

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2017

Carta nº: 11647342

A/C: MARCELO BATISTA DE ATAIDE

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170490356 ASL-0345356/17
Vitima: MARCELO BATISTA DE ATAIDE
Data Acidente: 21/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2017

Carta nº: 11670288

A/C: MARCELO BATISTA DE ATAIDE

Sinistro: 3170490356 ASL-0345356/17
Vítima: MARCELO BATISTA DE ATAIDE
Data Acidente: 21/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2017

Carta nº: 11757361

A/C: MARCELO BATISTA DE ATAIDE

Sinistro: 3170490356 ASL-0345356/17
Vítima: MARCELO BATISTA DE ATAIDE
Data Acidente: 21/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARCELO BATISTA DE ATAIDE**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **001**

Agência: **000001268-8**

Conta: **0000043125-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Marcelo Batista de Almeida
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1489.323 EXPEDIDO POR SSP/PA EM 24.09.2017 E
 CPF 760652514-53 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO FOCUDO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcelo Batista de Almeida, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta-salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 823 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada e/ou colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1268-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 43125-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

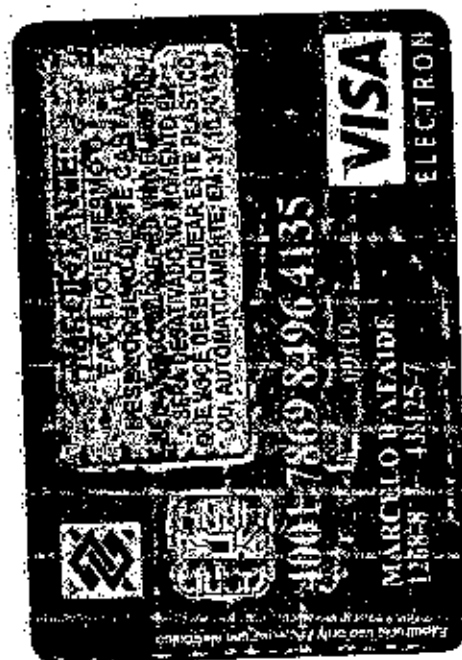
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 01 de Setembro de 2017
 LOCAL E DATA

Marcelo Batista de Almeida
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0222204.



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Eu, Marcelo Batista de Almeida, portador da carteira de identidade nº 1.489.327 e inscrito no CPF/MF sob o nº 760.652.514-53 residente e domiciliado na TV Constantina Correia n.º 64 Cidade St. Rita Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

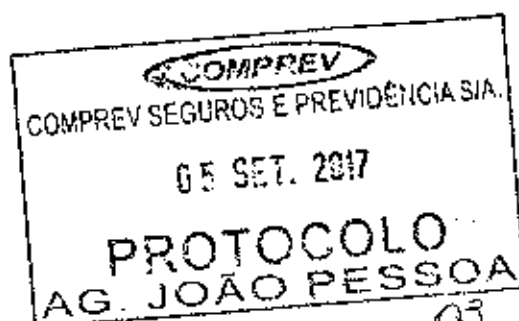
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

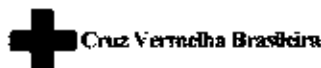
Marcelo Batista de Almeida

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 01. Setembro 2017

Local e data





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1002042

Comprovação de ato declaratório



Identificação do paciente			
ID 1173068	Nome MARCELO BATISTA DE ATAIDE	Sexo Masculino	
Data de nascimento 02/02/1971	Idade 46 anos 3 meses 19 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA ALEXANDRINA DE ATAIDE	Pai ORCINO BATISTA DE ATAIDE		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) KLEBER ALVELINO - GENRO		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986742593	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1489327	Nº Cne 123900073000008	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB
E-mail	Naturalidade BAYEUX	CBO/R	
Endereço			
CEP 58301575	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro VENÂNCIO CORREIA
Número SN	Complemento	Bairro POPULAR	
Admissão			
Data e Hora 21/05/2017 20:22:08	Número da pulseira 100006198090	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 QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Melo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
21. 5. 17 NCR (23:27) Ct com / vitais MTC - ①			
Diagnóstico			
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA			

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
05 SET. 2017 DATA
PROTÓCOLO
AGENDAMENTO PESSOA
TOMOGRAFIA
RUA
117
HORA
METEC. RAD.
46seg

Dr. José Carlos N. Carneiro
Neurocirurgião
CRM - 6528

Cirurgia 15
NECA na em coluna

Ci: / Alta mínima
Ass. cirurgião

21 RMC

02

21/05/2017 20:19

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: 28/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO BATISTA DE ATAIDE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01268-8

CONTA: 000000043125-7

Nr. da Autenticação 9F7138645BFCCCB



Nome: <u>Marcelo Botelho de Azevedo</u>				Registro:	
Idade: <u>46</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica: <u>Batf</u>	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>21/05/2017</u>				Data da alta: <u>24/05/2017</u>	
Diagnóstico inicial: <u>Fratura de maxila</u>					
Diagnóstico final: <u>Fratura da maxila</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>Clinico + Radiográfico</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Redução cirúrgica de fratura de maxila - 22/05/2017 - Ana Karina Torres / Rui Medeiros</u>					
Terapias farmacológicas:					
Alergia conhecida:					
Infecção: sim() não(☒) Coleta de material para: sim() não(☒)					
Resultado bacteriológico:					
Condições de alta: Melhorado(☒) Removido() A pedido() Curado() Óbito()					
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente submetido à redução cirúrgica de fratura de maxila, sem intervenções ou complicações. Apresentando-se bem, orientado, sem sinais de infecção, após alta hospitalar.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>Líquido / Pastoso</u>					
Retorno em casa por: <u>07</u> dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico com: <u>14</u> dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>21</u> dias e com maior em: <u>28</u> dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavar com água e sabão duas vezes por dia, sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.					
Medicações para casa: <u>Antibiótico, analgésico e anti-inflamatório</u>					
Retorno: <u>07/06/2017</u>					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa, <u>24 de 05 de 2017</u>					
Ass. Médico CRM _____					

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar para **DVL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.**

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

04



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARCELO BATISTA DE ATAÍDE
DADOS DE NASCIMENTO 02/02/71
NOME DA MÃE MARIA ALEXANDRINA DE ATAÍDE

DADOS EXTRAÍDOS

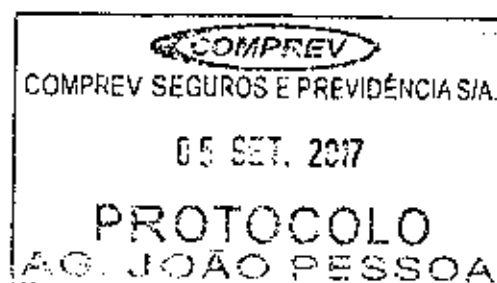
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.002.042
Nº PRONTUÁRIO 102.153
DATA DO ATENDIMENTO 21/05/17
HORA DO ATENDIMENTO 20:22
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO D / MAXILAR D
CID 10 S 02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma de face com escoriações + dor, edema, equimose e hematoma periorbitário D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da face
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP



TRATAMENTO:

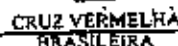
Fratura do osso zigomático / maxilar D à TC da face. Sem alteração so RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pela Dra. Ana Karina tormes e Dr. Rui Medeiros.

ALTA HOSPITALAR: 24/05/17
DATA DA EMISSÃO: 18/08/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORBITAL
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM/2516/PB

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



100-042

NOME DO PACIENTE

Marcelo Batista de Ataíde

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
21/05/17	BME	Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando trauma em face. Avaliado e liberado pela NCR e Gral. No exame físico, edema e equimose periorbitária, mobilidade de bloco dentes alveolar, envolvendo dentes 12 e 14, edentúlo parcial no perior, e dentes remanescentes com pseudo denture ou diga, porém apresentando mobilidade aumentada. A TC de face observam-se fraturas sugestivas de fratura de maxila estendendo-se a pilax (abertura) fratura em arco zigomático (1) e fratura frente zigomática (1) ambos com deslocamento/desalinhamento significativo. CO: Devido a impossibilidade de realização de odontointerex ou estabilização com fio de Kirschner + Acrylic, realiza redução e fixação de segmento.
22/05/17	OTBME	Realizada redução de fratura de maxila + exodontia de 12 e 14, paciente encaminhado a UPPA. CO: Prescrição + solicitação de Rx pós - Reavaliação amanhã pela manhã.

Ana Karina Toranzo
CRO: 5724
Cirugia Bucodental

Angela Maria Gomes
CRO: 572412
Sacomaxilac@cin

20:253 # Cirurgia Geral

Paciente vítima de queda de moto, refere vômito
e perda de consciência ou outras queixas.

Exame: A. Falando ao celular

B. Eupnéico

C. RCR em 2T. C/ BCNF. FC: 90bpm PA: 14x70

D. ECG: 15

E. Escoriações em face: Hematoma parietal D

D: Anal. BMF/Neuro/Exames.

Thiago Costa
Cirurgia Geral/Urologia
CRM-65560

A. C.R. GOM.

Seja bem vindo ao pronto-socorro.

Mega bol. torácica e abdominal.

ca: Alta do ar. Genf

Dr. Igor Nunes de Souza
Cirurgia Geral
CRM-5858 PB

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
23/05/17	16:45	CT. BMF. Paciente vítima de acidente motor- ciclístico em 2º (DPO) de Redução de de Redução e fraturas de Maxila e exodontia dos elementos dentá- rios 12 e 14. Segue em BEG, sem queixas clínicas, sem sinais de infecção. Funções vitais preser- vadas. C.D. 1) Presença do M.Falar 2) Acompanhamento pelo BMF.
23/05/17	17:15	ET. BMF. Paciente vítima de acidente motor- ciclístico em 2º (DPO) de Redução de Maxila + exodontia dos elementos dentários 12 e 14. Segue em BEG, consciente e orientado, sem queixas clínicas, sem sinais de infecção. C.D. 1) Presença do M.Falar 2) Acompanhamento pelo BMF 3) NAS Fr. 12 e 14 por proteção no maxilar
24/05/17	09:20	#BMF# Paciente em 3º DPO de redução de fratura de maxila. No momento é consciente, orientado, afável, normo-coado, hidratado bem edificado, dispense esportar, em BEG. As apar. físico. Sutura em posição, sem sinais de infecção ou sangramento residual. C.D. 1) Orientação; 2) Modificação pl. com; 3) Alta Hospitalar; 4) Retorno pl. dia 07/06/2017.

Nome: Marcelo Batista de Ataíde BE/Prontuário: 100 2042
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 20/05/17
Clínica/Setor: BMF EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução de fratura de maxila
Cirurgião: Ana Karina Tormes 1º Assistente: Rui Medeiros
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de maxila</u>	<u>602.4</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução de fratura de maxila</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (x) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: Ana Karina Tormes
CRP 15724
Clínica de Otorrinolaringologia

João Pessoa, 22/05/17

Nota de Sala Cirúrgica

8 04

NOME DO PACIENTE: Marcelo Batista de Almeida

IDADE: 46 SEXO: M PRONTUÁRIO: 100000000 ENFERMARIA: LEDO

CIRURGIÃO: Dr. Luiz Pires CII: 01.01 Z.AUD: 03:05

ANESTESIA: Local

ANESTESISTA: Dr. Luiz Pires

INSTRUMENTADOR: Dr. Luiz Pires

DATA: 22/05/17 TEMPO CIRÚRGICO: 01:00 ANESTESIA: 01:00 CIRURGIÃO: DR. DIAS FENI 03:05

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

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

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMP () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	500.97.500ml	JELCO Nº18		PIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		PIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	500.500ml	JELCO Nº22		PIO DE AÇO Nº	2-0
CETAMINA		JELCO Nº24		PIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SET DREN. TORÁCICA Nº		PIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		PIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		PIO POLILACTINA Nº	4-0
FENTANIL	PVPÍ DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº21		PIO POLILACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVPÍ TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		PIO POLILACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPÍ TÓPICO	LÂMINA DE DERMATÓMO		PIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		PIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	45	PIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/VASO	AGULHA 13X4.5	LUVA ESTÉRIL Nº7.0		PIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7.5		PIO POLILECAFRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8.0		PIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X13	LUVA ESTÉRIL Nº8.5		FITA CARDÍACA	
NARCOTIZANTE	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	10	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIF TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		PIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML		PIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		PIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		PIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. FAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOTINA	15	CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFDIRINA		COLET. URDIA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
FIROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALAR	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSP. SANGUE		ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPÍ		CAPNOGRAP	
TEIOXICAN		ESPARADRAPO		CARDIOMONITOR	
Tramadol		GAZES		() DESFIBRILADOR	
CE-TMC 1.5.2-0		GAZES ALGODADAS		() FOCO AUXILIAR	
Olheito coisa		GEL ELETROLÍTICO		() FOCO CENTRAL	
mas não usado		JELCO Nº14		() MICROSCOPIO	
molde com		JELCO Nº16		MOXÍMETRO DE PULSO	
notação insu-				P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
cente.				PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

11

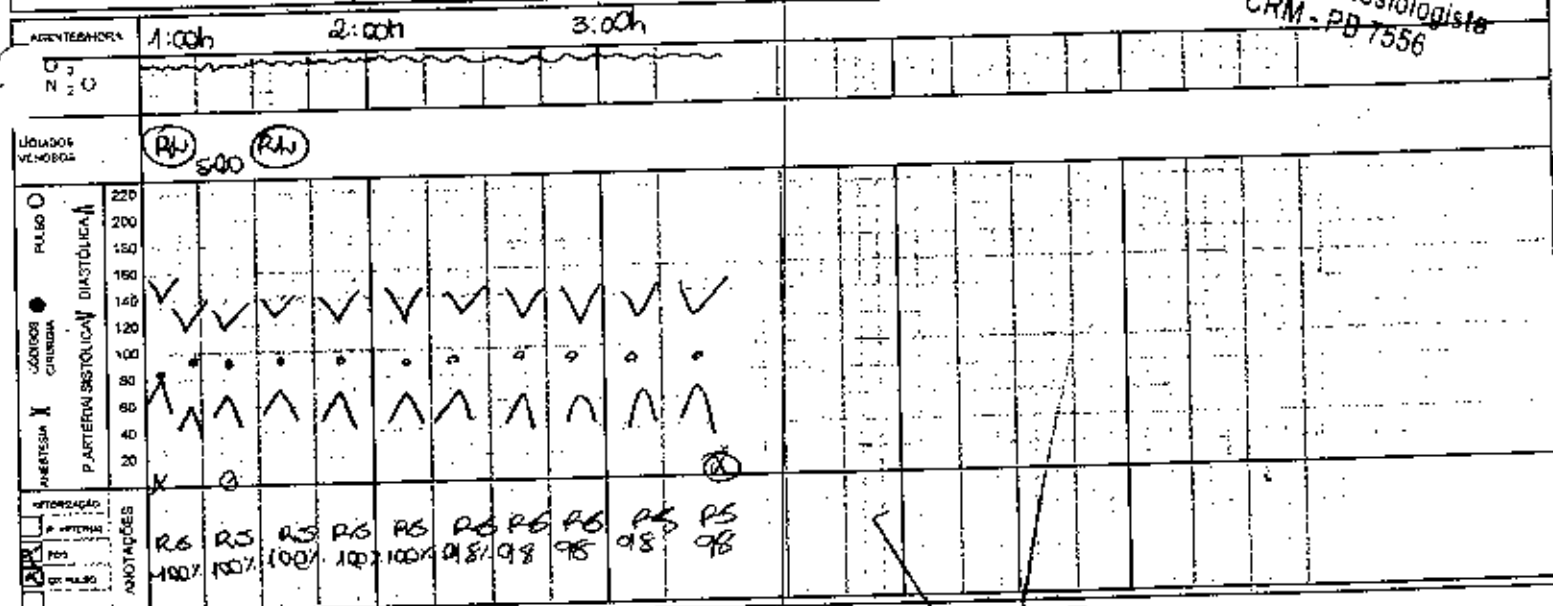
163-493

PRONASCR 101-2



FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Marcos Batista do Ataíde PRONTUÁRIO: 1002042
DATA: 22/05/17 SEXO: M COR: PARO IDADE: 46
PRESSÃO 100/60 PULSO 80 RESPIRAÇÃO eupneica TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES: UPN
AP. RESPIRATÓRIO: unif. BKT 61RA AP. CIRCULATÓRIO: RCR 2T, BNF, SS
AP. DIGESTIVO: estômago cheio ESTADO MENTAL: lúcido DROGAS EM USO:
PRÉ-ANESTÉSICO: ESTADO FÍSICO (ASA): II E
DOSE/HORA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx de maxila
CIRURGIA REALIZADA: Redução e fixação de fx de maxila
CIRURGIÃO: AUXILIARES:
INÍCIO DA ANESTESIA: 1:00h TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES RS:
ANESTESISTA: DR. LUIZ PRIORI JR CRM-PB: 7556



☒ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS:

Pcte. monitorizado, em 204h, após pt. oxigenação c/ FiO2 100% por 3min; perdida de corio-

QUANTO	VOLUME em ml	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
SUBST.	1-Propofol 130mg + 30										
NACL	2-Fentamil 200 mg + 100										
SANGUE	3-Sucinilcolina 100mg										
RINGER	4-Esclerona 10mg										
TOTAL	5-Efepalina 1g										
DESTINO DO PACIENTE	6-Dexametasona 10mg										
☐ APT* ☐ ENFERMARIA	7-Plasil 5mg										
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8-Sangifluor										
☒ OUTROS: <u>URPA</u>	9-Dipriona 3g										
	10-Tkamal 100mg										

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: gacopia sob visualização direta cirúrgica; TOT c/ Tot 8.0 armada c/ bala-
nete. confirmada por ultrassom + coppiografia. Procedimento s/intercorrências. Pcte extubado
sem intercorrências e encaminhado a UPA 3m depois.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: F. (NG) ASCIR.025-1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDH sob anestesia geral
- ② Antisepsia + aposição de campos
- ③ Infiltração com Hiperbarbital em maxila a ①
- ④ Incisão + deslocamento em pulso gengivolabial supe-

Incisão:

rior a ①

⑤ Redução de fratura de maxila

⑥ Exodontia de dentes 12 e 14 devido a mobilidade aumentada.

Achados:

⑦ sutura por planos em maxila (fundo de pulso com Vicryl 4.0)

⑧ Limpeza do paciente

⑨ fim do procedimento sem intercorrências

Conduta:

Fechamento:

Observação:

Durante o procedimento o motor apresentou rotações insuficiente inviabilizando a utilização dos sistemas de fixação

Ana Karina Tormes
CRQ: 5724
Bucocomaxilofacial

Médico/CRM:

João Pessoa, 22/05/17

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 516





Wladimir Batista da Alde

SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170490356 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO BATISTA DE ATAIDE **Data do acidente:** 21/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FACE

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS 10% DE 100%

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170490356 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO BATISTA DE ATAIDE **Data do acidente:** 21/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE À DIREITA (MAXILA+ZIGOMÁTICO)

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR DIREITA COMPROMETENDO A ABERTURA DA BOCA

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO,

Sequelas permanentes: Dano crânio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARCELO BATISTA DE ATAIDE** Sinistro: **3170490356** Data: **21/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Praça Getúlio Vargas 94, 64 - Centro - Santa Rita - PB - CEP 58300-970**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1489327**

Data local do exame: [**25/09/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DOS OSSOS DA FACE À DIREITA (MAXILA+ZIGOMÁTICO). AO EXAME APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR DIREITA COMPROMETENDO A ABERTURA DA BOCA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO,

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano cranio facial

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB