO JÁ ABERTO**

Conduta:

**LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%****SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS****CURATIVOS ESTÉREIS**

Fechamento:

COMPREFV  
COMPREFV PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Observação:

**TALA JOELHEIRA**

Médico/CRM:

Daniel Conserva Arruda  
MEDICO  
CRM 11134

João Pessoa,

29/06/2018



卷之三

DEBORAH DO SANTO DA CRUZ  
30 BE 10914 CAMPANARIO INTERMARIA LEITO  
ESSAS FOLHAS (E)  
Ronaldo Daniel PAIX  
PAIX  
AGENDAR TELEREX

**INSTRUMENTADOR** **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA. INÍCIO** **FIM:** **CIRURGIA INÍCIO** **17:46PM 18-40**

© 2001 by Lippincott Williams & Wilkins, Inc. All rights reserved. ISSN: 0886-3947 • JOURNAL OF CLINICAL ANESTHESIOLOGY • Volume 13 Number 6 December 2001

ÍNDICE DE RISCO DE CIRIGIA - ASA FASCIER

ASA 10 | ASA 21 | ASA 31 | ASA 41 | ASA 51

**MATERIAIS**

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA			JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N° 20	17
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	1	LÂMINA BISTURI N°15	17	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	1	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N° 1	1
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	1	LÂMINA BISTURI N°24	1	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMIO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LIBIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO N°	
AINE C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIBIVACAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X0,07	1	LUVA ESTÉRIL N°7,5	1	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X0,08	1	LUVA ESTÉRIL N°8,0	1	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	1	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIACA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	1	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI N°25G	1	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCU'RÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 3ML	1	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINAS		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
DIPROPONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
EF- SA	1	COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
FLU. IMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
UNDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	1	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANQUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	1	FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A N°			( ) BISTURI ELETRICO
		GAZES	20	FIO ALGODÃO S/A N°		( ) CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO S/A N°			( ) CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°			( ) DESFIBRILADOR
		JELCO N°14				( ) FOCO AUXILIAR
		JELCO N°16				( ) FOCO CENTRAL
						( ) MICROSCOPIO
						( ) TOXIÍMETRO DE PULSO
						( ) P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
						( ) PERFORADOR ELETRICO
						( ) SERRA
						CIRCULADORES
						REAGENTE N. de A. S.
						em Esferomatriz
						201116

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

**PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**



HEETSU

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/06/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <i>De Souza da Senna L.</i>	SEXO: F COR:	IDADE: 30	
PRESSÃO ARTERIAL PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES			
AP. RESPIRATÓRIO <i>14/12 ATENPA</i>	AP. CIRCULATÓRIO <i>60/37 R.R.A</i>		
AP. DIGESTIVO <i>1/1 N</i>	ESTADO MENTAL <i>JOKE</i>	DROGAS EM USO	
PRE-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA) <i>II</i>	
DOSE /HORA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>infarto do miocárdio</i>			
CIRURGIA REALIZADA <i>Extracorpóreo</i>			
CIRURGIA <i>Bordetella</i> AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS	
ANESTESISTA <i>Jônio Cal</i>	CPF	CRM-PB	
INTERIOR	<i>Normal</i>		
O <sub>2</sub> V <sub>2</sub> U			
LÍQUIDOS VERMOS			
O <sub>2</sub> ● CO2 ● CO <sub>2</sub> X CEFALGIA P. ARTERIAL SISTÓLICA / DIASTÓLICA			
ANESTESIA LECRINA DOSE	<i>0.1 A 2 BSA (13-14) + Fentanyl 0.7 - 1.0 - 56 Q 10 mg 1/2</i>		
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLUCOSE		Volume em ml	
1 Insulina 15 ml		11	
2 Foliculina 20 ml		12	
3 Magaldrado 50 mg		13	
4 Cefazil 21		14	
5 Dexal 10 ml		15	
6 Ringer 0.9 4 ml		16	
7 Efgam 3 ml		17	
8		18	
9		19	
10		20	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 27 SET. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES			
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <i>Dr. Jônio Cal</i>			
MEDICAMENTOS: <i>11</i>			
INDICAÇÃO: <i>1</i>			



HEETSU

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/06/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <i>De Souza da Senna L.</i>	SEXO: F COR:	IDADE: 30	
PRESSÃO ARTERIAL PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES			
AP. RESPIRATÓRIO <i>100% AF - 112%</i>	AP. CIRCULATÓRIO <i>60% ST RELA</i>		
AP. DIGESTIVO <i>0% N</i>	ESTADO MENTAL <i>JOKE</i>	DROGAS EM USO	
PRE-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA) <i>II</i>	
DOSE /HORA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>infarto do miocárdio</i>			
CIRURGIA REALIZADA <i>Extracorpóreo</i>			
CIRURGIA <i>Bordetella</i> AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESISTA <i>Jônio Cal</i>	CPF	CRM-PB	
INTERIOR	<i>Normal</i>		
O <sub>2</sub> V <sub>2</sub> U			
LÍQUIDOS VERMOS			
O <sub>2</sub> ● CO2 ● CO <sub>2</sub> X CEFALGIA P ARTERIAS SISTÓMICAS DIASTÓLICA			
ATERRIZAÇÃO P. ARTERIAL ECG OP. PULSO			
ANOTações			
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL LECRICA <i>C-A-2 BSA 1/3 - 400 mg + Fentanyl 700 mcg + A6-561 Q 1 Lm 0.5 m 1/4</i>	<input type="checkbox"/> RADICIANA	<input type="checkbox"/> EPICURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ PLEXO
<input type="checkbox"/> BOLAS	<input type="checkbox"/> BLOQ NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
VOLUME EM ml 1. <i>Propofol 15 ml</i> 11 2. <i>Fentanil 20 ml</i> 12 3. <i>Magnesio 50 ml</i> 13 4. <i>Citocal 21</i> 14 5. <i>DECS 10 ml</i> 15 6. <i>Ringer 400 ml</i> 16 7. <i>Efalon 3 ml</i> 17 8. <i></i> 18 9. <i></i> 19 10. <i></i> 20			
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 27 SET. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES			
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <i>Dr. Jônio Cal</i>			
MEDICAMENTOS: <i>100% ST RELA</i>			
INDICAÇÃO: <i>100% ST RELA</i>			



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DATA DE NASCIMENTO 31/07/87

NOME DA MÃE MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 109625

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1091409

DATA DO ATENDIMENTO 29/06/18

HORA DO ATENDIMENTO 09:42

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA INCOMPLETA DE PATELA ESQUERDA

CID 10 S82.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO MULTIPLAS CONTUSÕES NO CORPO, E FERIMENTO NO JOELHO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE COLUNA CERVICAL, TC DE COLUNA LOMBO-SACRA  
RX OMBRO ESQ., RX DE TORAX, RX JOELHO ESQ. RX BACIA . RX COLUNA TORACOLOMBAR

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO ESQ. - FRATURA INCOMPLETA DE PATELA ESQUERDA

### TRATAMENTO:

JOELHO ESQ. - LIMPESA CIRURGICA DO FERIMENTO + SUTURA E IMOBILIZAÇÃO

ALTA HOSPITALAR: 02/07/18

DATA DA EMISSÃO: 11/09/18

Elivaldo Sales de Toledo  
Cirurgião Geral  
GVB/HBETSHL  
CRM: 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO  
CRM: 1873/PB

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

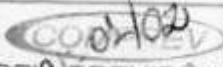


# TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES



## MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

  
CORPO DE  
COMPRA & PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Debora de Santana Lopes

BE: 1091409

### II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 1º** - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do **paciente**, do **profissional da saúde** e do **Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL**:

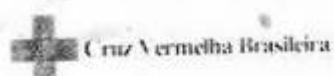
§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Poli traumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao **paciente** é composto por **Médicos, Médicos-residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados**, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

### III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>	BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Telefone de Contato <b>(00) 00000000</b>
<b>Mãe MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>			Prontuário
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>	Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>	Nº Cons. Regional <b>7423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 13:19:05</b>	

## Anamnese

#NCR

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA NAUSEAS OU VOMITOS.

REFERE CERVICALGIA E LOMBALGIA

AO EXAME  
ECG 15/15  
SEM DEFICITS MOTORES  
ISO/FOTO  
DOR A PALPAÇÃO DA COLUNA LOMBAR E CERVICAL.

CD.  
ANALGESIA  
TC COLUNA CERVICAL E LOMBAR

## EXAME DE IMAGEM

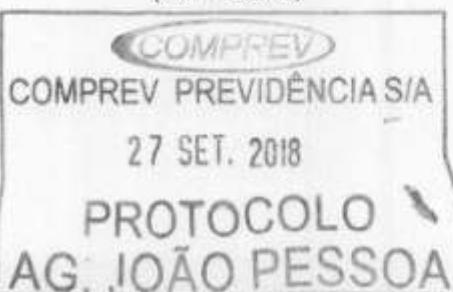
TOLOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE

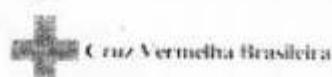
## Conduta

Em observação

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)





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 <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>	BAE 1091409	Data/Hora Entrada 29/06/2018 09:42:33	Data Baixa
Data de nascimento 31/07/1987	Idade 30a 10m 29d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (00) 000000000
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>			
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>	Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	Nº Cons. Regional <b>4417/PB</b>
Data/Hora Classificação 29/06/2018 09:42:33		Data/Hora Prescrição 29/06/2018 10:10:23	

## Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 40 MIN (COLISÃO COM CARRO), QUEIXA-SE E DOR EM OMBRO E, JOELHO E, TOPOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA E CERVICAL. APRESENTA SCORIAÇÕES EM MÃO D, PÉ E, JOELHO E, MSE + FERIMENTO CONTUSO EM JOELHO E. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS. NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. REFERE USO REGULAR DE SERTRALINA. NEGA GRAVIDEZ. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNÉICA, ACIANÓTICA, CORADA, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR Á PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE TÓRAX, BACIA, COLUNA CERVICAL, COLUNA TORÁCICA E LOMBAR. OMBRO E, JOELHO E + SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA E NEURO + ANALGESIA.

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V.. AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 8 ML DE AD)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

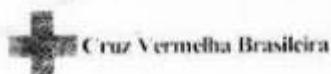
## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

*Ana Virginia L. da Costa  
Cirurgia Geral  
CRM-4417  
Nelly.*



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>	BAE 1091409	Data/Hora Entrada 29/06/2018 09:42:33	Data Baixa
Data de nascimento 31/07/1987	Idade 30a 10m 29d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>			Prontuário:
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>	Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF PB
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 29/06/2018 09:42:33		Data/Hora Prescrição 29/06/2018 16:47:27	

## Anamnese

#nrc

:IENTE REALIZA TC DE COLUNA CERVICAL E LOMBAR

AUSENCIA DE FRATURAS, LUXAÇÕES OU ALTERAÇÕES TRAUMATICAS AGUDAS

CD.

ANALGESIA AMBULATORIAL

ALTA DA NCR

AOS CUIDADOS DA CIR. GERAL.

## Conduta

Em observação

Dr. Daniel Ronconi  
Nefrocirurgião  
CRM-PB 7423

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME:	DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO	BE/PRONTUÁRIO	1091409
IDADE:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	COR:	DATA: 29/06/2018
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA	EMP:	LR:
CIRURGIA:	LIMPEZA MECANICO CIRURGICO DE JOELHO ESQUERDO		
CIRURGIÃO:	DR RAIFF	1º ASS:	DR BARTOLOMEU
2º ASS:	MR1 DANIEL	3º ASS:	
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:	DR TIBERIO
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUIANESTESIA	HORÁRIO	INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PATELA EXPOSTA INCOMPLETA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:  SIM  NÃO

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:  SIM  NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA  
 RESIDÊNCIA

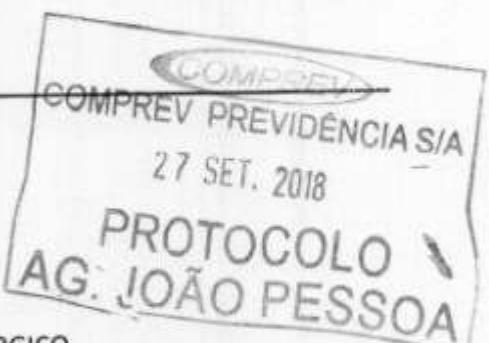
TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Daniel Fonseca Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

DATA: 29/06/2018





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

**PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA****ASSEPSIA E ANTISSEPSIA****APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS**

Incisão:

---

---

Achados:

**FERIMENTO EM ESQUERDO DIREITO JÁ ABERTO**

Conduta:

**LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%****SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS****CURATIVOS ESTÉREIS**

Fechamento:

COMPREFV  
COMPREFV PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Observação:

**TALA JOELHEIRA**

Médico/CRM:

Daniel Conserva Arruda  
MEDICO  
CRM 11134

João Pessoa,

29/06/2018



卷之三

DEBORAH DO SANTO DA CRUZ  
30 BE 10914 CAMPANARIO INTERMARIA LEITO  
ESSAS FOLHAS (E)  
Ronaldo Daniel PAIX  
PAIX  
AGENDAR TELEREX

**INSTRUMENTADOR** **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO** **FIM** **CIRURGIA INÍCIO** **14:46 PM 18-40**

ANESTHESIOLOGY • ASA-AMERICAS SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

**ÍNDICE DE RISCO DE CIRIGIA - ASA FASCIER**

ASA 1 | ASA 2 | ASA 3 | ASA 4 | ASA 5 |  
EX-1 DE CONTAMINAÇÃO | IMPA | CONTAMINADA | INFECTADA | POTE

**MATERIAIS**

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		<i>Saco 1000 ml</i>	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADON N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		<i>Saco 1000 ml</i>	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADON N°	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL			KITS SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N° 20	17
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	1	LÂMINA BISTURI N°15	17	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	1	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N° 1	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	1	LÂMINA BISTURI N°24	1	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPRÓPILENO N°	
LIBACAINA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPRÓPILENO N°	
AINE C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPRÓPILENO N°	
LIBACAINA S/ VASO	AGULHA 25X0,7	1	LUVA ESTÉRIL N°7,5		FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X0,8	1	LUVA ESTÉRIL N°8,0	17	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	1	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIACA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	1	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI N°25G	1	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCU'RÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 3ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	17	FIO STEINMAN N°	
TROPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	17	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINAS		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
DIPROPONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
EF SA	1	COLET URENA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
FL. JUNDIA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEXI)	1	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANQUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	17	FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A N°			( ) BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	20	FIO ALGODÃO S/A N°		( ) CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A N°			( ) CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°			( ) DESFIBRILADOR
		JELCO N°14				( ) FOCO AUXILIAR
		JELCO N°16				( ) FOCO CENTRAL
						( ) MICROSCOPIO
						( ) TOXIMETRO DE PULSO
						( ) P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
						( ) PERFORADOR ELÉTRICO
						( ) SERRA
						CIRCULANTE
						Rodrigo N. de A. Silveira
						em Esferodontia
						201116

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

**PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**



HEETSU

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/06/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <i>De Souza da Serra L.</i>	SEXO: F COR:	IDADE: 30	
PRESSÃO ARTERIAL PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES			
AP. RESPIRATÓRIO <i>100% AF - N2O</i>	AP. CIRCULATÓRIO <i>60% IT RLA</i>		
AP. DIGESTIVO <i>N</i>	ESTADO MENTAL <i>JOE</i>	DROGAS EM USO	
PRE-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA) <i>II</i>	
DOSE /HORA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>infarto do miocárdio</i>			
CIRURGIA REALIZADA <i>Extracorpóreo</i>			
CIRURGIA <i>Bordetella</i> AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS	
ANESTESISTA <i>Jônio Cal</i>	CPF	CRM-PB	
INTERIOR	<i>Normal</i>		
O <sub>2</sub> N <sub>2</sub> O	<i>Normal</i>		
LÍQUIDOS VERMOS			
O <sub>2</sub> ● CO2 ● CO <sub>2</sub> X CEREBRO P. ARTERIAL SISTÓLICA / DIASTÓLICA			
ATERRIZAÇÃO P. ARTERIAL CO <sub>2</sub> OP. PULSO			
ANOTAÇÕES			
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL LECRICA <i>C-A-2 BSA 1/3 - 1/4 + Fentanyl 700 µg + A6-561Q 14 Lmgs 5m 1/4</i>	<input type="checkbox"/> RADICIANA	<input type="checkbox"/> EPICURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ PLEXO
<input type="checkbox"/> BOL	<input type="checkbox"/> BLOQ NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS	
DOSE VOLUME em ml MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
SUCRE	1 <i>500 ml 15 ml</i>	11	<i>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</i> <i>27 SET. 2018</i>
MIL	2 <i>Febtof 20 ml</i>	12	
SANGUE	3 <i>Magnum 50 ml</i>	13	
INSER	4 <i>Citotec 21</i>	14	
TOTAL	5 <i>DESA 10 ml</i>	15	
DESTINO DO PACIENTE	6 <i>RC 0,6 4 ml</i>	16	
<input type="checkbox"/> APT <sup>+</sup>	7 <i>Efoton 3 ml</i>	17	
<input type="checkbox"/> UTI	8	18	
<input type="checkbox"/> RESIDÉNCIA	9	19	
<input type="checkbox"/> OUTROS	10	20	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES			
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <i>DR. JONIO CALVO</i>			
MEDICAMENTOS: <i>11</i>			
INDICAÇÃO: <i>1</i>			



HEETSU

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/06/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <i>De Souza da Senna L.</i>	SEXO: F COR:	IDADE: 30	
PRESSÃO ARTERIAL PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES			
AP. RESPIRATÓRIO <i>14/12 ATENPA</i>	AP. CIRCULATÓRIO <i>60/37 R.R.A</i>		
AP. DIGESTIVO <i>1/1 N</i>	ESTADO MENTAL <i>JOKE</i>	DROGAS EM USO	
PRE-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA) <i>II</i>	
DOSE /HORA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>infarto do miocárdio</i>			
CIRURGIA REALIZADA <i>Extracorpóreo</i>			
CIRURGIA <i>Bordetella</i> AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS	
ANESTESISTA <i>Jônio Cal</i>	CPF	CRM-PB	
INTERIOR	<i>Normal</i>		
O <sub>2</sub> V <sub>2</sub> U			
LÍQUIDOS VERMOS			
O <sub>2</sub> ● CO2 ● CO <sub>2</sub> X CEFALGIA P. ARTERIAL SISTÓLICA / DIASTÓLICA			
ANESTESIA LECRINA DOSE	<i>0.1 A 2 BSA (13-14) + Fentanyl 0.7 - 1.0 - 56 Q 10 mg 1/2</i>		
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLUCOSE		Volume em ml	
1 Insulina 15 ml		11	
2 Foliculina 20 ml		12	
3 Magaldrado 50 mg		13	
4 Cefazil 21		14	
5 Dexal 10 ml		15	
6 Ringer 0.9 4 ml		16	
7 Efgam 3 ml		17	
8		18	
9		19	
10		20	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 27 SET. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES			
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <i>Dr. Jônio Cal</i>			
MEDICAMENTOS: <i>10 mg</i>			
INDICAÇÃO: <i>10 mg</i>			

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

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO



INTERPRINT LTDA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3069796 SSDS PB

CPF 084.603.974-59 DATA NASCIMENTO  
31/07/1987

FILIAÇÃO

MARIA DA LUZ  
NASCIMENTO DE SANTANA

PERMISSÃO



ACC



CATHAS



Nº REGISTRO

06330971474

VALIDADE

09/06/2019

1ª HABILITAÇÃO

26/03/2015

OBSERVAÇÕES

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
27 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

*Deborah de Santana Ribeiro*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

01/04/2016

Aristóteles Chaves Souza  
Dir. Executivo - Detran-PB

65606813451  
PB032393B06

DETTRAN-PB (PARAÍBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1280538683

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180452738      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO      **Data do acidente:** 29/06/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA INCOMPLETA DA PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE NO 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356105/18

**Vítima:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**CPF:** 084.603.974-59

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/06/2018

DEBORAH DE SANTANA  
RIBEIRO

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO : 084.603.974-59**

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](http://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: 27/09/2018  
Nome: DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO  
CPF: 084.603.974-59

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

\_\_\_\_\_  
DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

\_\_\_\_\_  
RENATO LUNA DIAS