

---

**Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190279106**

**Vítima: RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO**

**Data do Acidente: 04/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO**

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



---

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190279106**

**Vítima: RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO**

**Data do Acidente: 04/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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: <b>0129819/19</b>	CPF da vítima: <b>100.923.794-27</b>	Nome completo da vítima: <b>RAFAEL ANDERSON FERRIRA VALERO</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <b>RAFAEL ANDERSON FERRIRA VALERO</b>	CPF: <b>100.923.794-27</b>	
Profissão:	Endereço: <b>RUA LUIZ EDIR QUEIROZ MARINHO</b>	Número: <b>305</b> Complemento: <b>CASA</b>
Bairro: <b>AEROCLUBE</b>	Cidade: <b>JOÃO PESSOA</b>	Estado: <b>PB</b> CEP: <b>58036-435</b>
E-mail:	Tel.(DDD):	

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

RENTA 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itau (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <b>1010</b> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir)
CONTA: <b>25965</b> (Informar o dígito se existir)	CONTA: _____ (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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data, **JOÃO PESSOA, 16/04/2019**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)**

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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.









Condutor declarou que: Trafegava na via B, faixa da direita, sentido Praia/Centro, no momento que parou observou para sua direita não visualizou nenhum veículo, seguiu o fluxo, quando estava concluindo o cruzamento foi surpreendido pelo o V1, vindo o V1 a colidir na lateral angular direita do V2, vindo a acontecer o sinistro.



## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0634 - 2018

## VÍTIMA 01

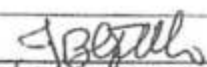
Nome		Sexo	Nascimento	Viajava no Veiculo Nº
Rafael Anderson Ferreira Valero		Masculino	30/06/1993	01
Endereço				
Rua Luiz Edir Queiroz Marinho, 305, Apt. 104, Aeroclube, João Pessoa, PB				
Condição da Vítima	Conduzida Para	Usava Cinto		Usava Capacete
Condutor	Hospital de Trauma			

## CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O impacto deu-se no cruzamento das vias A e B, devidamente sinalizadas. V1 removido ao Bptran para complemento de Boat e V2 liberado no local.

João Pessoa – PB, 24 de Setembro de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 25/09/2018  


  
Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM  
Responsável pelo Levantamento







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0634/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



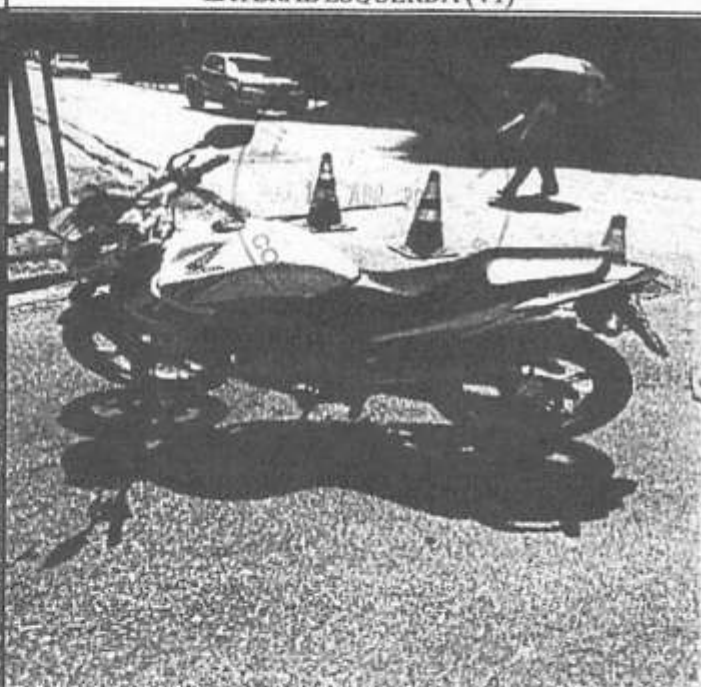
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 25/09/2018

ASSINATURA

Igrinaldo Baudão Górges Filho Sd PM  
Responsável pelo Levantamento





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0634/ 2018

FOTOS DO V2

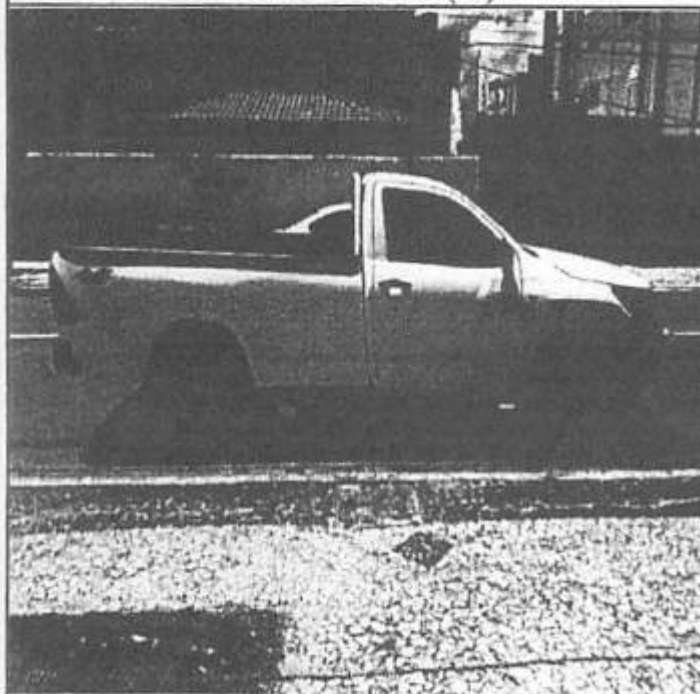
FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 25/09/2018

*IGRINALDO BRANDÃO GONZAGA FILHO*  
Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM  
Responsável pelo Levantamento





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



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0634 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda CB 300	Placa: QFI - 8807 PB	Responsável pelo Preenchimento: Sd Brandão	Data: 04-09-2018
-------------------------------	-------------------------	---	---------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

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

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	-> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: Toyota Hilux	Placa: QFV - 8395	Responsável pelo Preenchimento: Sd Brandão	Data: 04-09-2018
-------------------------------	----------------------	---	---------------------

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Avaliação			Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim Não NA	Item	Nome da Peça	Sim Não NA
01	Painel corta-fogo	x	12	Longarina traseira esquerda	x
02	Longarina dianteira esquerda	x	13	Assoalho porta malas ou caçamba	x
03	Caixa de roda dianteira esquerda	x	14	Longarina traseira direita	x
04	Estrutura da soleira esquerda	x	15	Caixa de roda traseira direita	x
05	Air Bags frontais	x	16	Estrutura da coluna traseira direita	x
06	Air Bags laterais	x	17	Estrutura da soleira direita	x
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	x	18	Estrutura da coluna central direita	x
08	Estrutura da coluna central esquerda	x	19	Estrutura da coluna dianteira direita	x
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	x	20	Assoalho central direito	x
10	Caixa de roda traseira esquerda	x	21	Caixa de roda dianteira direita	x
11	Assoalho central esquerdo	x	22	Longarina dianteira direita	x
Total Geral (Sim + NA)				00	

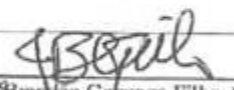
Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6	-> DANO DE GRANDE MONTA



João Pessoa-PB, 24 de Setembro de 2018.

  
Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM  
Responsável pelo Levantamento





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



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0634/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Reinaldo Tavares de Melo

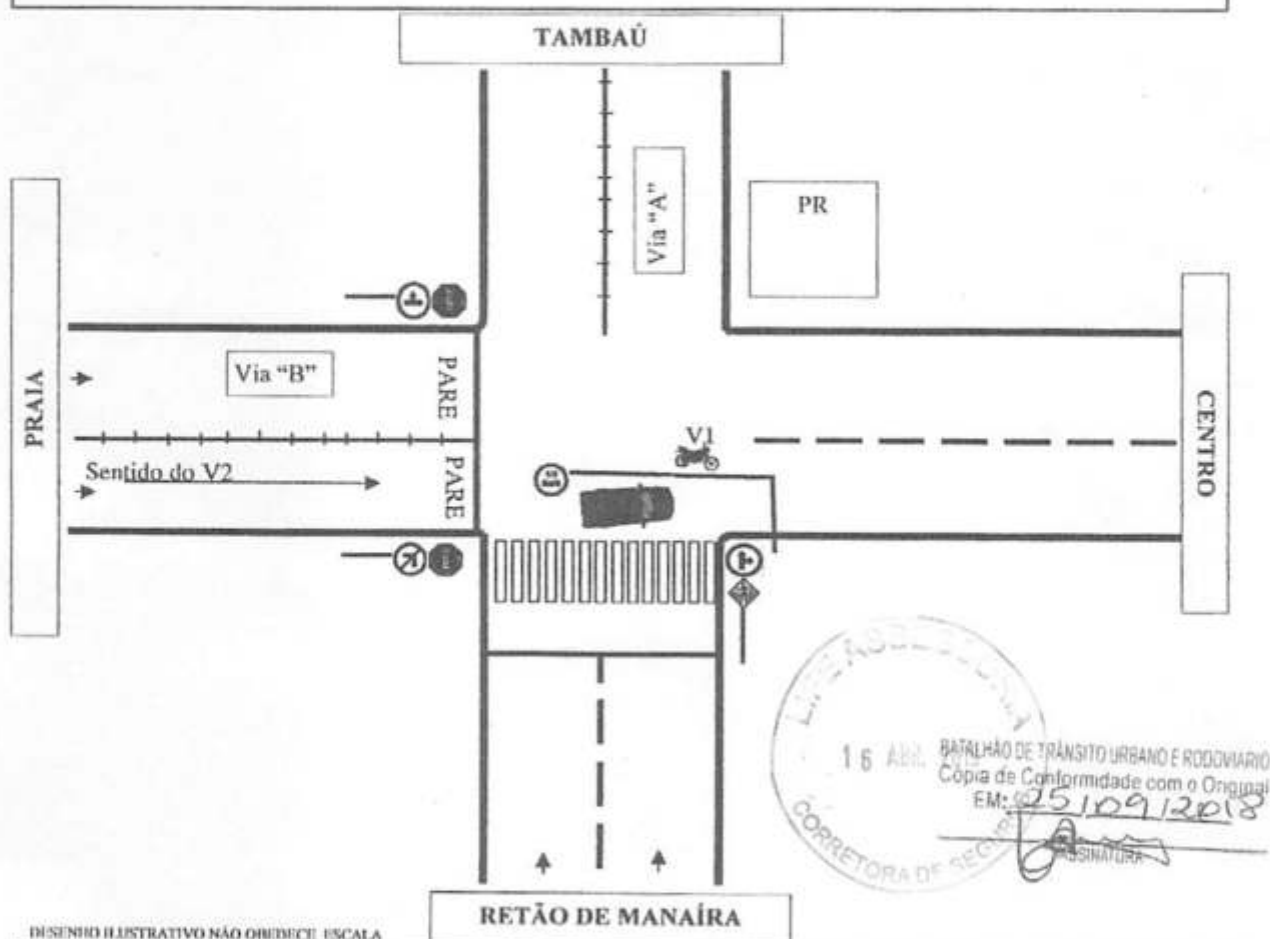
VIA "B" - Avenida Juvenal Mário da Silva

PR (Ponto de Referência) Clínica de Cirurgia Plástica

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 02.00 e Traseiro Direito 03.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 03.40 e Traseiro Direito 04.20 metros para (PA)



16 ABR 2018  
BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 25/09/2018  
CORRETORA DE SEGURANÇA  
SINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

RETÃO DE MANAÍRA

AVARIAS



V1



V2

*[Assinatura]*  
Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM  
Responsável pelo Levantamento



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

0129819/19 100.923.794-27 RAFAEL ANDERSON FERRIRA VALERO

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

Nome completo:

RAFAEL ANDERSON FERRIRA VALERO

CPF:

100.923.794-27

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

RUA LUIZ EDIR QUEIROZ MARINHO

305

CASA

Bairro:

AEROPOLIS

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CEP:

58036-435

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1010

CONTA: 25365

8

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: JOÃO PESSOA, 16/04/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura

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.





SAMU  
**192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU  
**192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Fone: (83) 3218.9242 - CEP 58053-900

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 904/021, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2182939, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO** idade 26 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 04/09/2018, na R. Comerciante Jaime Tavares de Melo, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 09:45 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 12 de Abril de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CRE 5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA





PAGAR (R\$)

**89.90**



89.90

Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

O valor da sua fatura nos últimos meses

Mar 2019	89,90
Fev 2019	89,90
Jan 2019	92,04
Dez 2018	89,90
Nov 2018	89,90
Out 2018	89,90

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata di. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamados. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.



DÉBITO AUTOMÁTICO  
401686824696

84630000000-3 89900113252-6 63900880138-8 89276600100-2

Tr. Setor Comercial Norte S/N - Ass. Norte  
Brasília - DF CEP 70710-900  
CNPJ: 06.423.962/0001-0  
Inscrição Estadual: 01.441.556/0001/93  
Inscrição Municipal:







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO
DATA DE NASCIMENTO	30/06/93
NOME DA MÃE	MARIA DE FATIMA VALERO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.106.066
DATA DO ATENDIMENTO	04/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	10:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO
CID 10	S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor em coxa e joelho do lado direito. Consciente e orientado. Glasgow 15. Torax e abdomen sem queixas. Presença de fratura diafisária de fêmur direito. Solicitado internação do paciente para tratamento cirúrgico da fratura diafisária de fêmur direito.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de joelho direito  
RX de coxa direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de fêmur direito.

### TRATAMENTO:

Medicação.

ALTA HOSPITALAR:	04/09/18
DATA DA EMISSÃO:	11/02/19

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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



**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RUIFEL ANDERSON FERREIRA VALEIRO</b>		SAE <b>114459</b>	Outubro Encerrado <b>04/05/2018 13:42:13</b>	Data Refus <b></b>				
Data de nascimento <b>04/05/2018</b>	Idade <b>25a 2m 0d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b></b>	Relatório do Contato <b>(03) 04/05/2018</b>				
Nome <b>MARIA DE FÁTIMA VALEIRO</b>								
Endereço <b>LOJZ SOUZ GOMES, MARINHO, 300</b>		Bairro <b>PAROCLUSE</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>				
Admissão <b>VEICULO X MOTOR</b>	Admissão <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GILSON MARCELO FERREIRA DE MELO</b>		AP Cons. Regional <b>04/05/2018</b>				
Data/Hora Classificação <b>04/05/2018 13:42:13</b>		Data/Hora Prescrição <b>04/05/2018 13:42:13</b>						
<b>Anamnese</b> paciente vítima de acidente de trânsito (cic), quebra-se do dor no coto direito e joelho homolateral, está consciente, orientado, Glasgow 15, comido, negador cervical, torácico e abdominal. conduta - curativo cetoprofeno 100 mg IV soluto roto x da coto direita soluto roto x do joelho direito paracetamol da ortopedia. alta da cirurgia geral aos cuidados da ortopedia.								
<b>MEDICAÇÃO</b> CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR)								
<b>CUIDADOS</b> SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: DOR)								
<b>EXAME DE IMAGEM</b> RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR) RADIOGRAFIA DE COTO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)								
<b>CID10</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T14.9</td> <td>Transcortico cilo especificado</td> </tr> </tbody> </table>					Código	Descrição	T14.9	Transcortico cilo especificado
Código	Descrição							
T14.9	Transcortico cilo especificado							
<b>Conduta</b> Em observação								

RAUFEL ANDERSON FERREIRA VALEIRO

 Gilson Marcelo F. de Melo  
 Cirurgia Geral  
 04/05/2018 13:42:13




**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H**  
Cruz Vermelha Brasileira

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Data: 04/09/18 11:02  
Usuário: GILSON  
Retém: 1108088

Data de Nascimento		Data de Prescrição	
20/06/1993	04/09/2018 11:01:58		
Nome do Paciente			
AEL ANDERSON FERREIRA VALERIO			
Sexo			
MASCULINO			
Idade			
25a 2m 6d			
Validade da Prescrição			
04/09/2018 11:01:00 - 05/09/2018 11:01:00			
Motivo			
Banha			
Aviso			
3			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação da Uso	Via de	Freq. Int.	Pos	Apresentação
CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG	Observar o uso	E.V.			AGORA 100 MG
PARACETOL 500 MG	0.5		Observar o uso				100 MG

**GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO**  
CRM: 3448

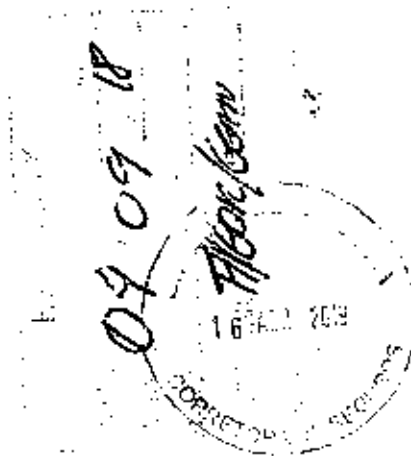
04 de Setembro de 2018  
**Gilson Marcelo P. de Melo**  
Cirurgião Geral  
Assinatura do Médico Profissional





REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome		RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERIO	
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário	
30/08/1993	1108089		
Material a examinar			
<p>EXAME DE IMAGEM</p> <p>RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA (dx)</p> <p>RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL) (dx)</p>			



Gilberto Marinho P. de Mello

Cirurgia Geral

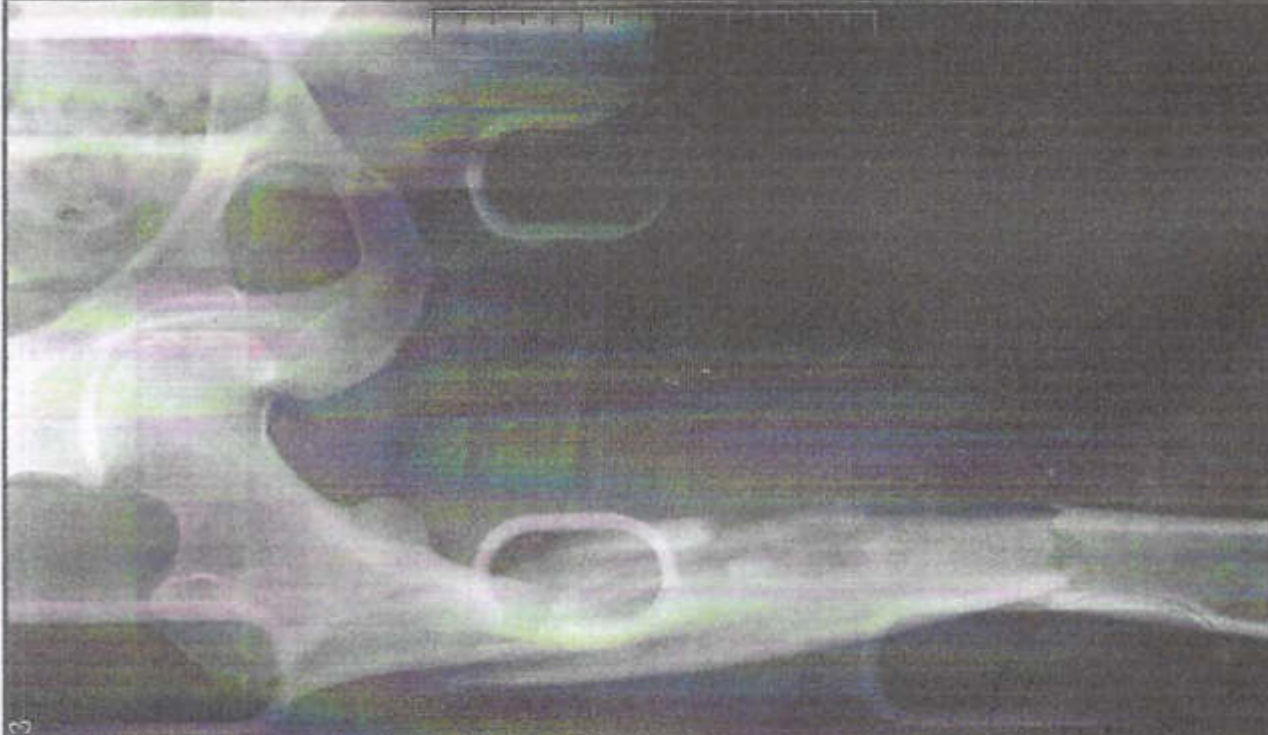
CRM-PA 3448

Assinatura e Carimbo do Profissional



0000000073703

D



0000000073703

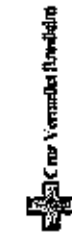
0000000073703

FEMUR D



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERIO ID: 0000000073703  
04.09.2018 IDADE: 25 SEXO: M  
TECNICO, Hora: 13.20.05





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

CD Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

### Receituário

Paciente: RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERIO  
Data: 04/08/2018 13:35:37 Sexo Masculino CPF: N80 Informado BAE: 1108088

Idade 25

ENCAMINHAMENTO

#ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO CM FRATURA DE FEMUR DIREITO  
PACIENTE ESTAVEL  
SEM OUTRAS QUEIXAS

CD: TRANSFERENCIA DO PACIENTE PARA O HOSPITAL SAMARITANO

16 ABR 2018  
CORRETORES DE RECIBOS  
Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA  
11134/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CD Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

### Receituário

Paciente: RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERIO  
Data: 04/08/2018 13:35:37 Sexo Masculino CPF: N80 Informado BAE: 11081

Idade 25

ENCAMINHAMENTO

#ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO CM FRATURA DE FEMUR DIRE  
PACIENTE ESTAVEL  
SEM OUTRAS QUEIXAS

CD: TRANSFERENCIA DO PACIENTE PARA O HOSPITAL SAMARITANO

Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA  
11134/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome	
RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERIO	
Data de	Nº Boletim Emergência
08/08/1993	1105086
Prontuário	
Material a examinar	

UNEDT  
AD

PROCEDIMENTO  
ETALA INGUINO PODALICO



*Daniel Conseres Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

04 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional





## Hospital Samaritano

Paciente: RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO

Data: 04/09/2108

Sexo: M Sala: Idade: 25 ANOS Convenio: GEAP

### **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

#### **RELATÓRIO CIRÚRGICO**

**CIRURGIÃO:** DR TEÓFILO VANOMARK

**1º AUXILIAR:**

**2º AUXILIAR:**

**ANESTESISTA:** DRA. SOCORRO

**INSTRUMENTADOR:** RODRIGO

**HORA INICIAL:** 14:00

**HORA FINAL:** 14:30

**DIAGNÓSTICO:** FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR DIREITO.

**TIPO DE OPERAÇÃO :** TRATAMENTO CIRURGICO DE FX DIAFISARIA DO FEMUR DIREITO (PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL)

**TIPO DE ANESTESIA:** SEDUÇÃO

**DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:** O MESMO

**INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS:** NÃO HOUVE

#### **DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPISIA;
- 3) COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS;
- 4) PEQ INCISÃO NA FACE LATERAL DA TIBIA PROXIMAL DIREITA;
- 5) IDENTIFICAÇÃO DO PONTO ANATOMICO DA TIBIA PROXIMAL ONDE SERA INTRODUIDO O FIO KC 4,5
- 6) PASSAGEM DO FIO
- 7) CURATIVO ESTÉRIL
- 8) RX DE CONTROLE

**DR. TEÓFILO VANOMARK**  
CRM: 9690









Paciente: Rafael Anderson Fernandes Valente Convênio: GEAP  
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de FX clavicular direita Data: 04/09/2018  
 Cirurgião: Dr. TECELO VANDOMARI Anestesista: Dr. SODANHO  
 Auxiliar 1: Anestesia: Sedação + local  
 Auxiliar 2: Circulante: Elidur  
 Instrumentador: Idade: 25 anos

## MEDICAMENTOS

Água Destilada 10 ml	Droperidol	Nimblum	Tilatil mg
Adrenalina	Etomidato	Neomicina Pomada	Transamin
Aminofilina	Efedrina	Neocaina Isobárica	Tramal 50mg
Amlacacina	Fenegan	Neocaina Pesada	Tracrium
Atropina	Fentanil 2ml	Novabupi 0,5 c/v	Ultiva 2mg
Bextra 40mg	Fentanil 10ml	Novabupi 0,5 s/v	Unasyn 3g
Buscopam Composto	Flagyl 500mg	Nubalm	Xilocaína 2% Fr
Buscopam Simples	Fenitoína	Omeprazol	Xilocaína 2% 5ml
Brycanil	Flumazenil	Oxacilina 500mg	Xilocaína 2% geléia
Clonidina	Gentamicina	Pavulon	Dramin B6
Cipro 200mg	Glicose 50%	Plasil	Vitamina C
Duo Decadron	Hidrocortisona	Precedex	Vitamina K
Dimorf 0,2mg	Keflim 1g	Profenid	Vitamina B
Dimorf 10mg	Kefazol 1g	Propofol	
Dimorf 1mg	Ketalar/Ketamin	Prostigumine	
Dexametasona mg	Kolagenase Pomada	Quelicim mg	Sevorane (ml)
Dipirona Sódica	Lastix	Rapifen	Halotano (ml)
Dolosal	Liquemine	Rantidina	Forane (ml)
Dormonid	Narcan	Rocefin 1g	
Diazepam	Nausebron 4mg	Telebrix	

## SOLUÇÕES

Soro Fisiol. 0,9% 1000ml	Soro Ringer c/ Lactato	PVPi Degermante	Clorexidina 2% degerm 30 ml
Soro Fisiol. 0,9% 500ml	Água Destilada 1L	PVPi Tintura	Clorexidina 2% alc 50 ml
Soro Fisiol. 0,9% 250ml	Purisolet	PVPi Tópico	Éter
Soro Glicosado 5% 250ml	Manitol		Álcool 70% 50 ml
Soro Glicosado 5% 500ml	Voluven		

## MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Aguilha 13x4,5G	Conexão 2 vias	Luva de Procedimento	Cartucho de Ligacilip
Aguilha 25x7G	Dreno Penrose 1	Luva 7,0	Perfusor Seth
Aguilha 40x12G	Dreno Penrose 2	Luva 7,5	Sonda Gástrica 18
Aguilha Raqui 25G	Dreno Penrose 3	Luva 8,0	Sonda Gástrica 20
Aguilha Raqui 26G	Dreno Sucção 3,2	Luva 8,5	Sonda Uretral 4
Aguilha Raqui 27G	Dreno Sucção 4,8	Lâmina Bisturi 11	Sonda Uretral 6
Aguilha Peridural 16G	Dreno Sucção 6,4	Lâmina Bisturi 15	Sonda Uretral 8
Aguilha Peridural 17G	Dreno Tórax 32	Lâmina Bisturi 24	Sonda Uretral 10
Aguilha Peridural 18G	Dreno Tórax 36	Máscara Descartável	Sonda Uretral 12
Aguilha de Bloqueio Plexo	Dreno Tórax 38	Propé	Sonda Uretral 14
Jelco 14G	Esparadrapo 4x10cm	Seringa 1ml	Torneirinha 3 vias
Jelco 16G	Eletrodos	Seringa 3ml	TOT 5,5
Jelco 18G	Equipo Macrogotas	Seringa 5ml	TOT 7,0
Jelco 20G	Equipo Microgotas	Seringa 10ml	TOT 7,5
Jelco 22G	Escova degermante	Seringa 20ml	TOT 8,0
Jelco 24G	Gorro Descartável	Seringa 60ml	TOT 8,5
Atadura Crepom 15cm	Gaze Pacote	Sonda Foley 3v 18	TOT 9,0
Atadura Crepom 30cm	Gelfoan	Sonda Foley 3v 20	Transofix
Atadura Gessada	Surgicel	Sonda Foley 3v 22	Equipo de BIC
Coletor Sist. Aberto	Intracath	Sonda Foley 2v 12	Equipo de Sangue
Coletor Sist. Fechado	Catéter monolúmen	Sonda Foley 2v 14	Equipo Irrigopias
Cateter Nasal	Filtro bacteriológico	Sonda Foley 2v 16	Algodão Ortopédico
Cateter Peridural 16	Capa VDL	Sonda Foley 2v 18	OK 02

## EQUIPAMENTOS

Aspirador	Capnógrafo	Fonte de Luz	RX/ Arco Cirúrgico
Bisturi Elétrico	CO2	Monitor	Tricotomia
Bomba de Infusão	Oxigênio	Respirador	Peça Cirurg.
Cerro de VDL	Nitrogênio	Oxímetro	Destino:

João C. de M. Medeiros  
 - coordenador





Hospital Samaritano

## Notificação de OPME

Nome: Rafael Anderson Ferreira Vaino

Convênio: Opop Data: 04/09/18

Cirurgia realizada: Inot. eia de Ex disfibria do fêmur direito (crassoem de locais transtúriae)

Fornecedor: Antisintese

Equipe médica:

- Cirurgião: Teófilo
- 1º Auxiliar: -
- 2º Auxiliar: -
- Anestesista: Socorro
- Instrumentador: -
- Circulante: Elione

Quantidade

Material

01 Fio K. 4.5

Preenchido por: Lucy C. da A. Maciel

COBEN-PR 20724

Data: 04/09/18

16 JUL 2019



**ARTSINTESE COM. DE MATERIAL E EQUIPAMENTOS HOSPITALAR LTDA.**  
Av. Epitácio Pessoa, 1250 - Sl. 407 - Torre - CEP 58.040-000  
João Pessoa - PB - Fone/Fax: (83) 3244.8070  
CNPJ: 05.287.113/0001-33 - Insc. Est.: 16.136.930-8  
E-mail: artsintese@terra.com.br

**CONTROLE DOS MATERIAIS  
UTILIZADOS EM  
OSTEOSSINTESE/ARTROPLASTIA**

N.E.

Data do Pedido: 04/09/18 Cond.: \_\_\_\_\_

Data da Cirurgia: 04/09/18

Convênio: GGA

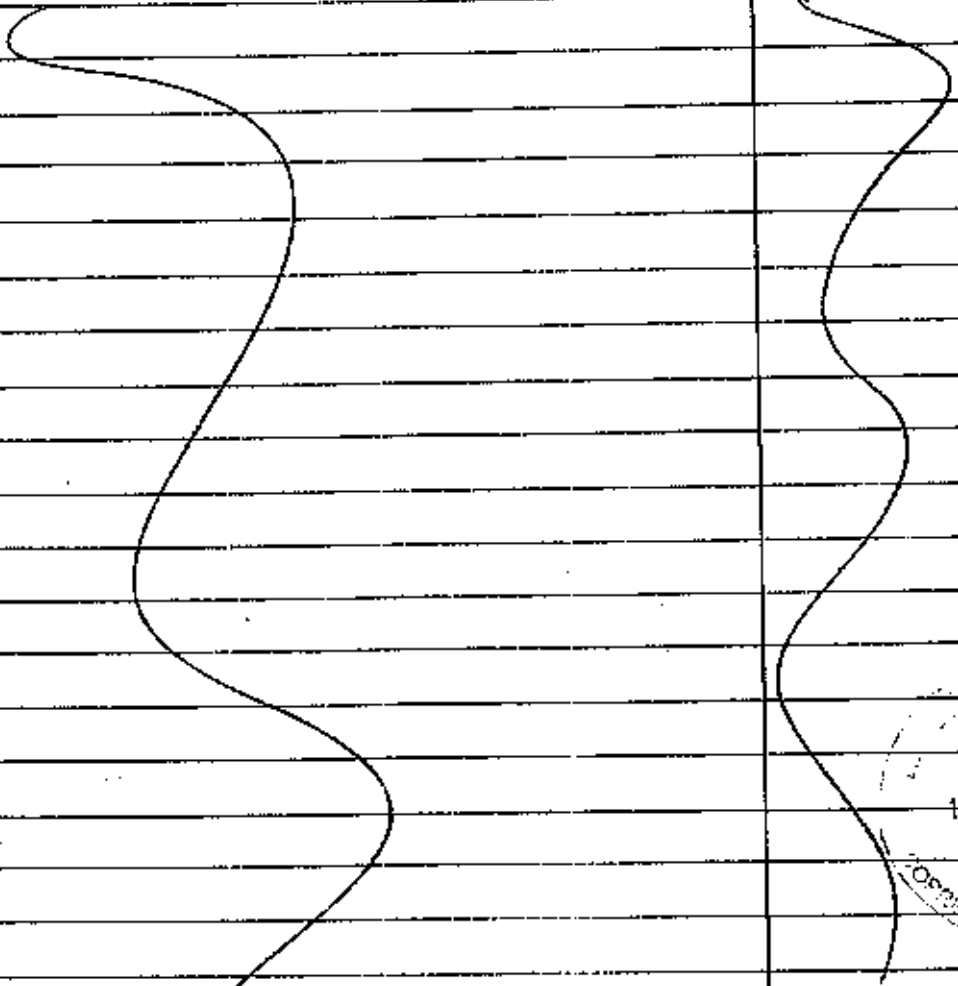
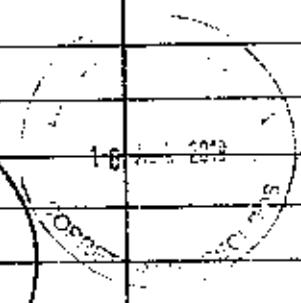
ДН:

Cirurgião: DR. FÉLIX O. VANOMARKE

**Código:**

**Membro:**

TRANSPORTADOR:

MATERIAL	QUANT.	CÓDIGO
FIO D5 KIRCHENGER 4,5	01	
		
		

**Observação:**

**Valor Total R\$**





Hospital Samaritano

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Rafael Anderson Ferreira Valero

Atendimento: Cirurgia

Convênio: Geap

Cirurgia: Trat Cirurgico de FX da perna da Fimur

Cirurgião: Dr Teofilio Varnomark

Sala: 03 Data: 04/09/2018

Circulante de sala (não rubricar): Elia




Paciente: RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO  
Sexo: M Sala: Idade: 25 ANOS Convenio: GEAP

Data: 04/09/2108

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

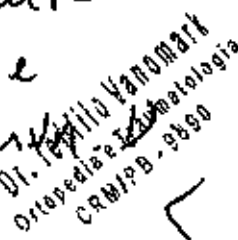
- PACIENTE APRESENTANDO FX DIAFISÁRIA FECHADA DO FEMUR DIREITO. SENDO SUBMETIDO À PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL UTILIZANDO FIO KC Nº4,5. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

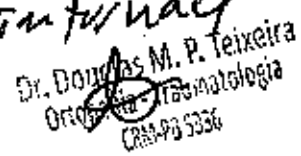
- Segue em cura da Dr. Douglas (ortopedista)

  
TEÓFILO VANOMARK  
CRM 9690

06/09/18

# Paciente com fratura cominuta displasica e retrocentrica do fêmur no ponto de tração esquelética. Com boa perfusão distal e sem instabilidade nutricional, mesorreflex. Externos, curados. Hemodinamicamente estável. Ref: paciente chegou de fratura da espinha e o médico assistente comprou internação de um genitor

  
Dr. Teófilo Vanomark  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9690

  
Dr. Douglas M. P. Teixeira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5336



Paciente: RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO  
Sexo: M Sala: Idade: 25 ANOS Convenio: GEAP

Data: 04/09/2108

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

- PACIENTE APRESENTANDO FX DIAFISÁRIA FECHADA DO FEMUR DIREITO. SENDO SUBMETIDO À PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL UTILIZANDO FIO KC Nº4,5. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

- Segue nos cuidados de D. Angela (o topico 6)

  
Dr. Teófilo Vanomark  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9690  
**TEÓFILO VANOMARK**  
CRM 9690







## Hospital Samaritano

PACIENTE: RAFAEL ANDERSON FERREIRA

IDADE: 26 ANOS

CONVÊNIO: GEAP DATA: 10/09/2018

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

CIRURGIÃO: DR. ESDRAS FERNANDES FURTADO

1º AUXILIAR: DR. TORIBIO

2º AUXILIAR: DR. ANDRIER

ANESTESISTA: DR. DIPGO MEDEIROS

INSTRUMENTADOR: HORA

TIPO DE OPERAÇÃO: TRATAMENTOS CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR,  
ENXERTO OSSEO, TENOPLASTIA.

TIPO DE ANESTESIA: RAQUI INICIO: 06:45 TERMINO: 10:45

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS: NÃO HOUE

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA, EM MESA ORTOPEDICA, SVD Nº 14;
  - 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA;
  - 3) APODIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS;
  - 4) VIAS DE ACESSOS LATERAL AO NÍVEL DE QUADRIL, COXA E JOELHO DIR.
  - 5) DISSECÇÃO POR PLANOS
  - 6) REDUÇÃO DE FRATURAS E ESTABILIZAÇÃO COM CABOS DE DALL MILLES
  - 7) FIXAÇÃO COM 01 HASTE INTRA MEDULAR E SEUS PARAFUSOS (NÃO UTILIZADO PFN POR NÃO TER N. 40, TENDO SIDO RETIRADO A 42 QUE FICOU GRANDE E COLOCADO UMA TRIGENT 40
  - 6) COLOCAÇÃO DE ENXERTO OSSEO
  - 8) RECONSTRUÇÃO DE PARTES MOLES, TENOPLASTIA, LIMPEZA DA CAVIDADE COM 2 MIL ML SF 0,9%, SUTURA, CURATIVO, RX DE CONTROLE
- MATERIAL UTILIZADO:** 01 HASTE INTRA MEDULAR, 02 PARAFUSO BLOQUEIO PROXIMAL, 01 PARAFUSO TAMPAO, 2 PARAFUSOS BLOQUEIO DISTAL E 5 CABOS DE DALL MILLES

Dr. Edras F. Furtado  
Oncologia Ortopédica  
Cirurgia de Quadril  
CRM: 4893

16.09.2018







Paciente: <u>Paulo Anderson F. Valera</u>	Convênio: <u>RSUP</u>
Cirurgia: <u>Antes do E. de F. de F. E. O. T.</u>	Data: <u>10/09/18</u>
Cirurgião: <u>J. Cardoso</u>	Anestesista: <u>M. Aliengo</u>
Auxiliar 1: <u>J. Amorim</u>	Anestesia: <u>Paquet</u>
Auxiliar 2: <u>J. Amorim</u>	Circulante: <u>St. Cirurgica 106614</u>
Instrumentador: <u>F. Lacerda</u>	Idade: <u>25</u>

MEDICAMENTOS			
Água Destilada 10 ml	06	Droperidol	Nimblum
Adrenalina		Etomidato	Neomicina Pomada
Aminofilina		Efedrina	Neocaína Isobárica
Amicacina		Fenergan	Neocaína Pesada
Atropina		Fentanil 2ml	Novabupl 0,5 c/v
Bextra 40mg		Fentanil 10ml	Novabupl 0,5 s/v
Buscopam Composto		Flagyl 500mg	Nubain
Buscopam Simples		Fenitoína	Omeprazol
Bryanil		Flumazenil	Oxacilina 500mg
Clonidina		Gentamicina	Pavulon
Cipro 200mg		Glicose 50%	Plasil
Duo Decadron		Hidrocortisona	Precedex
Dimorf 0,2mg	01	Keflim 1g	Profenid
Dimorf 10mg		Kefazol 1g	Propofol
Dimorf 1mg		Ketalar/Ketamin	Prostigmina
Dexametasona 4 mg	01	Kolagenase Pomada	Quelicim mg
Dipirona Sódica		Lasix	Rapifen
Dolosal		Liquemine	Ranitidina
Dormonid	01	Narcan	Rocefin 1g
Diazepam		Nauseadron	Telebrix

SOLUÇÕES			
Soro Fisiol. 0,9% 1000ml		Soro Ringer c/ Lactato	PVPI Degermante
Soro Fisiol. 0,9% 500ml	01	Água Destilada 1L	PVPI Tintura
Soro Fisiol. 0,9% 250ml		Purisoal	PVPI Tópico
Soro Glicosado 5% 250ml		Manitol	
Soro Glicosado 5% 500ml		Voluven	

MATERIAIS DESCARTÁVEIS			
Agulha 13x4,5G		Conexão 2 vias	Luva de Procedimento
Agulha 25x7G	5	Dreno Penrose 1	Luva 7,0
Agulha 40x12G	3	Dreno Penrose 2	Luva 7,5
Agulha Raqui 25G		Dreno Penrose 3	Luva 8,0
Agulha Raqui 26G		Dreno Sucção 3,2	Luva 8,5
Agulha Raqui 27G	1	Dreno Sucção 4,8	Lâmina Bisturi 11
Agulha Peridural 16G		Dreno Sucção 6,4	Lâmina Bisturi 15
Agulha Peridural 17G		Dreno Tórax 32	Lâmina Bisturi 24
Agulha Peridural 18G		Dreno Tórax 36	Máscara Descartável
Agulha de Bloqueio Plexo		Dreno Tórax 38	Propé
Jelco 14G		Esparradrapo	Seringa 1ml
Jelco 16G		Eletrodos	Seringa 3ml
Jelco 18G		Equipo Macrogotas	Seringa 5ml
Jelco 20G		Equipo Microgotas	Seringa 10ml
Jelco 22G		Escova degermante	Seringa 20ml
Jelco 24G		Gorro Descartável	Seringa 60ml
Atadura Crepom 15cm		Gaze Pacote	Sonda Foley 3v 18
Atadura Crepom 30cm		Gelfoan	Sonda Foley 3v 20
Atadura Gessada		Surgicel	Sonda Foley 3v 22
Coletor Sist. Aberto		Intracath	Sonda Foley 2v 12
Coletor Sist. Fechado	01	Catéter monolúmen	Sonda Foley 2v 14
Cateter Nasal	01	Filtro bacteriológico	Sonda Foley 2v 16
Cateter Peridural 16		Capa VDL	Sonda Foley 2v 18

EQUIPAMENTOS			
Aspirador		Capnógrafo	Fonte de Luz
Bisturi Elétrico		CO2	Monitor
Bomba de Infusão		Oxigênio	Respirador
Carro de VDL		Nitrogênio	Oxímetro

MATERIAIS DE CONSUMO			
Cartucho de Ligacilp		Perfusor Seth	
Sonda Gástrica 18		Sonda Gástrica 20	
Sonda Uretral 4		Sonda Uretral 6	
Sonda Uretral 8		Sonda Uretral 10	
Sonda Uretral 12		Sonda Uretral 14	
Torneirinha 3 vias		TOT 6,5	
TOT 7,0		TOT 7,5	
TOT 8,0		TOT 8,5	
TOT 9,0		Transofix	
Equipo de BIC		Equipo de Sangue	
Equipo Irrigação		Algodão Ortopédico	

EQUIPAMENTOS			
Aspirador		Capnógrafo	Fonte de Luz
Bisturi Elétrico		CO2	Monitor
Bomba de Infusão		Oxigênio	Respirador
Carro de VDL		Nitrogênio	Oxímetro

SFO, 9% P/ Power Evidente

Cirurgião: F. Lacerda  
Enfermeira: J. Amorim  
COREN 195 639Dr. Paulo F. F. F. F.  
Oncologia Cirúrgica  
CRM 4833 / 03300-11





Hospital Samaritano

FICHA DE MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS PELO CIRURGIÃO

Paciente: <u>Rafael Anderson F. Valera</u>	Data: <u>10/09/18</u>
Convênio: <u>GRUP.</u>	Hora da Chegada: <u>10:00</u>
Cirurgião: <u>Dr. Edras F. Furtado</u>	2º Cirurgião: <u>Dr. Thiago</u>
Cirurgia: <u>T. R. de Prótese de F. F. O. ...</u>	Anestesiista: <u>Dr. Diogo</u>

	Medicações e Materiais	Utilizado		Medicações e Materiais	Utilizado
<u>01</u>	ADRENALINA		<u>22</u>	NOVABUPI C/V	
<u>02</u>	AMICACINA		<u>23</u>	NOVABUP S/V	<u>01</u>
<u>03</u>	BOLSA DE KARAYA		<u>24</u>	PAPAVÉRINA	
<u>04</u>	LIGA CLIP		<u>25</u>	SORO FISIOLÓGICO (500ML)	
<u>05</u>	DRENO DE KHER Nº 08		<u>26</u>	SORO FISIOLÓGICO DE (1000ML)	
<u>06</u>	DRENO DE KHER Nº 10		<u>27</u>	SANDA NASO-ENTERAL	
<u>07</u>	DRENO DE KHER Nº 12		<u>28</u>	SURGICEL 5X7CM	
<u>08</u>	DRENO DE KHER Nº 14		<u>29</u>	SURGICEL FIBILAR	
<u>09</u>	DRENO DE KHER Nº 16		<u>30</u>	SURGICEL NUK-NIT	
<u>10</u>	DRENO DE KHER Nº 18		<u>31</u>	STERI-DRAPE	
<u>11</u>	HEPARINA		<u>32</u>	TELEBRIX	
<u>12</u>	GELFOAN - SPONGOSTAN		<u>33</u>	XYLOCAINA C/V 2%	
<u>13</u>	GENTAMICINA		<u>34</u>	XYLOCAINA S/V 2%	
<u>14</u>	KOLLAGENASE		<u>35</u>	XYLOCAINA GELEIA	
<u>15</u>	NEBACETIN		<u>36</u>	EPTEZAN	
<u>16</u>	XYLOCAINA SPRAY		<u>37</u>	FLUXOR 4 VIAS	
<u>17</u>	AZUL PATENTE		<u>38</u>	FLUXOR 2 VIAS	
<u>18</u>	AGUA DESTILADA (500ML) <u>10 = 3</u>		<u>39</u>	AZUL DE METILENO	
<u>19</u>	MANITOL (250ML)		<u>40</u>	PURIZOLE (1000 ML)	
<u>20</u>	CATETER MONOLUME		<u>41</u>	AGUA DESTILADA (1000ML)	
<u>21</u>	CATETER DUPLO LUME		<u>42</u>	MANITOL (500ML)	

Circulante: \_\_\_\_\_

Edras

Dr. Edras F. Furtado  
Oncologia Oncofórmula  
Cirurgia de Câncer  
CRM 2893 / 033004893

Coren: \_\_\_\_\_

10.5/14







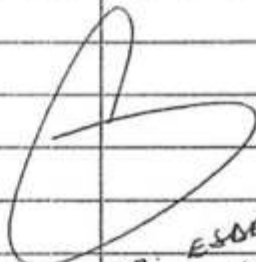




## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS

Hospital:	SAMARITANO	Médico:	DR. ESDRAS FURTADO
Paciente:	RAFAEL ANDERSON FERREIRA	RG:	VALERO
Data da Cirurgia:	10/09/2018	Convênio:	GEAP

CÓDIGO	SMITH C. NEPHEW	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	SMITH NEPHEW	LOTE	QUANT.
71638340	HASTE	TROCANTERICA RIGHT FEMURAL ANTEROGRADA 11.5x40		10LM04643	01
71642310	PARAFUSO	PROXIMAL 6.4 Ti n°110		11AM16581	01
71642200	PARAFUSO	PROXIMAL 5.0 Ti n°100		12DM12035	01
71642290	PARAFUSO	DISTAL 5.0 Ti n°90		12CM14796	01
71642285	PARAFUSO	DISTAL 5.0 Ti n°85		12DM10235	01
71634005	PARAFUSO	TAMPÃO 5mm		11FM18280	01
10000120	CABO	DE AÇO		047687	01
10000120	CABO	DE AÇO		048092	03
10000120	CABO	DE AÇO		048093	01



DR. ESPERANSA CRM - 48993

FURTA

16 JUL 2019

DR. ESOBAS  
CRM - 4893

16 APR 2019

Responsável Hospital: Dr. + Claudiana

Responsável Opera Materiais Cirúrgicos: FLAVIA LIMA





Hospital Samaritano

**IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA**

Paciente: Rodael Anderson F. Valero

Atendimento: Urgência

Convênio: gaur

Cirurgia: Tratamento L. de F. de F. E. D. T.

Cirurgião: Dr. Godreas

Sala: 08 Data: 10/09/18

Circulante de sala (não rubricar): Soverina 106614

 INTEGRAPH STEAM ISO/TYPE 5 Steri-Tec LOT 170401	 INTEGRAPH STEAM ISO/TYPE 5 Steri-Tec LOT 170401
 INTEGRAPH STEAM ISO/TYPE 5 Steri-Tec LOT 170401	 INTEGRAPH STEAM ISO/TYPE 5 Steri-Tec LOT 170401
 INTEGRAPH STEAM ISO/TYPE 5 Steri-Tec LOT 170401	 INTEGRAPH STEAM ISO/TYPE 5 Steri-Tec LOT 170401
 INTEGRAPH STEAM ISO/TYPE 5 Steri-Tec LOT 170401	 INTEGRAPH STEAM ISO/TYPE 5 Steri-Tec LOT 170401

11.08.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	02.12.18 02- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	13.09.18 09- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	07.12.18 02- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1419	07.08.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	06.12.18 11- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701
11.11.18 04- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	02.09.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	06.09.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	07.09.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	07.11.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	06.09.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701
09.12.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1153	06.12.18 09- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	13.09.18 10- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	13.09.18 09- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	06.12.18 09- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	09.12.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701
06.09.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	06.09.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	06.09.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	06.09.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	06.09.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701	09.09.18 01- Data de Processamento Data de Validade No. de Controle No. de Caixa VAPOR = MANEJO OU PRETO - TIPO 1 Processado em Autoclave Operador 1701



~~RESORAS PAT. RAFAEL ANDERSON VALERO~~  
~~CHIA INST. APOIO TRAUMAS OPERA 134~~  
~~RESORAS PAT. RAFAEL ANDERSON VALERO~~  
~~CHIA INST. APOIO TRAUMAS OPERA 134~~  
~~RESORAS PAT. RAFAEL ANDERSON VALERO~~  
~~CHIA INST. APOIO TRAUMAS OPERA 134~~  
~~RESORAS PAT. RAFAEL ANDERSON VALERO~~  
~~CHIA INST. APOIO TRAUMAS OPERA 134~~

 Hospital Samaritano		CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO - CME	
MATERIAL: <i>Bandeja Completa          Pequena Cirurgia</i>		Nº DE PEÇAS: <i>27</i>	
EMBALAGEM ( ) LONA (X) SMS		DATA ESTERILIZAÇÃO: <i>05, 09, 18</i> VALIDADE: <i>05, 12, 18</i>	
PROCEDÊNCIA: <i>Bloco Cirurgico</i>		RESPONSÁVEL: <i>K. Bratti</i>	



~~RESORAS PAT. RAFAEL ANDERSON VALERO~~  
~~CHIA INST. APOIO TRAUMAS OPERA 134~~  
~~RESORAS PAT. RAFAEL ANDERSON VALERO~~





# Hospital Samaritano

## Ficha de Evolução Clínica

Paciente:

Rafael Anderson Ferreira Sales

Leito:

63

Convênio:

Geap

Setor:

Inteli

DATA

05/09/18

# ortopedia

# Ex. ortopédica de fêmur

A dor no OA, dor no OA, com dor no OA

A dor no OA, dor no OA

BC: LOM

Dr. ~~Neus Mozart~~  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9456

07/09/18

# Ortopedia

# Ex. ortopédica de fêmur Direita

Portante ovelo LOM

Dor no OA, dor no OA

Relato constipação

BC: Doctores VO

... PM

Dr. Victor Linhares  
Médico  
CRM 8184-RN  
CRM 10394-PB

08/09/18

# Ortopedia

# Ex. ortopédica de fêmur

Portante ovelo LOM

Dor no OA, dor no OA

Relato

BC: Manobla - UPM

Dr. Victor Linhares  
Médico  
CRM 8184-RN  
CRM 10394-PB





Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: Rogério Anderson F. Viana  
Leito: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

DATA	Evolutão Médica
09/09	<p># Fratura Segmentar do Fêmur</p> <p>Paciente evolui bem, queixas ólicas leves, aceita dieta, requisito de Imobilização.</p> <p>Do Exame:</p> <p>ECG, supraventricular, afilado.</p> <p>- Risco, Classe I, HB, 9,6</p> <p>- Jejum a partir das 08:00 h</p> <p>- Suspensão Clotoma</p> <p>- Concentração de hemácias 2 Volts</p> <p>→ Hemograma de controle</p> <p>→ Cirurgia 10/09/17 08:00</p> <p>Dr. Victor CRM 1044</p>





Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: Rafael Anderson Ferreira Valero  
Leito: 63 Convênio: GEAP Setor: \_\_\_\_\_

DATA	Evolução Médica
09/08	Podente admitido dia 24/09/18 com Fratura segmentar de Fêmur direito.
	# Ex. de Fêmur
	# Feito Tgpt.
	Evolui com Melhora da Med. do constipação, evacua dia 07/09/18, com Músculos Abdo.
	4h: 9,2
	CD: Concentrado de Hemácias 600ml Água
	- 900ml quantidade para Reserva em chupão
	- VPM

Dr. Victor Linhares  
Médico  
CRM 8184-RN  
CON 10894-PB

08/09/18



## EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente: RARAE L ANDERSON IDADE: 26 ANOS  
Sexo: M Data: 10/09/ 2018 Convênio: GEAP

Paciente submetido à TRATAMENTO CIRURGICO DE  
FRATURA COMPLEXA DE FEMUR, COM  
TENOPLASTIUA E ENXERTO OSSERO.

Transoperatório sem intercorrências, pós operatório vide  
prescrição médica.

  
Dr. Edmar R. Portado  
Ortopedia Ortoplastica  
CRM 12523 / RJ 12523-1-2023

Conduta: VPM

10.09.2018



## EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente: RARAE L ANDERSON IDADE: 26 ANOS  
Sexo: M Data: 10/09/ 2018 Convênio: GEAP

Paciente submetido à TRATAMENTO CIRURGICO DE  
FRATURA COMPLEXA DE FEMUR, COM  
TENOPLASTIUA E ENXERTO OSSERO.

Transoperatório sem intercorrências, pós operatório vide  
prescrição médica.

Conduta: VPM

Dr. Edson F. Furtado  
Oncologia Oncopédia  
Clínica de Quimio  
CRM 44.43 / 933534-999

18/09/2018





Hospital Samaritano

Paciente: RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO

Data: 04/09/2108

Sexo: M Sala: Idade: 25 ANOS Convenio: GEAP

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORD	AGENTE TERAPÊUTICO/QUANT./VIA	HORÁRIO
1-	DIETA LIVRE	N. exente
2	SF 0,9% 2000 ML EV EM 24H	✓ 12 ✓ 18 ✓ 24 X 00
3	CAFALOTINA 1G + AD, EV, 6/6H (POR 24H)	21, 03, 09 (15)
3	DIPIRONA 01 AMPOLA EV DE 6/6 HORAS	21, 03, 09 (15)
4	OMEPRAZOL- 40 MG (iv) DE 24/24 HORAS	08 (05.09)
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9%, EV DE 8/8 HORAS	23 07 (15)
7	NAUSEDRON 01AMP + 100ML SF EV EM 8/8HS	23 04 (15)
8	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	21,
10	TILATIL 20MG - 01AMP + AD, EV, 12/12H	21 09
11	CUIDADOS GERAIS	Atenção
13	CURATIVO DIARIO	Atenção
14	AVALIAR PERFUSSÃO DISTAL	Atenção
15	FISIOTERPIA MOTORA	Fisio



Hospital Samaritano

Dr. Danilo Ferraz  
Otorrinolaringologista  
CRM-PR 1490

M<sup>te</sup> Francineide Soares  
Enfermeira  
COREN-PR 510.188





Hospital Samaritano

23947  
63

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 05/07/18

Paciente: DOFRA MORGAN FERNANDES VITORINO  
Clínica: OTOP. Apt: OTOP. Serviço: OTOP.

OED	AGENTE TERAPÊUTICO / QUANTIDADE / VIA	Observações
1	DIETIL LUTIN	Notificação centro
2	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
3	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
4	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
5	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
6	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
7	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
8	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
9	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
10	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
11	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
12	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
13	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
14	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
15	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
16	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
17	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
18	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
19	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
20	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
21	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
22	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
23	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
24	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
25	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
26	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
27	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
28	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
29	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
30	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
31	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
32	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
33	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
34	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
35	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
36	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
37	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
38	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
39	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
40	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
41	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
42	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
43	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
44	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
45	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
46	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
47	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
48	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
49	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
50	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
51	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
52	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
53	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
54	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
55	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
56	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
57	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
58	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
59	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
60	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
61	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
62	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
63	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
64	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
65	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
66	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
67	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
68	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
69	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
70	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
71	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
72	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
73	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
74	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
75	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
76	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
77	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
78	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
79	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
80	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
81	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
82	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
83	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
84	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
85	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
86	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
87	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
88	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
89	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
90	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
91	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
92	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
93	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
94	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
95	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
96	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
97	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
98	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
99	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003
100	DIETIL LUTIN 1500 - 01 FA + 10 (V) 14 ms	2003

Dr. Morga  
Ortopedia e Traumatologia  
Consultoria

Dr. Morga  
Ortopedia e Traumatologia  
Consultoria

SEPARADO POR:

MÉDICO:  
CRM:

20



Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 06/09/18

Paciente: Raphael Anderson Fernandes Valero

Clinica: Apel: 63 Ex: 010

OED	AGENTE TERAPÊUTICO - QUANTIDADE / VIA	Observações
1)	DITTO KUNE	
2)	SF 0,9% - 1500 ml EV 2x/dia	
3)	Cefotaxima 1g IV de 6/6 h	
4)	Tamoxifeno 100 mg SF 0,9% 100 ml EV 8/8 h	
5)	Amoxiclavina 400 mg EV 2x	
6)	Amoxiclavina 400 mg EV 8/8 h	
7)	Tratado 20mg + AD EV de 12/12 h	
8)	Clotrimazol 100 mg SL 2x/dia	
9)	Fluconazol 150 mg EV 1x/dia	
10)	Levotiroxina 50 mg EV 1x/dia	
11)	SSV + CCB	
12)	Ditro 20mg V 2	
13)	Urea 10mg	

Assinado  
Rafael Anderson Valero

Marta Aurilio Barros  
CRM 367198

07

MÉDICO:  
CRM:

SEPARADO POR:

M<sup>te</sup> Francineide Soares  
Enfermeira  
CONCRETO 01.0.108

10/09/18



San



Hospital Samaritano

21247

63

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDADI

Prescrição Médica

Data: 07.09.18

Paciente: Raphael Anderson Farias Vales  
Clínica: Apt: 63

OED	AGENTE TERAPÊUTICO, QUANTIDADE / VIA	
1	Dietas Oxotica VO	nutricionista
2	SF 2,5% - 1500ml 24h EV	13.25.09
3	Clexone 400mg - 1x/24h SC	21.14.23.09
4	Oncofarm 400mg	21.14.23.09
5	Nauredon 400mg	21.14.23.09
6	Dimeticona - 30 gotas	21.14.23.09
7	Telatil 20 + AD EV 10/10h	21.14.23.09
8	Diprima 100mg	21.14.23.09
9	Lactulose 100ml 12/12h VO	21.14.23.09
10	Finisterona 1mg	21.14.23.09
11	Cusativo 100mg	21.14.23.09
12	Tamoxifeno 100mg	21.14.23.09

MÉDICO:  
CRM:

Dr. Victor Linhares  
CRM 8184-RN  
CRM 10894-PB

Gabriella Azevedo da Silva  
Enfermeira  
CRM 10.05.489.238



Hospital Samaritano

21247

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 08/09/18

Paciente: Rogael Anderson F. Voleto

Clinica: API 63

OED	AGENTE TERAPÊUTICO	QUANTIDADE / VIA	Observações
1	Dieta laxativa	VO	11.00
2	SE 0,9% 1000ml	EV	12.00
3	Clexone 40mg	24/24h SC	12.00
4	Omeprazol 40mg	1x VO 24/24h	12.00 (09.09)
5	Nausexone 40mg/ml	1amp + AD até 8/8h EV 3IN	12.00
6	Tilatil 20mg + AD	EV 12/12h	12.00
7	Dipirona (1g/2ml)	1amp + 2ml AD até 6/6h EV	12.00
8	Fisioterapia Motora e Respiratória		12.00
9	Curativo Diaire		12.00
10	Taxonal 100mg	1amp + 1000ml SF 2,9% até 8/8h EV	12.00
11	Concentrado de Hemácias	600ml Água	12.00
12	Solicitação 3 Bóias de sangue para Reserva para cirurgia		12.00

MÉDICO:

CRM:

Dr. Victor Linhares  
Médico  
CRM 8184-RN  
CRM 10894-PB

SEMPRE POR:

Mª Francineide Soares  
Enfermeira  
COREN PB 510.138



Suspenda  
Claxon

DR VICTOR (84) 933365

LUA NA

(83) 93302 3815

Jejum  
- 5 p/in de 22:00 h Hospital Samaritano

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

21947

Data: 09/03/18

Paciente: Rafael Anderson F. Voleto

Clinica:

Apt:

Quip

OED	AGENTE TERAPEÚTICO, QUANTIDADE / VIA	
1	Dietas laxativa VO	Atenção cliente
2	SF 0,9 % 150ml 24h EV	1/2/3
3	Omeprazol 40mg - 1 cp. VO 24/24h	09/09/05/10/09
4	Nausedon 4mg/ml 1 amp + AD 8/8h EV S/N	5N
5	Dipiloma (500mg/ml) 1 amp + AD 6/6h EV	11/14 23/25
6	Temoxicom (20mg) 1 amp + AD 12/12h EV	21/09 13
7	Tamolol 100mg 1 amp + 10ml SF 2,9 % conex lento EV S/N	5N
8	Fisioterapia Motora e Respiratória	Fisio +
9	Trocar Curativo	Atenção
10	Concentrado de Hemácias 600 ml Agota	3 Cos. pol II 12/10
11	Hemograma, de controle 4 horas após segundo	
12	Dietas de controle de Hemácias Dietas Zero a partir das 22:00 (Jejum para urina)	Atenção
13	FISIOTERAPIA	

Dr. Pedro Henrique Freitas  
Médico  
CRM-PB 10575

MÉDICO: Dr. Victor Linhares  
Médico  
CRM 8184-RN  
CRM 10894-PB

SEDE DE FOR:

Gabriela de  
Enfermeira  
CRM 469.238



0021247  
Atto 63



Hospital Samaritano

HOSPITAL SAMARITANO – Serviço de Farmácia DATA: 10/09/2018  
Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Individualizada - SDMDI

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: RARAEI ANDERSON IDADE: 26 ANOS

Sexo: M

Data: 10/09/2018

Convênio: GEAP

ORD	AGENTE TERAPÊUTICO/QUANT./VIA	HORÁRIO
1-	DIETA GERAL APÓS PACIENTE BEM ACORDADO	w. evauki
	SORO FISIOLÓGICO 1000 ML EV	<del>12 30</del>
2-	SORO RINGER COM LACTATO - 1000ML (EV)	<del>12 40</del>
3-	CEFALOTINA 1G IV 6/6H	<del>12 23 05 11</del>
5-	PANTOPRAZOL 40 MG IV 1 X DIA	05 (11.09)
7-	PLAMET IV 12/12H	<del>12 05</del>
8-	NAUSEDON 8 MG + 50 ML FISIOLÓGICO 0,9% (IV) 8/8 HORAS	<del>15 23 07</del>
9-	TRAMAL 100 MG + 100 ML DE SORO FISIOLÓGICO DE 8/8 HORAS	<del>15 23 07</del>
10	DIPIRONA 2AMP+AD EV 6/6HS	<del>17 23 05 11</del>
11-	CUIDADOS GERAIS	Atencoes
11-	CURATIVO	
12-	<i>Tramadol 100 + amp + 100ml 500mg</i>	<i>12-12-17</i>
13-	FISIOTERAPIA MEMBRA	
14-		

Dr. Henrique Freitas  
Médico  
CRM-PB 10575

Dr. da Conceição R. Pina  
Médica  
CRM 2208-08  
033-4002282-08

Dr. Edson R. Parado  
Oncologia Oncológica  
Clínica de Quimio  
CRM 4893 / 073034893

Juliano de Almeida Silva  
Enfermeiro  
CRM 136 259



93247  
(63)

Roscoe Anderson



Hospital Sarratano

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SEDI

### Prescrição Médica

Date: 11 / 09 / 18

Patient: MEAN 1253

**Clinica:**

Sept 63

DATE: 10/10/1964

OEB	AGENTE TERAPEUTICO	QUANTIDADE / VIA	Observações
	DIETAS ADAPTADAS		
SA	100g	IV 2x	
SA	100g	IV 2x	
	CEFALOTRINA	1g IV b/b + AD	
	PAINEL	1g IV 1x/d	
	PAINEL + AD	1g IV 1x/d	
	NAUSEON	1g + SF 100g IV 8/10	
	FRAMPT	100g + SF IV b/b	
	DICLOFENACO	25mg IV b/b + AD	
	EMPERIO	1g + SF 100g IV 1x/d	
	CECLASIN		
	CURATIVE ALUSIVO	1g	
	ENERGIA DE PAINEL	1g	

Dr. Esmer Fenn  
Loan 4893

6 days

PA. 4-2-

51 Summary of trip.

On 11-20-2020 a mob, 11-20-2020

Dr. Ernest Eckman  
1000 4893

④ FISHERMAN MOTOR

Refinosa da Lagoa

**MÉDICO:**

FORM:

100-238







Prescrição Médica

Date: 13.09.18

Rafael Anderson F. Valera

App:

100-443887-100

Dr. Felipe Henriquez Jr.  
Medicine  
CAM-PB 10575

Dr. Sonny Lim, RMD, PhD  
Orlando, FL  
CRM 15598-1707 (5.17)

~~Perkins 12X12h (2200) (0500)~~

46. 1

DATE: 10/22/2010

**MEDICO:**

10334







PROTOCOLO DE RISCO PRÉ-OPERATÓRIO

NOME Rafael Anderson Ferreira Idade: 25A  
 Diagnóstico/ Cirurgia Proposta \_\_\_\_\_  
 Urgência ou emergência SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_  
 Tipo de anestesia \_\_\_\_\_  
 História Clínica/Comorbidades \_\_\_\_\_

Hipertensão Arterial:	SIM _____	NÃO <u>X</u>
Diabetes Mellitus:	SIM _____	NÃO <u>X</u>
Doença coronária:	SIM _____	NÃO <u>X</u>
DBPOC/Asma:	SIM _____	NÃO <u>X</u>
Insuficiência Cardíaca:	SIM _____	NÃO <u>X</u>
Insuficiência hepática:	SIM _____	NÃO <u>X</u>
Insuficiência renal:	SIM _____	NÃO <u>X</u>
Alergias:	SIM _____	NÃO <u>X</u>

Caso referir alergias detalhar: \_\_\_\_\_

Exame físico: Sinais vitais: PA 110 X 80 mmHg FC: 70 FR: 16 Temp \_\_\_\_\_

Ap. Resp.: mv. p/pleg

Ap. CV.: pm 15 bpm

Abdômen: \_\_\_\_\_

Neuro: \_\_\_\_\_

Medicamentos de uso continuado: Droga e dose

\_\_\_\_\_

Eletrcardiograma: Não

Conclusão/recomendações:

Não Class I - Baixo risco cir.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dr.: 8.9.17



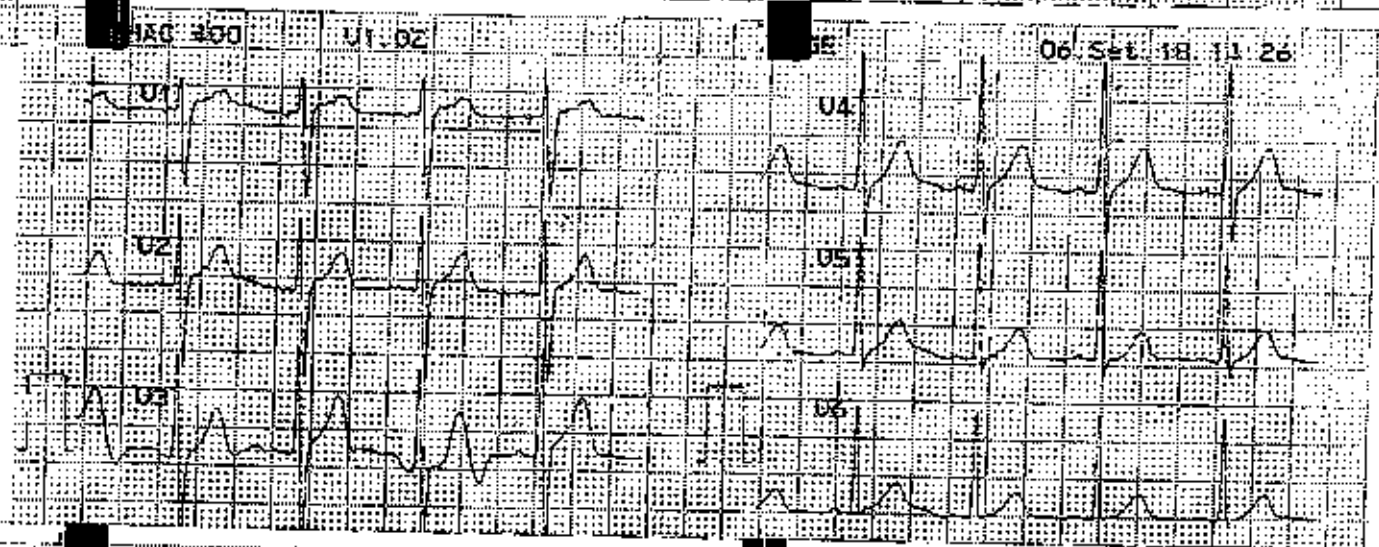
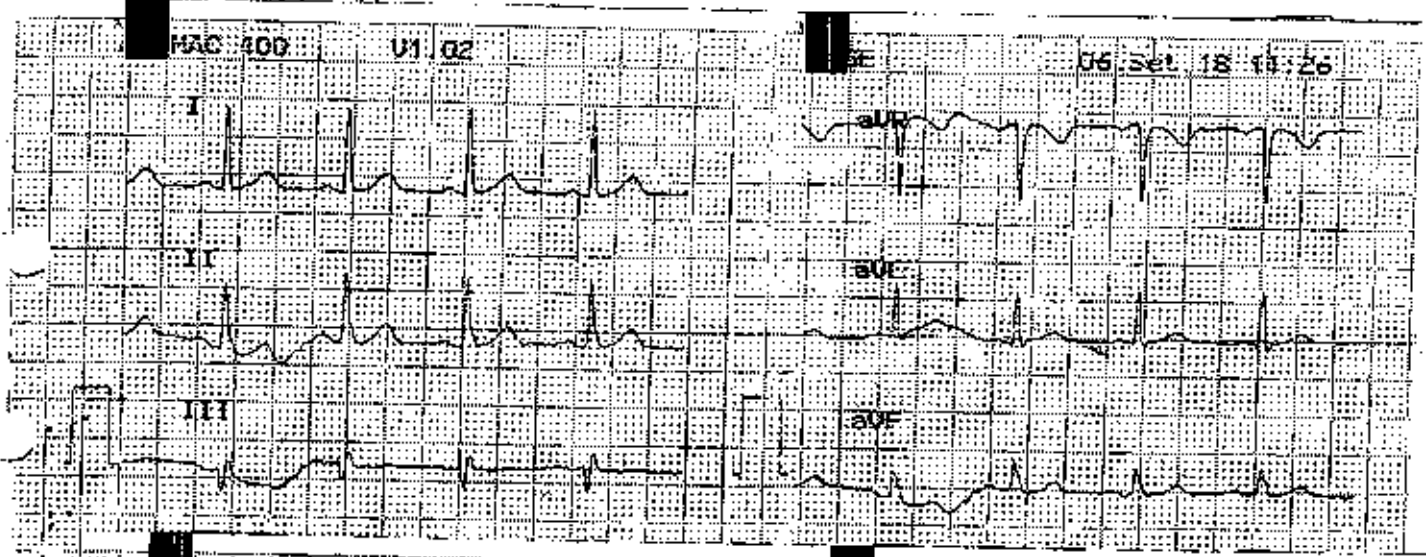


Hospital Samaritano

**DEPARTAMENTO DE ELETROCARDIOGRAFIA**

NOME DO PACIENTE: Rafael Anderson B. Valero

CONV: geap HORA: 14:26 SETOR: A1 And DATA: 06/09/18



06 Set. 18 14:26		06 Set. 18 14:26	
Nº de série: SGT125035628A		Interpretação:	
Sobrenomes:		Ritmo sinusal normal	
Nome:		ECG normal	
Data de nasci...:			
Sexo:			
Resultados de medidas:			
QRS	74 ms		
QT/QTc	350 / 432 ms		
PQ	174 ms		
R	106 ms		
RR/PP	652 / 650 ms		
P/QRS/T	33 / 24 / 29 Graus		
MAC 200 U1 02	12SL 0239	MAC 400 U1 02	12SL 0240





LABORATÓRIO  
**MAURÍLIO DE ALMEIDA**  
Precisão Absoluta



E-mail: farocha@uoi.com.br

Diretor médico: Dr. Fábio Antônio da Rocha CRM 3089-PB

Sr (a): RAFAEL ANDERSON FERERIRA VALERIO

Data: 06/09/2018

Dr (a): ESDRAS FERNANDES FURTADO

Convenio: GEAP INTERNO SA

Exame Nro: 1809060811

Data de Nascimento: 30/06/1993

Nro.R.G.: 3754410

Data da impressão: 06/09/2018

Reg Hospitalar: 63 CPF:

Procedência: SAM-MAIANA

Hora do Cadastro : 15:25:46

PLANO: BASICO GEAP INTER (16 DIGITOS)

**HEMOGRAMA COMPLETO**

Material: Sangue

**SÉRIE ERITROCITÁRIA****Valores Obtidos****Valores de Referência**

mácias em Milhões/mm <sup>3</sup> .....	3,32
Hemoglobina em g/dl.....	9,2
Hematócrito em % .....	27,4
Vol.Glo.Médio em fl.....	82,5
Hem.Glob.Média .....	27,7
C.H.Glob.Média em g/dl.....	33,6
RDW .....	18,2

4,37	a	5,77
13,4	a	16,8
39,0	a	52,0
80	a	100
27	a	33
32	a	36
11,5	a	15,5

**SÉRIE LEUCOCITÁRIA****Valores Obtidos****Valores de Referência**Leucócitos por mm<sup>3</sup>6.700 /mm<sup>3</sup>5.000 a 10.000 /mm<sup>3</sup>

	V. Relativos	V. Absoluto	V.Relativos	V.Absolutos
Neutrófilos Totais .....	62	4.154	41 a 77	1.600 a 7.700
mielócitos .....	0	0	00 a 00	00 a 00
metamielócitos .....	0	0	00 a 01	00 a 100
bastonetes .....	1	67	00 a 05	00 a 500
segmentados .....	61	4.087	36 a 66	1.600 a 6.600
Eosinófilos .....	5	335	01 a 05	50 a 500
linfócitos Típicos .....	24	1.608	24 a 44	1.100 a 4.400
Linfócitos Atípicos .....	0	0	00 a 02	00 a 200
Monócitos .....	9	603	03 a 07	300 a 700

\* Determinação eletrônica realizada pelo Pentra - 120 /ABX. Histograma disponível em nossos serviços.  
\* Valores referenciais são obtidos pela idade.

CONTAGEM DE PLAQUETAS ..... : 130 mil /mm<sup>3</sup>  
(Sangue)Método: Pentra 120 ABX V.Referencia: 150 - 450 mil/mm<sup>3</sup>

VOLUME PLAQUETÁRIO MÉDIO ..... : 11,1 µm<sup>3</sup>  
(Sangue)Método: Pentra 120 ABX V.Referencia: 6,0 a 10,0 µm<sup>3</sup>



*Fábio Rocha*  
**Dr.Fábio Rocha**  
Patologista Clínico  
CRM:3089





LABORATÓRIO  
**MAURÍLIO DE ALMEIDA**  
Precisão Absoluta



E-mail: farocha@uol.com.br

Diretor médico: Dr. Fábio Antônio da Rocha CRM 3089-P

Sr (a):	RAFAEL ANDERSON FERERIRA VALERIO	Data: 06/09/2018
Dr (a):	ESDRAS FERNANDES FURTADO	Convenio: GEAP INTERNO SA
Exame Nro:	1809060811	Data de Nascimento: 30/06/1993
Nro.R.G.:	3754410	Data da impressão: 06/09/2018
Reg Hospitalar: 63	CPF:	Procedência: SAM-MAIANA
Hora do Cadastro : 15:25:46		PLANO: BASICO GEAP INTER (16 DIGITOS)

### COAGULOGRAMA COMPLETO

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: NORMORRETRÁTIL  
V.Referencia: NORMORRETRATIL

#### TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (Plasma) Método: Automação

TEMPO.....:	10,4 s	
ATIVIDADE.....:	100 %	
CONTROLE DE TROMBOPLASTINA.....:	10,4 s	
RELACAO P/N.....:	1,0	V.r: até 1,2

#### TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL - PTT (Plasma) Método: Automação

PACIENTE.....:	26 s	
NORMAL.....:	28 s	
RELACAO P/N.....:	0,9	V.r: até 1,2



*Fábio Antônio da Rocha*  
**Dr.Fábio Rocha**  
**Patologista Clínico**  
**CRM:3089**





LABORATÓRIO  
**MAURÍLIO DE ALMEIDA**  
Precisão Absoluta



E-mail: farocha@uol.com.br

Diretor médico: Dr. Fábio Antônio de Rocha CRM 3089

Sr (a): RAFAEL ANDERSON FERERIRA VALERIO Data: 06/09/2018  
Dr (a): ESDRAS FERNANDES FURTADO Convenio: GEAP INTERNO SA  
Exame Nro: 1809060811 Data de Nascimento: 30/06/1993  
Nro.R.G.: 3754410 Data da impressão: 06/09/2018  
Reg Hospitalar: 63 CPF: Procedência: SAM-MAIANA  
Hora do Cadastro : 15:25:46 PLANO: BASICO GEAP INTER (16 DIGITOS)

GLICOSE.....: 106 mg/dL  
(Soro) Método: Mindray(BS 800)- Beckman Coulter (Synchron LX 20 Pro)  
V.Referenciais:  
Normais: 70 a 99 mg/dL  
Pré-diabetes: 100 a 125 mg/dL  
Diabéticos Mellitus: maior ou igual a 126 mg/dL  
DM gestacional: maior ou igual a 126 mg/dL

OBS: Valores estabelecidos em 2012 pela Associação Americana de Diabetes.

UREIA .....: 19 mg/dl  
(Soro) Método: Synchron CX5 Beckman V.Referenciais: 10 a 50 mg/dl

CREATININA .....: 1,1 mg/dL  
(Soro) Método: Mindray(BS 800)- Beckman Coulter (Synchron LX 20 Pro)  
V.Referenciais:  
Homens: 0,8 a 1,3 mg/dL  
Mulheres: 0,6 a 1,1 mg/dL

*Fábio Antônio de Rocha*

**Dr.Fábio Rocha**  
Patologista Clínico  
CRM:3089





LABORATÓRIO  
**MAURÍLIO DE ALMEIDA**  
Precisão Absoluta



E-mail: farocha@uol.com.br

Director médico: Dr. Fábio Antônio de Rocha CRM 3089-PB

Sr (a): RAFAEL ANDERSON FERERIRA VALERIO

Data: 06/09/2018

Dr (a): ESDRAS FERNANDES FURTADO

Convenio: GEAP INTERNO SA

Exame Nro: 1809060811

Data de Nascimento: 30/06/1993

Nro.R.G.: 3754410

Data da impressão: 06/09/2018

Reg Hospitalar: 63 CPF:

Procedência: SAM-MAIANA

Hora do Cadastro : 15:25:46

PLANO: BASICO GEAP INTER (16 DIGITOS)

INR.....: 1,1  
NÍVEIS TERAPÊUTICOS RECOMENDADOS PARA O INR:  
ESTADO CLÍNICO

...ofilaxia da tromboembolia venosa  
Tratamento da trombose venosa profunda(fase crônica),da  
embolia sistêmica.

Profilaxia em cirurgia de alto risco.

Profilaxia de embolia venosa sistêmica em pacientes com  
fibrilação atrial e infarto do miocárdio.

Tratamento de TVP(fase aguda)e embolia pulmonar ou  
sistêmica(fase aguda).

Prótese de válvula cardíaca, embolia sistêmica recorrente  
e embolia arterial

INR:

2.0 - 2.5

2.0 - 3.0

2.0 - 3.0

2.0 - 3.0

2.0 - 4.0

3.0 - 4.0



*Fábio Antônio de Rocha*

**Dr.Fábio Rocha**  
**Patologista Clínico**  
**CRM:3089**





LABORATÓRIO  
**MAURÍLIO DE ALMEIDA**  
Precisão Absoluta

E-mail: farochea@uoi.com.br

Diretor médico: Dr. Fábio Antônio da Rocha CRM 3089-PB

Sr(a): RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO

Data: 09/09/2018

Dr(a):

Convenio: GEAP INTERNO SA

Exame Nro: 1809090169

Data de Nascimento: 30/06/1993

Nro.R.G.: 3754410

Data da impressão: 09/09/2018

Reg Hospitalar: 63 CPF:

Procedência: SAMARITANO

Hora do Cadastro : 18:38:56

PLANO: BASICO GEAP INTER (16 DIGITOS)

**MOGRAMA COMPLETO**

Material: Sangue

**SÉRIE ERITROCITÁRIA****Valores Obtidos****Valores de Referência**

Hemácias em Milhões/mm <sup>3</sup> .....	4,07
Hemoglobina em g/dl.....	11,5
Hematócrito em % .....	34,3
Vol.Glo.Médio em fl.....	84,3
Hem.Glob.Média .....	28,3
C.H.Glob.Média em g/dl.....	33,5
RDW .....	18,7

4,37	a	5,77
13,4	a	16,8
39,0	a	52,0
80	a	100
27	a	33
32	a	36
11,5	a	15,5

**SÉRIE LEUCOCITÁRIA****Valores Obtidos****Valores de Referência**Leucócitos por mm<sup>3</sup>11.300 /mm<sup>3</sup>5.000 a 10.000 /mm<sup>3</sup>

	V. Relativos	V. Absoluto	V.Relativos	V.Absolutos
Neutrófilos Totais .....	76	8.588	41 a 77	1.600 a 7.700
mielócitos .....	0	0	00 a 00	00 a 00
amielócitos .....	0	0	00 a 01	00 a 100
stonetes .....	1	113	00 a 05	00 a 500
segmentados .....	75	8.475	36 a 66	1.600 a 6.600
Eosinófilos .....	3	339	01 a 05	50 a 500
Linfócitos Típicos.....	13	1.469	24 a 44	1.100 a 4.400
Linfócitos Atípicos .....	0	0	00 a 02	00 a 200
Monócitos .....	8	904	03 a 07	300 a 700

\* Determinação eletrônica realizada pelo Pentra - 120 /ABX. Histograma disponível em nossos serviços.

\* Valores referenciais são obtidos pela idade.

CONTAGEM DE PLAQUETAS ..... : 203 mil /mm<sup>3</sup>

(Sangue)Método: Pentra 120 ABX

V.Referencia: 150 - 450 mil/mm<sup>3</sup>VOLUME PLAQUETÁRIO MÉDIO ..... : 10,8 µm<sup>3</sup>

(Sangue)Método: Pentra 120 ABX

V.Referencia: 6,0 a 10,0 µm<sup>3</sup>

**Dr.Fábio Rocha**  
Patologista Clínico  
CRM:3089





LABORATÓRIO  
**MAURÍLIO DE ALMEIDA**  
Precisão Absoluta



E-mail: farocha@uol.com.br

Diretor médico: Dr. Fábio Antônio da Rocha CRM 3089 F

Sr (a): RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO

Data: 08/09/2018

Dr (a): SEM SOLICITANTE

Convenio: GEAP INTERNO SA

Exame Nro: 1809080389

Data de Nascimento: 30/06/1993

Nro.R.G.: 3754410

Data da impressão: 08/09/2018

Reg. Hospitalar: 63 CPF:

Procedência: SAMARITANO

Hora do Cadastro: 19:15:51

PLANO: BASICO GEAP INTER (16 DIGITOS)

**HEMOGRAMA COMPLETO**

Material: Sangue

**SÉRIE ERITROCITÁRIA****Valores Obtidos****Valores de Referência**

Hemácias em Milhões/mm <sup>3</sup> .....	3,51
Hemoglobina em g/dl.....	9,6
Hematócrito em % .....	29,8
Vol.ão.Médio em fl.....	84,9
Hem.Glob.Média .....	27,4
C.Hb. Média em g/dl.....	32,2
R.D.....	20,2

4,37	a	5,77
13,4	a	16,8
39,0	a	52,0
80	a	100
27	a	33
32	a	36
11,5	a	15,5

**SÉRIE LEUCOCITÁRIA****Valores Obtidos****Valores de Referência**Leucócitos por mm<sup>3</sup>8.900 /mm<sup>3</sup>5.000 a 10.000 /mm<sup>3</sup>

	V. Relativos	V. Absoluto	V. Relativos	V. Absolutos
Neutrófilos Totais.....	69	6.141	41 a 77	1.600 a 7.700
Linfócitos.....	0	0	00 a 00	00 a 00
Monócitos.....	0	0	00 a 01	00 a 100
Eosinófilos.....	1	89	00 a 05	00 a 500
Basófilos.....	68	6.052	36 a 66	1.600 a 6.600
Plaquetas.....	4	356	01 a 05	50 a 500
Linfócitos Típicos.....	21	1.869	24 a 44	1.100 a 4.400
Linfócitos Atípicos.....	0	0	00 a 02	00 a 200
Monócitos.....	6	534	03 a 07	300 a 700

Realização eletrônica realizada pelo Pentra - 120/ABX. Histograma disponível em nossos serviços.  
Referenciais são obtidos pela idade.

Cálculo DE PLAQUETAS .....: 178 mil/mm<sup>3</sup>(S) Referência Pentra 120 ABX V.Referencia: 150 - 450 mil/mm<sup>3</sup>Velocidade DE PLAQUETÁRIO MÉDIO .....: 10,8 µm<sup>3</sup>(S) Referência Pentra 120 ABX V.Referencia: 6,0 a 10,0 µm<sup>3</sup>

*Fábio Rocha*

**Dr.Fábio Rocha**  
Patologista Clínico  
CRM:3089





LABORATÓRIO  
**MAURÍLIO DE ALMEIDA**  
Precisão Absoluta



E-mail: farocha@uol.com.br

Diretor médico: Dr. Fábio Antônio da Rocha CRM 3089

Sr (a): RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO

Data: 14/09/2018

Dr (a): PEDRO HENRIQUE FREITAS

Convenio: GEAP INTERNO SA

Exame Nro: 1809140604

Data de Nascimento: 30/06/1993

Nro.R.G.: 3754410

Data da impressão: 14/09/2018

Reg Hospitalar: 63 CPF:

Procedência: SAM-EDNA

Hora do Cadastro : 10:24:40

PLANO: BASICO GEAP INTER (16 DIGITOS)

**HEMOGRAMA COMPLETO**

Material: Sangue

**SÉRIE ERITROCITÁRIA****Valores Obtidos**

Hemácias em Milhões/mm <sup>3</sup> .....	3,41
Hemoglobina em g/dl .....	9,5
Hematócrito em % .....	29,4
Vol.Glo.Médio em fl .....	86,2
Hem.Glob.Média .....	27,9
C.H.Glob.Média em g/dl .....	32,3
RDW .....	21,5

**Valores de Referência**

4,37	a	5,77
13,4	a	16,8
39,0	a	52,0
80	a	100
27	a	33
32	a	36
11,5	a	15,5

**SÉRIE LEUCOCITÁRIA****Valores Obtidos**Leucócitos por mm<sup>3</sup>10.900 /mm<sup>3</sup>**Valores de Referência**5.000 a 10.000 /mm<sup>3</sup>

	V. Relativos	V. Absoluto	V. Relativos	V. Absolutos
Neutrófilos Totais .....	76	8.284	41 a 77	1.600 a 7.700
Linócitos .....	0	0	00 a 00	00 a 00
metamielócitos .....	0	0	00 a 01	00 a 100
bastonetes .....	2	218	00 a 05	00 a 500
segmentados .....	74	8.066	36 a 66	1.600 a 6.600
Eosinófilos .....	4	436	01 a 05	50 a 500
Linfócitos Típicos .....	14	1.526	24 a 44	1.100 a 4.400
Linfócitos Atípicos .....	0	0	00 a 02	00 a 200
Monócitos .....	6	654	03 a 07	300 a 700

\* Determinação eletrônica realizada pelo Pentra - 120 /ABX. Histograma disponível em nossos serviços.

\* Valores referenciais são obtidos pela idade.

CONTAGEM DE PLAQUETAS .....: 310 mil /mm<sup>3</sup>

(Sangue)Método: Pentra 120 ABX

V.Referencia: 150 - 450 mil/mm<sup>3</sup>VOLUME PLAQUETÁRIO MÉDIO .....: 10,1 µm<sup>3</sup>

(Sangue)Método: Pentra 120 ABX

V.Referencia: 6,0 a 10,0 µm<sup>3</sup>

**Dr.Fábio Rocha**  
Patologista Clínico  
CRM:3089



ID do Paciente: 20180943

Nome: RAFAEL ANDERSON VALERO

Data do exame: 04/09/2018 15:55

#### RADIOGRAFIA DA BACIA

Textura óssea preservada.

Fratura na diáfise femoral direita.



Dr. Luis Felipe de A. Paiva  
CRM PB - 6558



ID do Paciente: 20180943

Nome: RAFAEL ANDERSON VALERO

Data do exame: 04/09/2018 15:55

### RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA

Textura óssea preservada.

Fratura na diáfise femoral direita.



Dr. Luis Felipe de A. Paiva  
CRM PS - 6558





ID do Paciente: 20180943

Nome: RAFAEL ANDERSON VALERO

Data do exame: 04/09/2018 15:55

**RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**

Textura óssea preservada.

Fratura na diáfise femoral direita.



Dr. Luis Felipe de A. Paiva  
CRM PB - 6558





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

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

9-236




*Rafael Anderson Ferreira Valero*  
ASSINATURA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.754.410

DATA DE EMISSÃO 15/05/2009

NOME RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO

FILIAÇÃO ANTONIO FERREIRA DA SILVA NETO

MARIA DE FÁTIMA VALERO

NATURALIDADE

JOAO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 30/06/1993

DOC. CIVIL NASC.N. 60215 FLS. 22 IV LIV. A58

CARTÓRIO JOAO PESSOA PB

CNPJ

João Pessoa - PB

*Rafael Anderson Ferreira Valero*  
Unidade Fiscalizadora, Controle e  
Distrito - DI















## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERODATA DO ACIDENTE 04/09/18 CPF DA VÍTIMA 100.923.794-27

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_ENDEREÇO DO PORTADOR RUA LUIZ EDIL QUEIROZ MARINHONº 305 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO AEROCLUBECIDADE João Pessoa UF PB CEP 58036-435E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (83)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
  - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA JOÃO PESSOA, 12/04/2019IDENTIDADE 5.754.410ASSINATURA Rafael Anderson Ferreira Valero

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190279106 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 13/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** .

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR DE Nº 2012258019 NO VALOR DE R\$ 7.900,00 REFERENTE A SEQUELA EM GRAU INTENSO (75%) DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190279106 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO **Data do acidente:** 04/09/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 10/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** .

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR DE Nº 2012258019 NO VALOR DE R\$ 7.900,00 REFERENTE A SEQUELA EM GRAU INTENSO (75%) DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129819/19

**Vítima:** RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO

**CPF:** 100.923.794-27

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/09/2018

**Titular do CPF:** RAFAEL ANDERSON  
FERREIRA VALERO

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO : 100.923.794-27**

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: 16/04/2019  
Nome: RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO  
CPF: 100.923.794-27

\_\_\_\_\_  
RAFAEL ANDERSON FERREIRA VALERO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA