

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

---

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190241071**

**Vítima: ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 13/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA**

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

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

---

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190241071**

**Vítima: ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 13/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000042**

Conta: **0000064931-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 094.924.654-93 Nome completo da vítima: ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA

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

Nome completo:	ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA	CPF:	094.924.654-93
Profissão:	AGRICULTOR	Endereço:	SITIO PALMEIRA
Bairro:	ÁREA RURAL	Cidade:	GUARABIRAMA
E-mail:			
	Número:	S/N	Complemento: CASA
	Estado:	PARAÍBA	CEP: 5820 8000
	Tel.(DDD):	980 40-7085	

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

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO 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)

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 64931 8  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: João Pessoa - PB 28/03/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

# 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: 09/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 00000064931-8

---

Nr. da Autenticação 055C6A3602723DFF

ELZA ROSAS DE SOUZA  
SIT PALMEIRAS, SIN - ÁREA RURAL  
CUTEGI / PB CEP: 58020000 (AG. 22)

Ligação: MONOFÁSICO  
Ch/Sbc: RUR MTC B2 / RURAL - RURAL RESIDENCIAL  
Roteiro: 2 - 39 - 514 - 1380  
Medidor: 00000702370

energisa  
ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B/230, Km 25 - Crotô Recreio - João Pessoa / PB - CEP 58071-050  
CNPJ 09.085.162/0001-40 - Insc Est. 16.015.023-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 021.255.819  
Cód. para Deb. Automático: 00000534 93

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a Mar / 2019 Apresentação 06/03/2019 Data prevista da próxima leitura 04/04/2019 CPF/ CNPJ/ RANI 528.875.984-20 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/53619-3

Canal de contato

Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão! Entre em contato por um dos nossos canais e saiba o que!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 04/03/19	Lectura 45130	Data 06/03/19	Lectura 45115	1 385 30
<b>Demonstrativo</b>				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.
			Tributos/Total (R\$) ICMS(R\$) ICMS	Alta (R\$) Base Calc. PIS(R\$) Cofins(R\$)
0801	Consumo em kWh	386.000	0.425770	183.92 0.00 183.92 1.75 2.06
0810	Subsídio	70.25	0.00 0	70.25 0.75 0.48
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0804	JUROS DE MORA 01/2019	1.37	0.00 0	0.00 0.00 0.00 0.00
0805	MULTA 01/2019	3.72	0.00 0	0.00 0.00 0.00 0.00
0804	COMPENSACAO POR INDICADOR -DIC 01/2019	-10.86	0.00 0	0.00 0.00 0.00 0.00
0808	Devolução Subsídio	-86.04	0.00 0	0.00 0.00 0.00 0.00

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 162,27 0,00 0,00 294,17 2,50 11,54  
Tributos/Total (R\$) 0,400240

Média últimos meses (kWh) 371 VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

13/03/2019 R\$ 162,27  
Histórico de Consumo (kWh)

389 | 400 | 397 | 363 | 392 | 337 | 321 | 344 | 280 | 295 | 437 | 363  
Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19

RESERVADO AO FISCO

1dbd.da28.fde5.11b7.1c21.7215.00e5.16ff.

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	12.35	18,25
DIG TRIMESTRAL	31.71	
DIG ANUAL	78,42	
FIC MENSAL	7,14	3,00
FIC TRIMESTRAL	15,49	CONTRATADA
FIC ANUAL	30,98	LIMITE INFERIOR
DMC	2,78	LIMITE SUPERIOR
DCRI	16,80	220

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia Elétrica	54,87	32,98
Centro de Energia	27,28	15,62
Serviço de Transmissão	10,80	6,04
Entregas Básicas	1,04	0,58
Entregas Difusas e Especiais	1,04	0,58
Outros Serviços	1,04	0,58
Total	172,23	100,00

ATENÇÃO

\* REAVISO DE VENCIMENTO: Caso(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneçam em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 21/03/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devolução do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou os contos pagos não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento. Subvenção DEC 7.89/113 R\$ 69,04. Isento ICMS.

Fev/19 0157,05 COMPREV  
28 MAR. 2019 PROTOCOLO  
PARAIBA

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
13/03/2019 R\$ 162,27

Roteiro: 2 - 39 - 514 - 1380  
Matrícula: 53819-2019-03-5  
83630000001-2 62270054000-9 00536192019-1 03500039019-1



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, FRANCINALDO AUGUSTO GOMES

RG nº 23 25 476, data de expedição 06/08/1996

Órgão SSP - PB, portador do CPF nº 035.950.694-12,

com domicílio na cidade de CUITÉGI, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SENADOR RUI CARNEIRO, nº 186,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ANTONIO ZAVRENTINO DE SOUSA, cujo o condutor era

ANTONIO ZAVRENTINO DE SOUSA.

Veículo: HONDA Modelo: 2013 Ano: 2012

Placa: 0E7 4150 - PB Chassi: 9C2T100550NR108534

Data do Acidente: 14/08/2017



Local e Data: GUARABIRA 18/03/2019

Francinaldo Augusto Gomes

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor

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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** Antonio Laurentino de Souza

**DATA DE NASCIMENTO** 12/06/81

**NOME DA MÃE** Maria Virginio de Souza

### DADOS EXTRAÍDOS

**PRONTUÁRIO N.º** 103671

**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1020410

**DATA DO ATENDIMENTO** 14/08/17

**HORA DO ATENDIMENTO** 09:00

**MOTIVO DO ATENDIMENTO** Acidente de moto

**DIAGNÓSTICO (S)** Fratura exposta de ossos da perna direita

**CID 10** S82.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, em 13/08/17, encaminhado de Hospital de Guarabira, apresentando lesão extensa em perna direita, ferimentos não suturados. Avaliado pela Cirurgia Vascular, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX perna D, tórax

### RESULTADOS DOS EXAMES:

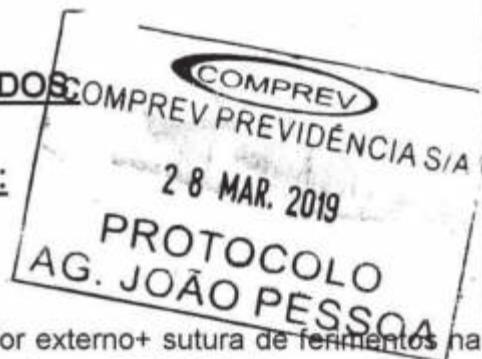
RX: fratura de ossos da perna direita

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de ossos da perna esquerda com fixador externo+ sutura de ferimentos na face (realizado em 14/08/17), Desbridamento em perna esquerda (realizado em 29/08/17). Limpeza cirúrgica em perna esquerda (realizado em 26/09/17).

**ALTA HOSPITALAR:** 26/09/17

**DATA DA EMISSÃO:** 03/05/18



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1200100	Nome ANTONIO FLORENTINO DE SOUZA			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/06/1982	Idade 35 anos 2 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA VIRGINIA DA SILVA				Pai INACIO FLORENTINO DE SOUZA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel: 83	Fone Móvel 988634288	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crns		
Local de procedência GUARABIRA		Tipo MUNICÍPIO UF PB		
E-mail	Naturalidade CUITEGI	CEB/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 5208000	Município de residência CUITEGI	UF PB	Logradouro PALMEIRA	
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 14/08/2017 09:00:32	Número da pulseira 1000006186424	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA 130	X 80	mmHg	P脉 101	Temperature 99.1.
<b>Exames complementares</b>				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos:				
Paciente interna de dentro de moto fratura exposta em m. d. Sobre ombro espuma e os endodesmobilizado				
Diagnóstico				CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	derr. perim 29/08/2017			Tempo 17seg
m. fract contusão 108 D(2) 25 108 25 108	D NS FA			



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1020410



## Identificação do paciente

ID 1200100	Nome ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/06/1981	Idade 12/6/1982 36 anos 2 meses 25 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 103671
Mãe MARIA VIRGINIO DA SILVA				Pai INACIO LAURENTINO DE SOUSA
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) INACIO LAURENTINO - PAI
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986634288			DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		Número documento 2916673		
Local de procedência GUARABIRA		Nº Cns 700901933070397		
Email	Naturalidade GUARABIRA			Tipo MUNICIPIO
				UF PB
CBO/R				

## Endereço

CEP 58208000	Município de residência CUITEGI	UF PB	Logradouro PALMEIRA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

## Admissão

Data e Hora 14/08/2017 09:00:32	Número da pulseira 1000006186424	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

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

## Sinais Vitais

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

## Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

CID

Tempo  
17seg

Augusto Silva de Menezes  
Coordenador Administrativo  
CDI - Hosp. TRAUMA

Confirmado com o Paciente os Dados "acima".  
Nome completo → ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA  
P. nasc. → 12/06/1982 / MNR 10 PFI → INACIO LAURENTINO DE SOUSA  
http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1020410

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA, PB, 58031000

Tel-

CNES: 6121221

Paciente <b>ANTONIO FLORENTINO DE SOUZA</b>		BAE 1020410	Data/Hora Entrada <b>14/08/2017 09:00:32</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>12/06/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 986634288</b>
Mãe <b>MARIA VIRGINIA DA SILVA</b>				Prontuário
Endereço <b>PALMEIRA, SN</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>CUITEGI</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALEXANDRE MEDEIROS DOS SANTOS</b>		Nº Cons. Regional <b>5148/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>14/08/2017 09:00:32</b>		Data/Hora Prescrição <b>14/08/2017 09:31:50</b>		

## Anamnese

JURGIA VASCULAR: PACIENTE COM GRAVE LESAO EM MID HA CERCA DE 12 HORAS.AO EXAME COM FRATURA DE TIBIJA EM 1/3 MEDIO EXPOSTA COM GRAVE LESAO MUSCULAR E DE PARTES MOLES .CONTAMINAÇÃO PRESENTE.PRESENÇA DE MOTRICIDADE E SENSIBILIDADE EM PODODACTILOS, PERFUSAOP MANTIDA,PÉ AQUECIDO,FLUXO TRIFASICO EM PEDIOSA COM PULSO PALPAVEL A NIVEL TORNOZELO CONDUTA : Á TRAUMATOLOGIA RISCO DE PERDA DE MEMBRO DEVIDO AS LESOES ORTOPEDICAS E DE PARTES MOLES

## Conduta

### Em observação

038005148  
Dr. Alexandre M. D. Santos

ALEXANDRE MEDEIROS DOS SANTOS  
(5148/PB)

ANTONIO FLORENTINO DE SOUZA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Antônio Moutinho de Souza BE/Prontuário: 4020410  
 Idade: 36 Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 26/10/11  
 Clínica/Setor: Urgência EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: UVE amigda direita  
 Cirurgião: DR. Wilson 1º Assistente: DR. Bento  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: Alucin Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de base da língua</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>UVE amigd 0,91</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Dra. Jéssyka Emilia F. Rabélo  
CRM 10045/PB

João Pessoa, 26/10/11

**Nota de Sala Cirúrgica**

21

NOME DO PACIENTE	Antônio Lacerda de Souza		
IDADE	36	SEXO	M
CIRURGIA	Tampónica	ENFERMARIA	LEITO
CIRURGIA	19	DATA	10/09/2010
ANESTESIA	Sedação	ANESTESISTA	Dr. Henrique
INSTRUMENTADOR			

DATA: 26.09.10 CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 10:00 CIRURGIA: INÍCIO: 10:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )

GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA					
BUPIVACAÍNA ISORÁRICA		5F PI Soaiva	04	JELCO N°18	
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO N°20	
CETAMINA				JELCO N°22	
DROPERIDOL				JELCO N°24	
ETOMIDATO				KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°	
FENOBARBITAL		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BIS'URIN N°11	
FENTANILA	04	ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BIS'URIN N°15	
FLUMAZENIL		PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°23	04
ISOFLURANO		PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	
LIDOCAINA C/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0	
MIDAZOLAN	04	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°7,5	02
MORFINA		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL N°8,0	
NIMBIUM		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL N°8,5	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	04
PROPORFOL		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21	
SEVOFLURANO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	
SUXAMETÔNIO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	
TIOPENTAL		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	01
		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	02
MEDICAÇÕES	QTD.				
ADRENALINA		BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	
ÁGUA DESTILADA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	
ATROPINAS		CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	
BEXTRA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	
DIPIRONA SÓDICA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
EFEDRINA		CERA PARA DSSO		SONDA NASOG. CURTA	
EUROSEMIDA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	04	SONDA URETRAL N°	
GLUCONATO DE CALCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
LIDOCAINA GELÉIA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
ONDASENTRONA		ELETRODOS	05	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
PLASIL		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	
PROSTIGMINE		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROTAMINA		EQUIPO MICROGOTAS			
TENOXICAN		ESPOONJA DE PVPI			
		ESPARADRAPO		FIOS	
		GAZES	04	QTD.	
		GAZES ALGODoadAS		( ) ASPIRADOR	
		GEL ELETROLÍTICO		( ) BISTURI ELÉTRICO	
		JELCO N°14		( ) CAPNÓGRAFO	
		JELCO N°16		( ) CÁRDIOMONITOR	
				( ) DESFIBRILADOR	
				( ) FOCO AUXILIAR	
				( ) FOCO CENTRAL	
				( ) MICROSCOPIO	
				( ) OXÍMETRIO DE PULSO	
				( ) P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	
				CIRCULANTE	

26.09.2010  
Dr. Henrique  
FNCASCIR 1021-2

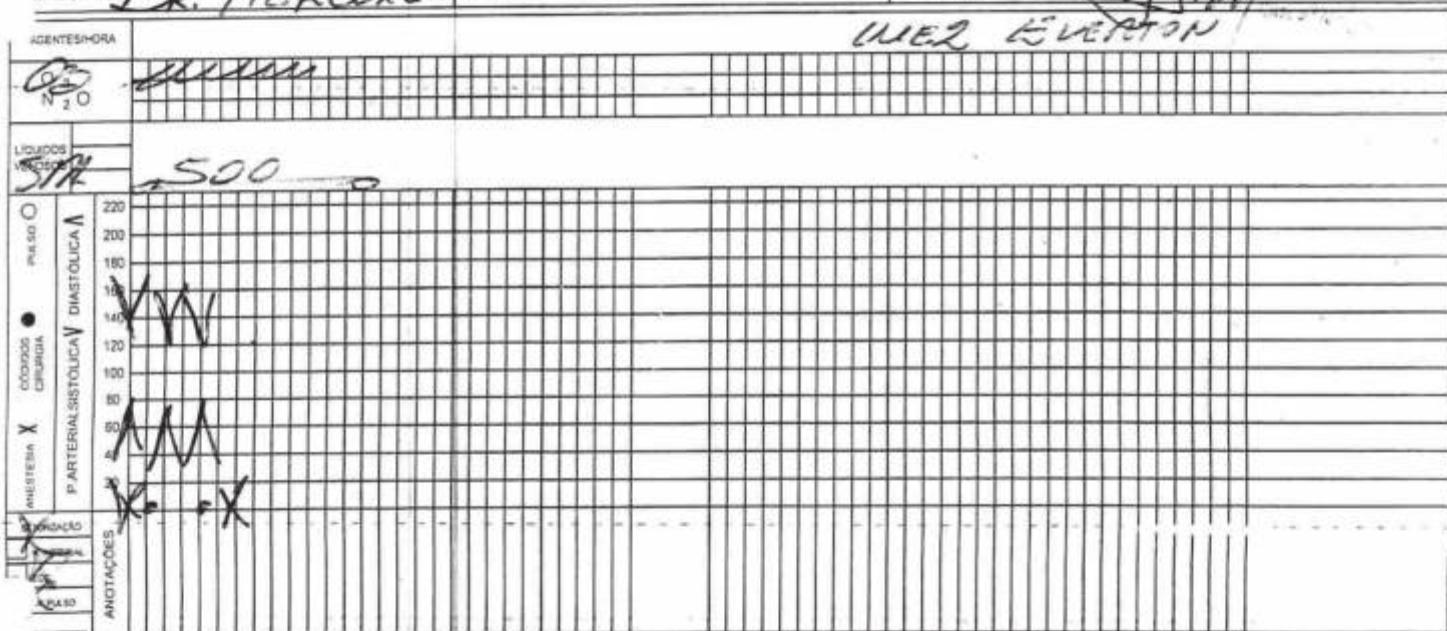
# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 26/09/17

PRONTUÁRIO:

1020410

PACIENTE	Antônio Laurentino de Sousa		SEXO: M	COR: P	IDADE:
PRESA ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO					RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES VPAU					
AP. RESPIRATÓRIO	AR VD	SRA	AP. CIRCULATÓRIO RR 27 SIB		
AP. DIGESTIVO	TEST	ESTADO MENTAL	LOTE	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO	Fentanyl 75 µg + clor. 2 mg				ESTADO FÍSICO (ASA)
DOSE / HORA					1
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura dos ossos da ferma direita				
CIRURGIA REALIZADA	LAVAGEM Cirúrgica de Fratura dos ossos da ferma				
CIRURGIO	DR. NILVAN	AUXILIARES	DR. Douglas	DIREIT	
INÍCIO DA ANESTESIA	10:00	TÉRMINO DA ANESTESIA	10:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA 30 min	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES R\$		
ANESTESISTA	CRM-PB		CRM-PB		



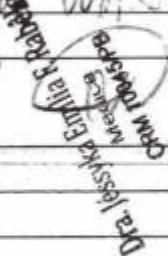


CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEFTSHI

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	Posição em DPU, com braços estendidos para cima. Cirurgião em pé, lado direito. Anestesiologista em SF, q.d.
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	
Fechamento:	
Observação:	

João Pessoa, 1 / 1

Médico/CRM:



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

(80)08

6h17.98

Nome: Antônio Luizino

BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

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

Cor: \_\_\_\_\_ Data: 29/08/17

Clínica/Setor: Ortopedia

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

Cirurgia: Desbridamento de Fendo em Perna D

Cirurgião: Dr. Silveira

1º Assistente: Dr. Douglas

2º Assistente: Dr. Pedro Romão

3º Assistente: Dr. B. Pepp

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

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Desbridamento de fendo em perna D</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Desbridamento de fendo em perna D</u>	

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Pedro Romão  
Médico  
CRM-PB 9799

João Pessoa, 29/08/17

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

**Nota de Sala Cirúrgica**

d

NOME DO PACIENTE		Ana Francisca Ferreira de Souza				
IDADE	35	PRONTUÁRIO	BE1020410			
CIRURGIA	Tut. eng. de limpeza ulcânicos euniquos da Perna direita					
CIRURGÃO	Nelson	1'AUX	Dreyles			
ANESTESIA	Regional					
ANESTESISTA	Mauricio + Yerson					
INSTRUMENTADOR:						
DATA	29/08/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO	17:00 IM			
CIRURGIA: INÍCIO 17:10						
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )						
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA		Soro F. 500 05	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA ISORÁRICA			JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA PESADA	01	Soro F. 500	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70% 1ML	60	LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	01	PVPI DEGERMANTE 1ML	80	LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA 1ML	70	LÂMINA BISTURI Nº24	01 FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	10	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAYNA C/VASO		AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAYNA S/VASO		AGULHA 25X07	03 LUVA ESTÉRIL Nº7,5	03	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08	03 LUVA ESTÉRIL Nº8,0	02	FIO SEIDA Nº	
MORFINA		AGULHA 46X12	02 LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDIÁCA	
NIMBİUM		AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	05	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	01	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	01 SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	02	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	05 SERINGA 10ML	04	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	01	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº	HEMOST. ABSORVÍVEL		
ADRENALINA		CÂNULA P/TRAQUEÓSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT DERIVA. VENTRÍCULAR		
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO 01	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PRÓTESE VASCULAR		
ATROPINAS		CATETER EMBOLE C ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT. PAM		
BEXTRA		CATETER ÉPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIXADOR EXTERNO		
CEFAZOLINA	02	CATETER ÉPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA		
DEXAMETASONA	01	CATETER ÉPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIPIRONA SÓDICA	02	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS		
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS		
EUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS 04	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPÔNJOA		
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPÔNJOA		
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR		
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR		
LIDOCAYNA GELÉIA		ELETRODOS	105 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA		
ONDASENTRONA	01	EQUIPO MACROGOTAS	01 TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA		
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MÍCROGOTAS		EQUIPAMENTOS		
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI 03	FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR	
TENOIXICAN		ESPARADRAPO	FIOS ALGODÃO S/A Nº		( ) BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES	FIOS ALGODÃO S/A Nº		( ) CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	FIOS ALGODÃO C/A Nº		( ) CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO 1ML	FIOS ALGODÃO C/A Nº		( ) DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14			( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16			( ) FOCO CENTRAL	
					( ) MICROSCOPIO	
					( ) OXÍMETRO DE PULSO	
					( ) P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
					( ) PERFORADOR ELÉTRICO	
					( ) SERRA	
					BIRCUITANTE	
					29/10/18	

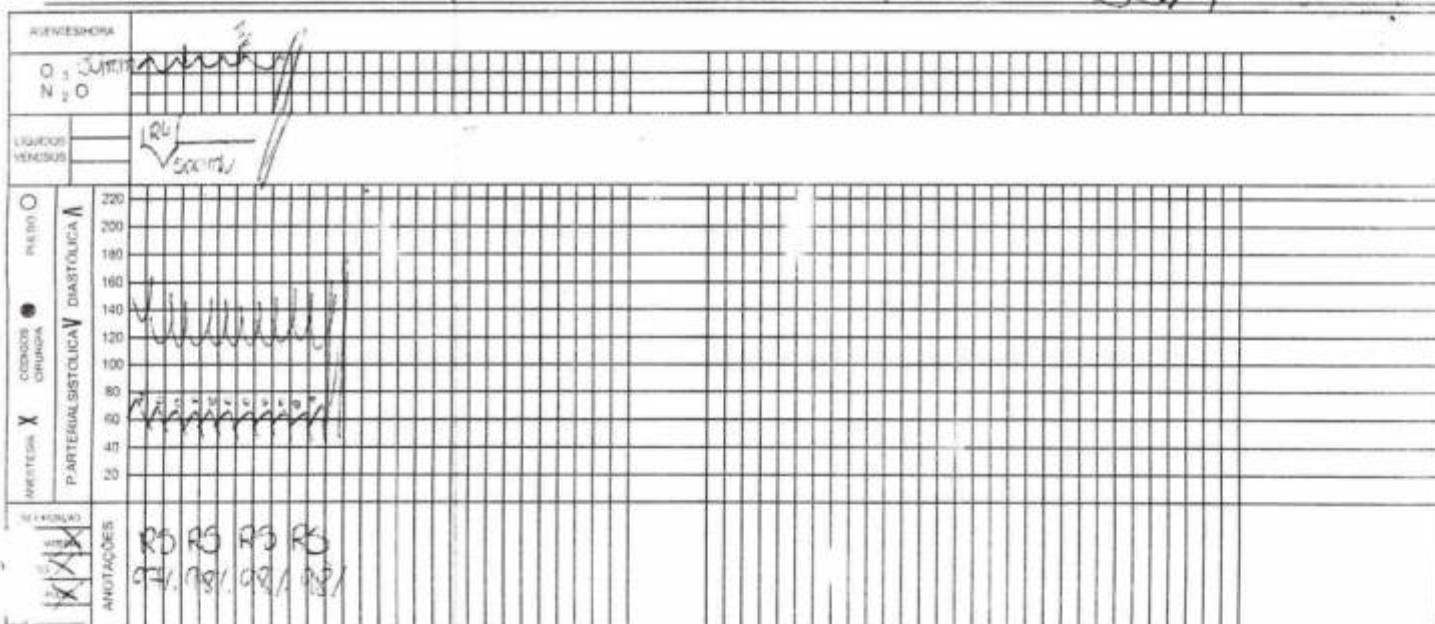
# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/8/17

PRONTUÁRIO: 1022410

P3

PACIENTE: Antônio Laurentino da Cunha		SEXO: M	COR:	IDADE: 35
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 95 bpm	RESPIRAÇÃO 20/min	TEMPERATURA 36,5°C	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES: VORACOES, VPM				
AP. RESPIRATÓRIO NDN		AP. CIRCULATÓRIO NDN		
AP. DIGESTIVO <input type="checkbox"/>	ESTADO MENTAL: <input type="checkbox"/>		DROGAS EM USO: <input type="checkbox"/>	
PRÉ-ANESTÉSICO: _____	ESTADO FÍSICO (ASA): _____			
DOSE /HORA				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de cravo da punha (1) / Osteomíte				
CIRURGIA REALIZADA: Limpeza cirúrgica.				
CIRURGÃO Dr. Nelson	AUXILIARES Dr. Douglas			
INÍCIO DA ANESTESIA 12h	TÉRMINO DA ANESTESIA 12h30m		DURAÇÃO DA ANESTESIA 45min	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$		
ESTESTISTA Dr. Herculano + Dr. Júnior (RJ) PFP	CRM-PB			

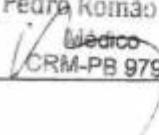


<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TECNICA: <input type="checkbox"/> monitorização, um diurético natural (1), punha medicada, incisão dorsal 26G, urto 1a-1b,	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				
URGÊNCIA	VOLUME (ml/ml)				
1. Fentanyl 100mcg	11				
2. Norepinefrina 10mcg	12				
3. Volupar 20	13				
4. Dexametasona 10mcg	14				
5. Diphenox 20	15				
6.	16				
7.	17				
8.	18				
9.	19				
10.	20				
OBSERVAÇÕES IMPORTAIS: ICR: Limpeza, com aplicação de 10mg de tetracúm upf2000. Sem anticoagulante					
ASSINATURA DO ANESTESISTA					
F/NC/ASCIR 026-1					

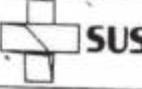
# RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente em Decúbito dorsal horizontal</li> <li>• Ajuste de eletrodo</li> <li>• Ajuste de cateteres e sondas</li> </ul>
<b>Incisão:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incisão sobre o ferido</li> </ul>
<b>Achados:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 cm de ferido em Perna D.</li> </ul>
<b>Conduta:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorando o tecido suspeito</li> <li>• Encontro de ferido de Perna D.</li> <li>• Largura de ferido com 500%</li> <li>• Contato com envolvimento de tecido</li> </ul>
<b>Fechamento:</b>	
<b>Observação:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suturado com suture algodão de fio</li> <li>• Fim da cirurgia</li> </ul>

Médico/CRM:

Dr. Pedro Romão Dantas  
  
 Médico  
 CRM-PB 9799

João Pessoa, 29/8/11

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				<b>Folha 1/2</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES			
MEG TSIVL						
<b>Identificação do Paciente</b>						
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO			
Antônio Flaventino da Souza			1020410			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO			
			/ /			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO			
			Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			11 - FONE DE CONTATO N. DO FONE			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO			15 - UF
						16 - CEP
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>						
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>						
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
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>						
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
31 - QTDE						
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
34 - QTDE						
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
37 - QTDE						
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>						
<p>Imp = Fixador externo Fix 23 = ol</p>						
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>						
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
<i>Dr. Toribio Gonçalves Pereira</i>		<i>Cirurgia de Olho</i>		<i>01/06/2010</i>		
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF					
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.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF					

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHL

Nome: ANTONIO FERRENTINO DE SENA BE/Prontuário: 1020410  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 14/10/17  
 Clínica/Setor: CTGME EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: SUTURA EM FACE REGIA SUBLIGAMENTARIA  
 Cirurgião: DR ANTONIO LIMA 1º Assistente: DR PAULO FERREIRA  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início 13:30 Término 13:50

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
<u>SUTURA EM FACE REGIA SUBLIGAMENTARIA</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>SUTURA EM FACE REGIA SUBLIGAMENTARIA</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

*Paulo Germano Falcão*  
*CRM 12.000*  
*CRM 12.000*

João Pessoa, 14/10/17

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Antônio Francisco de Souza BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 14/10/17

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

Cirurgia: Retirada explante das ossos de perna (E) (frente)

Cirurgião: Tomiris Souza 1º Assistente: Mission \_\_\_\_\_

2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

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

Tipo de Anestesia: Alprai Horário: Início 12:00 Término 13:30h

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Ret. explante das ossos de perna (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Lavagem de brachiocefalo (L)</u>	
<u>Stabilização em fixação externa</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 14/10/17

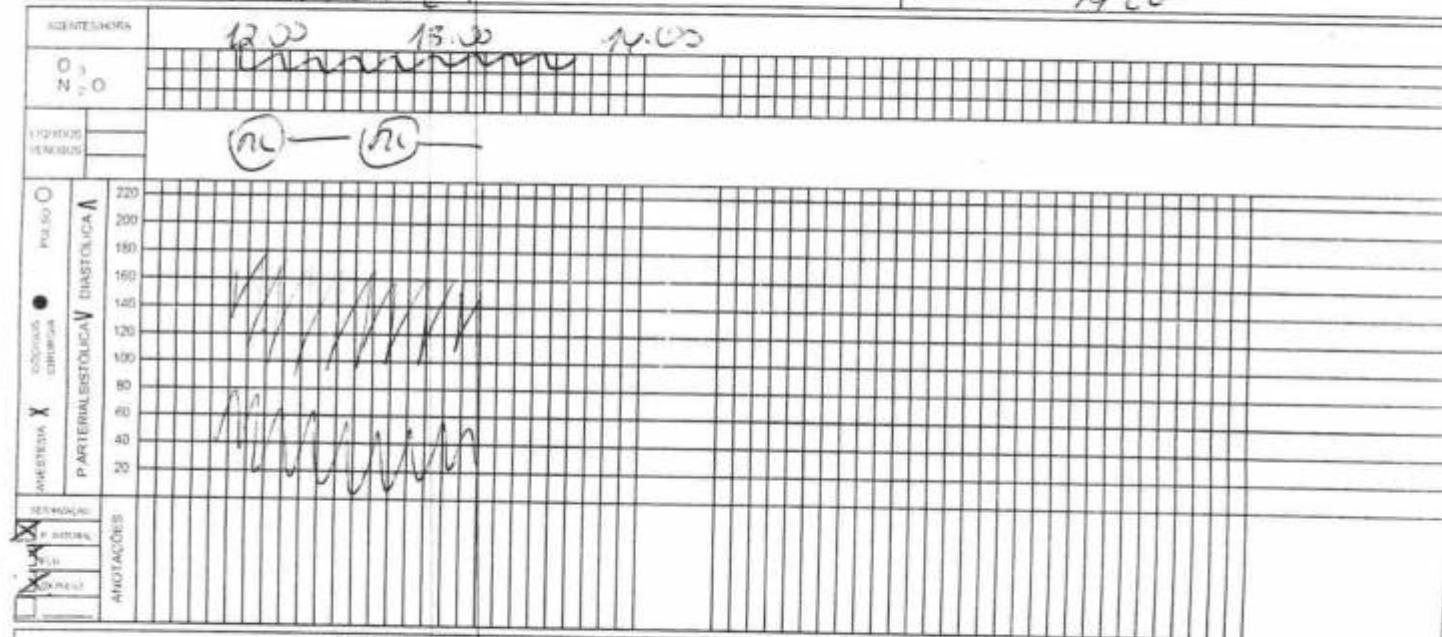
**FICHA DE ANESTESIA**

180x80 mm 4g

DATA: 14/09/17

PRONTUÁRIO: 1020410

PACIENTE: <b>ANTÔNIO FLORENTINO DE SOUZA</b>		SEXO: <b>M</b>	COR: <b>BR</b>	IDADE: <b>35</b>	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: <b>90/60</b>	RESPIRAÇÃO: <b>18/97</b>	TEMPERATURA: <b>36.5</b>	PESO: <b>70</b>	GRUPO SANGUÍNEO:
ESTADO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MAU	<input type="checkbox"/> PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO			
AP. DIGESTIVO <b>ESTÔMICO CHEIO</b>		ESTADO MENTAL <b>ECO 15</b>	DROGAS EM USO		<b>Neon Aclor. 0.5</b>
PRÉ-ANESTÉSICO					ESTADO FÍSICO (ASA)
DOSE/HORA					<b>II</b>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		<b>FRATURA + LESÃO PATES MOLHADAS CROSTOSAS PENA DIREITA</b>			
CIRURGIA REALIZADA		<b>TRAT. EPI. FIXADOR EXTERNO PENA DIREITA</b>			
CIRURGIÃO <b>ALISSON</b>		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA <b>12:00</b>		TÉRMINO DA ANESTESIA <b>13:20</b>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <b>1 hora</b>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES R\$		
ANESTESISTA <b>ACM NOL</b>		CPF	CRM-PB <b>7128</b>		



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TECNICA <b>P113-L4 Quincke 26G, LER eloxine, epifit 1+2</b>					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1. <b>MORFINA</b>	<b>0.3MG</b>	11			
2. <b>BUDIQUIS/PSADA</b>	<b>15MG</b>	12			
3. <b>ECOFIZOXA</b>	<b>2G</b>	13			
4. <b>GENTAMICINA</b>	<b>240 MC</b>	14			
5. <b>DEXAMETASONA</b>	<b>10ML</b>	15			
6. <b>PLASIL</b>	<b>10ML</b>	16			
7. <b>DOPA</b>	<b>2G</b>	17			
8. <b>ECGUPW6M</b>	<b>100MG</b>	18			
9. <b>MIDAZOLAM</b>	<b>3ML</b>	19			
10. <b>FENTANIL</b>	<b>50ML</b>	20			

OBSEVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA: **038.007128**

Dra. Maria Vital Nazarzeno

F (NG) SCS 021

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- PACIENTE EM DOA
- ANTISEPSIA
- INFILTRAÇÃO ANESTÉSICA LOCAL LIDO/ICOM VASO
- LAVA BEM CORDA

Incisão:

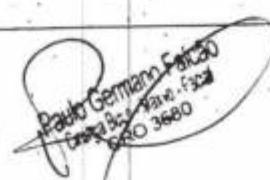
- SUTURA FASE
- FUSO DA CORDA

Achados:

Conduta:

Fechamento:

Observação:

  
Paulo Germano Faria Faria  
CRM 3680

João Pessoa, 14/10/17

Médico/CRM: \_\_\_\_\_



## FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: \_\_\_\_\_ CLÍNICA: \_\_\_\_\_

DO HOSPITAL: Hospital de Brotas \_\_\_\_\_PARA O HOSPITAL: Trans. da Santa Casa \_\_\_\_\_MÉDICO ASSISTENTE: \_\_\_\_\_ DATA: 14/03/17

## IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

NOME: Adriano Landim de Souza SEXO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:

Vacina contra a febre amarela.  
apresenta fistula exposta - qua dita.  
Hospital de Brotas. Março 14 (3,56).

## MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

Solto ordeçido da oftalmia.  
menta cíngulo

DIAGNÓSTICO: TCE ven + fistula exposta.

PROVÁVEL: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO)



Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba

**Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba**

HEETSHL

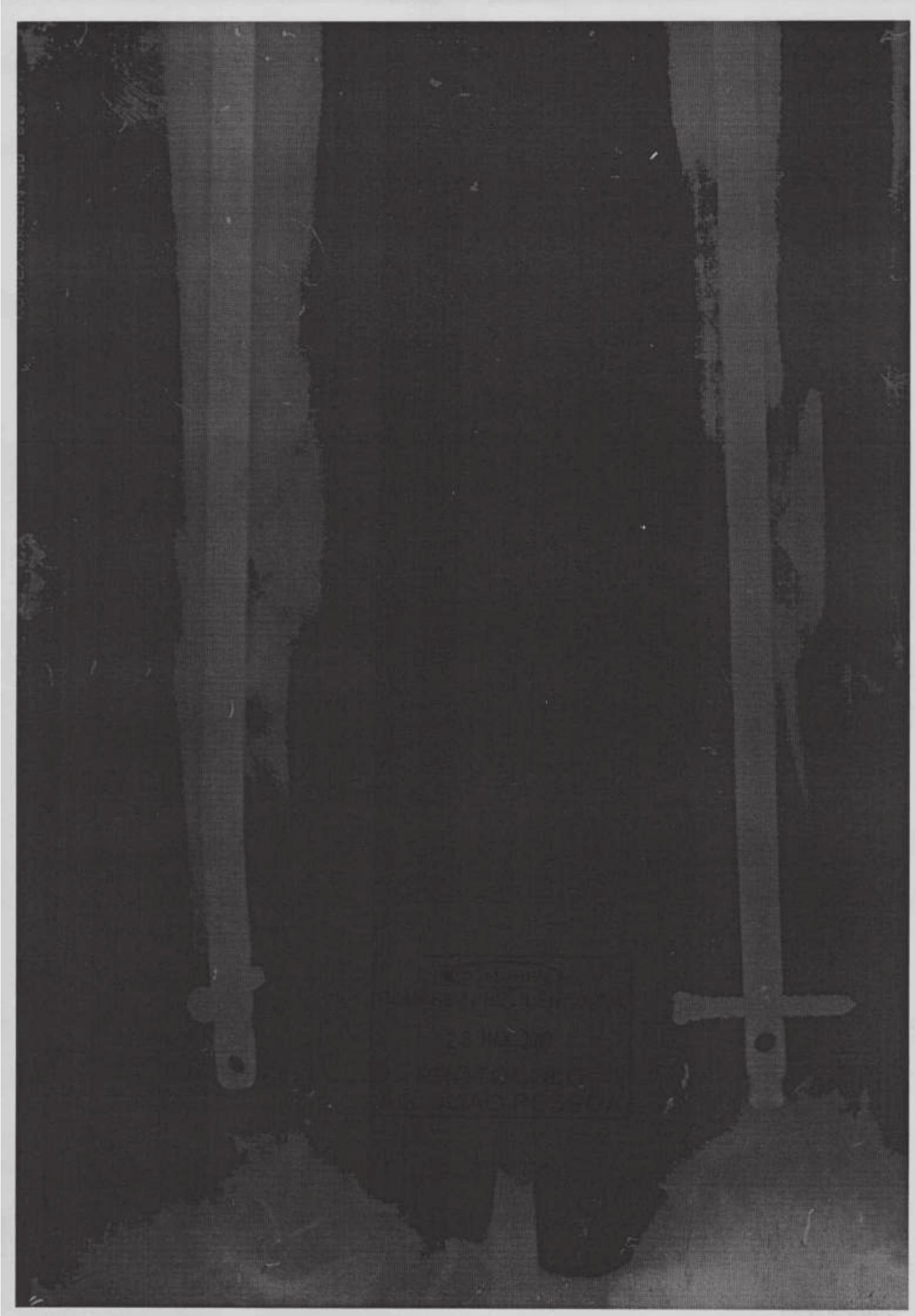
## **DECLARAÇÃO MÉDICA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Declaro, para todos os devidos fins de direito, que o (a) Sr(a). ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA está internado neste hospital desde o dia 14.08.17, neste serviço de Ortopedia, portador de CID 10: S82.7, aguardando melhora clínica, restrito ao leito, em uso de antibióticos endovenosos. Após procedimento e alta hospitalar receberá o atestado definitivo de todo período em que se encontrou internado e o tempo necessário para sua recuperação. No momento lúcido e orientado.

MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA

Dr. Matheus Pimenta  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico Residente

João Pessoa, 19/09/2017







60

0



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 013221631110

VIA	ODÓ. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0050208097-3	00/00000000	2017
NOME			
FRANCINALDO AUGUSTO GOMES			
CPF / CNPJ		PLACA	
03595069412		OFZ4150/PB	
PLACA ANT. / UF		Nº CHASSI	
NOVO PB		9C2KD0550DR108534	
ESPECIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
BAS / MOTOCICLETA / NAG / EXPLIE		ALCO / GASOL	
MARA / MODELO		ANO FAB.	
HONDA / NXR150 BROS ES		2012	
CAP. / POT / CIL		ANO MOD.	
2 P/149 /CI		2013	
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
PARTIC		VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA		00/00/0000	
FAIXA IPVA		VENC. / COTAS	
*****		1 <sup>º</sup>	
*****		2 <sup>º</sup>	
*****		3 <sup>º</sup>	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*****		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
SEGURADO PAGO		DATA DE PAGAMENTO	
26/12/2017		OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATÓRIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
CUITEGI - PB		LOCAL	
41998		DATA	
26/12/2017		16497	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221631110 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 26/12/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA

1 03595069412 OFZ4150/PB

RENAVAM MARCA / MODELO

00502080973 HONDA / NXR150 BROS ES

ANO FAB. CAT. TIRÉ N.º CHASSI

2012 9 9C2KD0550DR108534

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) 100,428,905,000,000,00 R\$

\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

SEGURADO PAGO DATA DE QUITAÇÃO

PAGAMENTO 26/12/2017

S COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

16497-1058260-20171226

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
28 MAR. 2019  
PROTÓCULO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190241071      **Cidade:** Guarabira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA      **Data do acidente:** 13/08/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA +DEBRIDAMENTO + FIXADOR EXTERNO). ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190241071      **Cidade:** Guarabira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA      **Data do acidente:** 13/08/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/04/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA +DEBRIDAMENTO + FIXADOR EXTERNO). P1, 12, 17 ALTA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107362/19

**Vítima:** ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA

**CPF:** 094.924.654-93

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/08/2017

**Titular do CPF:** ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA : 094.924.654-93**

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: 28/03/2019  
Nome: ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA  
CPF: 094.924.654-93

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ANTONIO LAURENTINO DE SOUSA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA