

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

---

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190487207**

**Vítima: MURILO GALDINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), MURILO GALDINO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190487207**

**Vítima: MURILO GALDINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MURILO GALDINO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Autorização de pagamento</b> | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada. |
|---------------------------------|---|

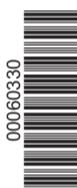
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190487207**      **Vítima: MURILO GALDINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/10/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MURILO GALDINO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

**Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190487207**      **Vítima: MURILO GALDINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/10/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MURILO GALDINO DA SILVA**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: MURILO GALDINO DA SILVA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000042**

**Conta: 0000066567-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

|  |  |  |                                |
|--|--|--|--------------------------------|
| 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:   | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL:   | 3 - CPF da vítima:   | 4 - Nome completo da vítima:                             |                                |
| 05844571460 Murilo Galdino da Silva  |  |  |                                |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012 |  |  |                                |
| 5 - Nome completo:   | 6 - CPF:   | 7 - Profissão:   | 8 - Endereço:                  |
| Murilo Galdino da Silva  | 05844571460  | Recurso  | Rua Julia Costa                |
| 11 - Bairro:   | 12 - Cidade:   | 9 - Número:  | 10 - Complemento:              |
| Centro   | Duas Estradas  | 38   |                                |
| 13 - Estado:   | 14 - GEP:  | 15 - E-mail:   |                                |
| PB   | 58265000   | (83)986634900  |                                |

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| 17 - Nome completo do Representante Legal:  | 18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal: |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).   |                                  |  |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  |                                  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00<br><input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00<br><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00   |                                  |  |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS:   |                                  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)<br><input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):<br><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)<br>AGENCIA: 0042      CONTA: 466567 4<br>(Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir) |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)<br>Nome do BANCO:<br>AGENCIA:      CONTA:<br>(Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)   |                                  |  |
| Autorizo a Seguradora Lider 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 sempre após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.   |                                  |  |

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMI 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 as custas da Seguradora Lider 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

|  |   |  |  |   |   |                               |
|--|---|--|--|---|---|-------------------------------|
| 23 - 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  | 24 - Data do óbito da vítima: |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima:  | 26 - Vítima deixou companheiro(a):  | <input type="checkbox"/> Sim   | <input type="checkbox"/> Não   | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:         |   |                               |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima teve pais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |                               |

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e obtiverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir a vítima, responde à responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| 34<br>Identificação<br>de quem assina<br>o documento<br>do representante<br>legal: | 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido | 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido | 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido | 38 - 1º   Nome: <b>COMPRE SEU SEGURO DPVAT</b><br>CPF: 19 ABU 2019 |
|  |  |   |  | Assinatura da testemunha   |
|  |  |   |  | 39 - 2º   Nome: <b>PROTÓCOLO</b><br>CPF: AG. JOÃO PESSOAS          |
|  |  |   |  | Assinatura da testemunha   |

**João Pessoa - PB 06/08/19**  
**Maria Galdino da Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

5.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:   |  | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)                         | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE  |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL:   |  | 3 - CPF da vítima:   | 4 - Nome completo da vítima                              |   |
|  |  | 05844571460  | Murilo Galdino da Silva                                  |   |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012   |  |  |  |   |
| 5 - Nome completo:   |  | 6 - CPF:   |  | 7 - Profissão:  |
| Murilo Galdino da Silva  |  | 05844571460  |  | Recurso   |
| 8 - Endereço:  |  | 9 - Número:  |  | 10 - Complemento:   |
| Rua Julia Costa  |  | 38   |  |   |
| 11 - Bairro:   |  | 12 - Cidade:   |  | 13 - Estado:  |
| Centro   |  | Duas Estradas  |  | PB  |
| 14 - CEP:  |  | 15 - Telefone/DDI:   |  | 16 - Celular:   |
|  |  |  |  | (83) 9 8663 4900  |
| DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR   |  |  |  |   |
| 17 - Nome completo do Representante Legal:   |  |  |  |   |
| 18 - CPF do Representante Legal:   |  | 19 - Profissão do Representante Legal:   |  |   |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).  |  |  |  |   |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:   |  |  |  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR<br><input type="checkbox"/> SEM RENDA  |  | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00<br><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 |  | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00<br><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  |  |  |  |   |
| <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"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)  |  | Nome do BANCO: _____   |  |   |
| AGÊNCIA: 0042  |  | CONTA: 66567   |  | AGÊNCIA: _____  |
| (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. |  |  |  |   |

DADOS CADASTRAIS

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 22 - 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):   |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou<br><input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou<br><input type="checkbox"/> 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. |  |  |  |  |

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

|  |                              |  |  |   |   |   |                               |   |                                     |                              |  |
|--|------------------------------|--|--|---|---|---|-------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------|--|
| 23 - 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                                    | 24 - Data do óbito da vítima: |   |                                     |                              |  |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima:  |                              | 26 - Vítima deixou companheiro(a):               |  | <input type="checkbox"/> Sim                    | <input type="checkbox"/> Não                    | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |                               |   |                                     |                              |  |
| 28 - Vítima  | <input type="checkbox"/> Sim | 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?      | Vivos: Falecidos:                          | 30 - Vítima deixou parente (filho, neto, etc.)  | <input type="checkbox"/> Sim                    | 31 - Vítima teve irmãos?  | <input type="checkbox"/> Sim  | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:              | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? | <input type="checkbox"/> Sim |  |
|  | <input type="checkbox"/> Não |  |  | parente (filho, neto, etc.)                     | <input type="checkbox"/> Não                    |   | <input type="checkbox"/> Não  |   | pais/avós vivos?                    | <input type="checkbox"/> Não |  |
| Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer impressão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcimento ao réu/pessoas da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal. |                              |  |  |   |   |   |                               |   |                                     |                              |  |
| 34   |                              | 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido |  | 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido |   | 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido                |                               | 38 - 1º   Nome: _____<br>CPF: _____                           |                                     |                              |  |
|  |                              | PRÓTOCOLO<br>JOÃO PESSOA                         |  |   |   |   |                               | COMPRO / SEGUROS / PREVIDÊNCIAS /<br>Assinatura da testemunha |                                     |                              |  |
|  |                              |  |  |   |   |   |                               | PRÓTOCOLO<br>JOÃO PESSOA                                      |                                     |                              |  |
|  |                              |  |  |   |   |   |                               | AG. JOÃO PESSOA   |                                     |                              |  |
|  |                              |  |  |   |   |   |                               | Assinatura da testemunha                                      |                                     |                              |  |
| 40 - Local e Data,   |                              |  |  |   |   |   |                               | 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)           |                                     |                              |  |
|  |                              |  |  |   |   |   |                               | Assinatura da testemunha                                      |                                     |                              |  |
|  |                              |  |  |   |   |   |                               |   |                                     |                              |  |
| 42 - Assinatura do Procurador (se houver)  |                              |  |  |   |   |   |                               |   |                                     |                              |  |

TESTEMUNHAS

12 VEA  
1129665-5

LINERIAS LIMA

DATA DA ABERTURA: 07/06/2019

CEP/CAPO: 01300-002, 06656-367-4

AGENCIA: 0042

MONTE: MURILLO GALDINO DA SILVA

COMPRIDAVANTE DE ABERTURA DE POUPE CARAS FAMILIAR

AG. VEHICULAR: 0442

LOCALIZADE: GUARULHOS

13. Número: 0

14. Endereço: Rua das Flores, 1000 - Vila das Flores - Guarulhos - SP - 07500-000

15. Telefone: (11) 4576-2419

AG. JOAO PESSOA

PROTÓCOLO

26 ABR. 2019

COMPREV

COMPRESSE GRUPOS E PREVIDENCIAS/SA

**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**

Número do Sinistro: 3190487207  
Nome do(a) Examinado(a): Murilo Galdino da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Julia Costa, 38  
Centro Duas Estradas PB CEP: 58265-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 003961314  
Data local do acidente: [ 22/10/2017 ]  
Data local do exame: [ 13/09/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO COM FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DO QUADRIL EM 23/10/2017, REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO , OSTEOSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS NO ACETÁBULO REALIZADO NO DIA 25/10/2017, FEZ DIVERSAS SÉSSOES DE FISIOTERAPIA.**

**Complicações: LESÃO DE NERVO FIBULAR COM DEFÍCIT DE EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO, COM MARÇA ESCARVANTE.**

Data da Alta: 16/03/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARÇA ESCARVANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUADRIL ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim  Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**APRESENTA MARÇA ESCARVANTE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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

"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):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo**

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo  
CRM/PB - 4518



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2018  
Ocorrência nº. 42/2018

DUAS ESTRADAS - PB  
01 DEP/C  
DEPARTAMENTO  
DE DEFESA SOCIAL

Aos DOZE dias do mês de SETEMBRO do ano de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de DUAS ESTRADAS/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SEVERINO GOMES DE ASSIS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Ad-Hoc do seu cargo **HUGO DE AZEVEDO ALVES**, aí, por volta 11h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**MURILO GALDINO DA SILVA**, conhecido por MURILO, Identidade nº 003.961.314-ITEP/RN, CPF nº 058.445.714-60, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: garçom, filho(a) de José Arnaldo Galdino Da Silva E De Severina Maria Galdino Da Silva, natural de Duas Estradas/PB, nascido(a) em 26/09/1983 (34 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Julia Costa, Nº: 36, Centro, Duas Estradas/Pb, tendo como ponto de referência: Proximo a estação, na cidade de DUAS ESTRADAS/PB, fone(s) para contato: 083 99330-5941.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 22 de outubro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 15h:0min;
- 4) LOCAL: RODOVIA QUE LIGA DUAS ESTRADAS/PB A SERTÃOZINHO/PB, ENTRADA DO ENGENHO SERRA LIMPA.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE na data e hora supra citada conduzia uma motocicleta no sentido de Duas Estradas/PB a Sertãozinho/PB, quando na curva que fica na entrada do Engenho Serra Limpa, perdeu o controle da moto e caiu no acostamento da rodovia; QUE estava só no momento do acidente tendo sido socorrido por um sr conhecido por "MABILIO" residente proximo a curva onde ocorreu o acidente; QUE sofreu varias escoriações tendo fraturado a perna esquerda; QUE foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Guariba passando neste todo o dia de Domingo, sendo transferido somente no dia seguinte, para o Hospital de Traumas de João Pessoa/PB, onde foi submetido a intervenção cirurgica; QUE a Motocicleta era uma HONDA/CG 125 TITAN KS, VERMELHA, 2002/2002, PLACA NQA2433/PB, CHASSI: 9C2JC30102R184002, EM NOME DE JAILSON PAULINO DOS SANTOS; QUE não Possui CNH e disse ao proprietario da motocicleta que era Habilitado; QUE veio a DP registrar ocorrência para fins de Seguro DPVAT.

6) OBSERVAÇÕES:

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

*Muriel Galdino da Silva*  
MURILO GALDINO DA SILVA  
Comunicante

COMPREV  
PRE/SEC/POSS E PREVIDÊNCIAS/A

19 Abri. 2019

HUGO DE AZEVEDO ALVES  
Agente de Investigação  
Matrícula nº 157.349-7

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

|  |  |  |                                |
|--|--|--|--------------------------------|
| 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:   | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL:   | 3 - CPF da vítima:   | 4 - Nome completo da vítima:                             |                                |
| 05844571460 Muriel Galdino da Silva  |  |  |                                |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012 |  |  |                                |
| 5 - Nome completo:   | 6 - CPF:   | 7 - Profissão:   | 8 - Endereço:                  |
| Muriel Galdino da Silva  | 05844571460  | Recuso   | Rua Julia Costa                |
| 9 - Número:  | 10 - Complemento:  | 11 - Bairro:   | 12 - Cidade:                   |
| 38   |  | Centro   | Duas Estradas                  |
| 13 - Estado:   | 14 - GEP:  | 15 - E-mail:   | 16 - Telefone:                 |
| PB   | 58265000   | (83) 986634900   |                                |

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| 17 - Nome completo do Representante Legal:  | 18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal: |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).   |                                  |  |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  |                                  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00<br><input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00<br><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00   |                                  |  |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS:   |                                  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)<br><input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):<br><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)<br>AGENCIA: 0042      CONTA: 466567 4<br>(Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir) |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)<br>Nome do BANCO:<br>AGENCIA:      CONTA:<br>(Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)   |                                  |  |
| Autorizo a Seguradora Lider 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 sempre após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.   |                                  |  |

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMI 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 as custas da Seguradora Lider 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

|  |   |  |  |   |   |                               |
|--|---|--|--|---|---|-------------------------------|
| 23 - 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  | 24 - Data do óbito da vítima: |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima:  | 26 - Vítima deixou companheiro(a):  | <input type="checkbox"/> Sim   | <input type="checkbox"/> Não   | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:         |   |                               |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima teve pais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |                               |

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e obtiverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir a vítima, responde a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| 34<br>Identificação<br>de quem assina<br>o documento<br>do representante<br>legal: | 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido | 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido | 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido        | 38 - 1º   Nome: <b>COMPRE SEU SEGURO DPVAT</b><br>CPF: 19 ABU 2019 |
|  |  |   | Assinatura da testemunha                                  |  |
|  |  |   | 39 - 2º   Nome: <b>PROTÓCOLO</b><br>CPF: AG. JOÃO PESSOAS | Assinatura da testemunha   |
|  |  |   | 40 - Local e Data: <b>João Pessoa - PB 06/08/19</b>       |  |
|  |  |   | 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)       |  |



## FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

|                             |                         |                |
|-----------------------------|-------------------------|----------------|
| FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: | CLÍNICA:                | Crys Gme       |
| DO HOSPITAL:                | Regional de Guarabira.  |                |
| PARA O HOSPITAL:            | Troms de João Pessoa    |                |
| MÉDICO ASSISTENTE:          | Arthur de Andrade Sales | DATA: 22/10/11 |

|                                 |                            |              |
|---------------------------------|----------------------------|--------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:       |                            |              |
| NOME: Muriel Galvão da Silveira |                            | SEXO: _____  |
| PROFISSÃO: _____                | DOCUMENTO: _____ N°: _____ | IDADE: _____ |
| ENDEREÇO: _____                 | BAIRRO: _____              |              |
| MUNICÍPIO: _____                | ESTADO: _____              |              |

|  |
|--|
| ANAMISES E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:  |
| Pont rítmico regular de batimentos normais.<br>Sinais vitais: pressão, estômagos, gl. pan 15. ABD normal. Exame + fotor. em quebral (Tc) |

|                          |
|--------------------------|
| MEDICAMENTOS PRESCRITOS: |
| Digoxin + C. Tropina     |

|                                     |
|-------------------------------------|
| DIAGNÓSTICO:                        |
| PROVÁVEL: P. t. infeccioso - g. ch. |
| CID: _____                          |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO): |  |
|---------------------------------------|--|

COMPRE, SEGUINDE E PREVINA-  
19 Abril 2010  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# 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: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MURILO GALDINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 00000066567-4

---

Nr. da Autenticação 37C3C6B9EC66E25A

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da fatura faturada da energia elétrica - Nº 029.525.284



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 29 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 15.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

SEVERINA MARIA GALDINO DA SILVA  
RUA JULIA COSTA 36  
DUAS ESTRADAS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/431731-9

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUL/2019

24/07/2019

94

31/07/2019

R\$ 99,08

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

|  |                                 |                               |                                 |            |
|--|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL   |                                 |                               |                                 |            |
| 00190.00009 02624.912008 04257.249179 6 79670000009908   |                                 |                               |                                 |            |
| Pagador: SEVERINA MARIA GALDINO DA SILVA CNPJ/CPF: 047.487.114-26  |                                 |                               |                                 |            |
| RUA JULIA COSTA 36 - CENTRO - DUAS ESTRADAS / PB - CEP 00000-000   |                                 |                               |                                 |            |
| Nosso-Número<br>26249120004257249  | Nr Documento<br>000431731201907 | Data Vencimento<br>31/07/2019 | Valor do Documento<br>R\$ 99,08 | Valor Pago |
| BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A<br>BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680<br>Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2447-3 |                                 |                               |                                 |            |



SEVERINA MARIA GALDINO DA SILVA  
RUA JULIA COSTA, 38 - CENTRO  
DUAS ESTRADAS / PB CEP: 58065001 / AN: 22

Emissor: 78/07/2016 Referência: Jul/2016

energisa

ENERGIA PARA SA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Km 25 - Cidade Redentora - João Pessoa / PB - CEP 58067-000  
CNPJ 06.886.180/0001-46 - Inscrição 16.015.350-0

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------|
| Jul / 2018        | 26/07/2018   | 27/08/2018                       | 474.971.142-6   |

UC (Unidade Consumidora): 5/431731-9

### Canal de contato

Mai  
 de  
 magna

CC: Círculo de Clases Básicas - [www.ccbs.org](http://www.ccbs.org) - 2010

COMPRES

M&G-2000

VENCIMENTO  
02/08/2018

**TOTAL A PAGAR  
R\$ 88,91**

19 April 2019

## Histórico de Consumo (kWh)

BOURDEAU, RECURSOS E PREVIDÊNCIA SIA

10 AHM 2019

100 111 111 112 152 154 128 131 137 121 132 134

19 AUG 2013

## PROTÓCOLO

e858.ad30 b5a1 577c 350f 4400 1-14 211-

#### Indicadores de Qualität

| Indicadores de Qualidade |        | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|--------------------------|--------|---------|----------------------|
| Limites da ANEEL         | Medida |         |                      |
| DC-40000                 | 14,50  | 15,50   | NOMINAL              |
| DC-TRIMESTRAL            | 14,50  |         | 220                  |
| DC-ANUAL                 | 20,00  |         |                      |
| PICTENSE                 | 24,48  |         |                      |
| FC-TRIMESTRAL            | 8,97   | 1,00    | CONTRATADA           |
| PICANAL                  | 13,95  |         | UNITE INFERIOR       |
| DMC                      | 4,44   |         | UNITE SUPERIOR       |
| DCB                      | 15,50  | 15,50   |                      |

| Discriminaciones              | Valor (R\$)  | %             |
|-------------------------------|--------------|---------------|
| Participação das Empresas PES | 17.31        | 31.61         |
| Companhia Siderúrgica         | 12.21        | 21.73         |
| Centro de Treinamento         | 2.88         | 5.36          |
| Encargos Sociais              | 5.40         | 9.87          |
| Impostos Federais e Estaduais | 32.86        | 59.85         |
| Outras Necessidades           | 0.00         | 0.00          |
| <b>Total</b>                  | <b>69.91</b> | <b>100,00</b> |

**ATENÇÃO**  
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso o(a) cliente(a) do(a) relacionamento permaneça em  
entrega, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 13/08/2018. Conforme  
Resolução-414 da ANEEL. O pagamento dessa taxa não cancela a possibilidade  
de envio imediato, ou fornecimento, caso o mesmo cliente(a) permaneça  
em entrega.

Faturas em atraso  
Jun/18 109.51

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jackson Paulino dos Santos,  
RG nº 1694223, data de expedição 20/02/1992  
Órgão SSP-PB portador do CPF nº 929.123.974-72  
domicílio na cidade de Duas Pontas no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
São Francisco, nº 429,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Flávio Galdino da Silva cujo o condutor era  
Flávio Galdino da Silva

Veículo: moto  
Modelo: HONDA/CG 125 TITAN  
Ano: 2002/2002  
Placa: WAA 2433/PB  
Chassi: 9C28C30102 R 184002  
Data do Acidente: 23-10-17  
Local e Data: Lagoa de Dentro, 24-07-19

Jackson Paulino dos Santos

Assinatura do Declarante

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



Autenticidade

Repetição a Firma

dou fé em test

Lagoa de Dentro,

19/07/2019

Raqueline Vieira de Oliveira

Raqueline Vieira de Oliveira  
Oficiala

Selo Digital N° AIXM1652-  
Consulte autenticidade em:  
HTTPS://selodigital.tpb.jus.br 4691





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

|                    |                                 |
|--------------------|---------------------------------|
| NOME DO PACIENTE   | MURILO GALDINO DA SILVA         |
| DATA DE NASCIMENTO | 26/09/83                        |
| NOME DA MÃE        | SEVERINA MARIA GALDINO DA SILVA |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |   |
|------------------------|---|
| PRONTUÁRIO N.º         | 104.992   |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.036.139   |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 23/10/17  |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 05:55   |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA                                     |
| DIAGNÓSTICO (S)        | FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO + LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO |
| CID 10                 | S73.0 + S32.4   |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta consciente, orientado, com trauma no membro inferior esquerdo, dor no quadril esquerdo e impotência funcional. Presença de fratura do acetábulo esquerdo + luxação do quadril esquerdo. Internação para cirurgia. Operado e evoluiu sem intercorrências.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de coluna lombossacra  
RX de torax  
RX de bacia RX de coxa esquerda

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de acetábulo esquerdo  
Luxação do quadril esquerdo.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura do acetábulo esquerdo. Tratamento de luxação do quadril esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 27/10/17  
DATA DA EMISSÃO: 28/03/18

Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1036139



## Identificação do paciente

|                                       |                                  |              |          |   |          |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------|----------|---|----------|
| ID<br>1222733                         | Nome<br>MURILLO GALDINO DA SILVA |              |          | Sexo<br>Masculino                                 |          |
| Data de nascimento<br>26/09/1983      | Idade<br>34 anos 27 dias         | Estado civil | Religião | Pronunciário                                      |          |
| Mãe<br>SEVERINA MARIA GALINO DA SILVA |                                  |              |          | Pai<br>JOSE ARNALDO GALDINO DA SILVA              |          |
| Escolaridade                          |                                  |              |          | Responsável (Parentesco)<br>EULA PAULA - IRMAO(A) |          |
| DDD Móvel<br>83                       | Fone Móvel<br>991077196          |              | DDD Fixo | Fone Fixo   |          |
| Tipo documento                        | Número documento                 |              |          | Nº Crs  |          |
| Local de procedência<br>DUAS ESTRADAS |                                  |              |          | Tipo<br>MUNICÍPIO                                 | UF<br>PB |
| Email                                 | Naturalidade<br>DUAS ESTRADAS    |              |          | CBO/R   |          |

## Endereço

|                 |  |          |                           |
|-----------------|--|----------|---------------------------|
| CEP<br>58265000 | Município de residência<br>DUAS ESTRADAS | UF<br>PB | Logradouro<br>JULIA COSTA |
| Número<br>36    | Complemento                              |          | Bairro<br>CENTRO          |

## Admissão

|                                    |  |                                       |  |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Data e Hora<br>23/10/2017 05:55:41 | Número da pulseira<br>1000005994358              | Convênio<br>SUS                       |  |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL    | Clínica  |                                       |  |
| Classificação de risco             |  |                                       | Origem do paciente<br>OUTRA UNIDADE DE SAUDE |
| Caráter de atendimento             | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>QUEDA / OUTROS |  |

## Indicadores e Transporte

|                                  |                       |                          |               |
|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não             | Plano de saúde<br>Não | Vôo de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>AMBULANCIA |                       | Quem transportou         |               |

## Sinais Vitais

|              |    |                      |
|--------------|----|----------------------|
| PA<br>X mmHg | P脉 | Temperatura<br>23/10 |
|--------------|----|----------------------|

## Exames complementares

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

Dados clínicos

## Diagnóstico

Atendido por  
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Imprimir

Pacint Vítima de queda de moto, consciente e  
já dada, com lesos em MIE, aguarda exame

JAVA  
ENTER  
COREL  
6

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-000

Tel: 32165700

CNES:

|  |  |   |  |                                       |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Paciente<br><b>MURILO GALDINO DA SILVA</b>     |  | BAE<br>1036139  | Data/Hora Entrada<br>23/10/2017 05:55:41 | Data Baixa                            |
| Data de nascimento<br>26/09/1983               | Idade<br>34                              | Sexo<br>Masculino                                     | CNS                                      | Telefone de Contato<br>(83) 991077195 |
| Mãe<br><b>SEVERINA MARIA GALINO DA SILVA</b>   |  |   |  | Prontuário                            |
| Endereço<br><b>JULIA COSTA, 36</b>             |  | Bairro<br><b>CENTRO</b>                               | Município<br><b>DUAS ESTRADAS</b>        | UF<br><b>PB</b>                       |
| Acidente<br><b>QUEDA / OUTROS</b>              | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA</b> |  | Nº Cons. Regional<br><b>6913/PB</b>   |
| Data/Hora Classificação<br>23/10/2017 05:55:41 |  | Data/Hora Prescrição<br>23/10/2017 08:47:22           |  |                                       |
| Convênio<br><b>SUS</b>                         | Nº Matrícula                             |   |  | Senha                                 |

**Anamnese**

pct com historia de acidente de moto queixa-se de dor no quadril esq  
 edema + impotencia funcional quadril esq  
 ferimento contuso no joelho esq  
 rc fratura luxação acetabulo  
 fratura lombar?  
 solicito tc de coluna lombar  
 encaminhar ao BC para redução do quadril + TTE e internamento

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE

**Conduta**

Em observação

*Dr. Alisson F. F. Vieira  
 Ortopedia - Traumatologista  
 CRM-PB 6913 / CRM-PE 17606  
 83-991077195 / 99107714*

 ALISSON FÁBIO FERNANDES VIEIRA  
 (6913/PB)

MURILO GALDINO DA SILVA

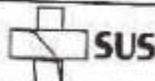
AV. ORESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel: 8332165700Impresso em  
HENRIQUE ARRUDA RAMALHO  
Em: 26/10/2017

|  |  |   |                               |
|--|--|---|-------------------------------|
| Paciente<br><b>MURILO GALDINO DA SILVA</b> | Boletim de Atendimento<br><b>1036139</b> | Data/Hora Entrada<br><b>23/10/2017 05:55:41</b> | Data/Hora Saída               |
| Data de nascimento<br><b>26/09/1983</b>    | Idade<br><b>34</b>                       | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | CNS<br><b>700406976582542</b> |
| Tempo de Internação<br><b>2d 20h 16min</b> |  | Convênio<br><b>SUS</b>                          | Prontuário<br><b>104992</b>   |
|  |  |   | Plantão<br><b>DIURNO</b>      |

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 26/10/2017 08:24:07)****EVOLUÇÃO DO PACIENTE****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:****1DPO-OSTEOSSINTESSE DE FRATURA-LUXAÇÃO DE ACETABULO ESQUERDO.  
ESTAVEL****CD: MANTER ANTIBIOTICO  
Pre: CURATIVO**Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9010  
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 71-46

JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO  
CRM 141.527 / TEDT 1324


**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**
**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

 H.E.T. 394 Hucenor  
 H.E.T. 394 Hucenor

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Murilo Galdino da Silva

5 - N° DO PRO

10381-5

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

8 - SEXO

Masc 1 Fem 0

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - FONE DE CONTATO

N° DO FONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

/ /

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

16 - CÓD. DO PROCEDIMENTO

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS AS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
 
 DIÁRIA DE UTI TIPO I
 
 DIÁRIA DE UTI TIPO II
 
 DIÁRIA DE UTI TIPO III
 

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

ex.35.

Placa 1,3 tubo nº 4-1 nº 6-1

Parafusos cirúrgicos 3,5 nº 20L nº 221 nº 18/

Parafusos espinhosos 4,0 euro nº 351 nº 301

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS ( ) CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

47 - DOCUMENTO

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

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

( ) CNS ( ) CPF

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

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Juvino Galdino de Souza BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 25/10/00  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura - luxação de acetáculo  
 Cirurgião: Dr. Valerio Javes 1º Assistente: Dr. Galdino  
 2º Assistente: Waldo Túlio 3º Assistente: W.L. Galdino, Jr.  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório                | CID          |
|---|--------------|
| <u>Fratura - luxação de acetáculo (E)</u> | <u>_____</u> |
| <u>_____</u>                              | <u>_____</u> |

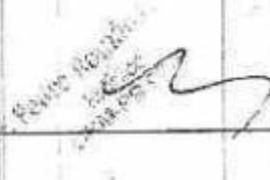
| Procedimentos Cirúrgicos  | Código       |
|---|--------------|
| <u>Tratamento cirúrgico de<br/>Fratura - luxação de acetáculo (E)</u> | <u>_____</u> |
| <u>_____</u>  | <u>_____</u> |

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

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_ 

João Pessoa, 25/10/00

Nota de Sala Cirúrgica

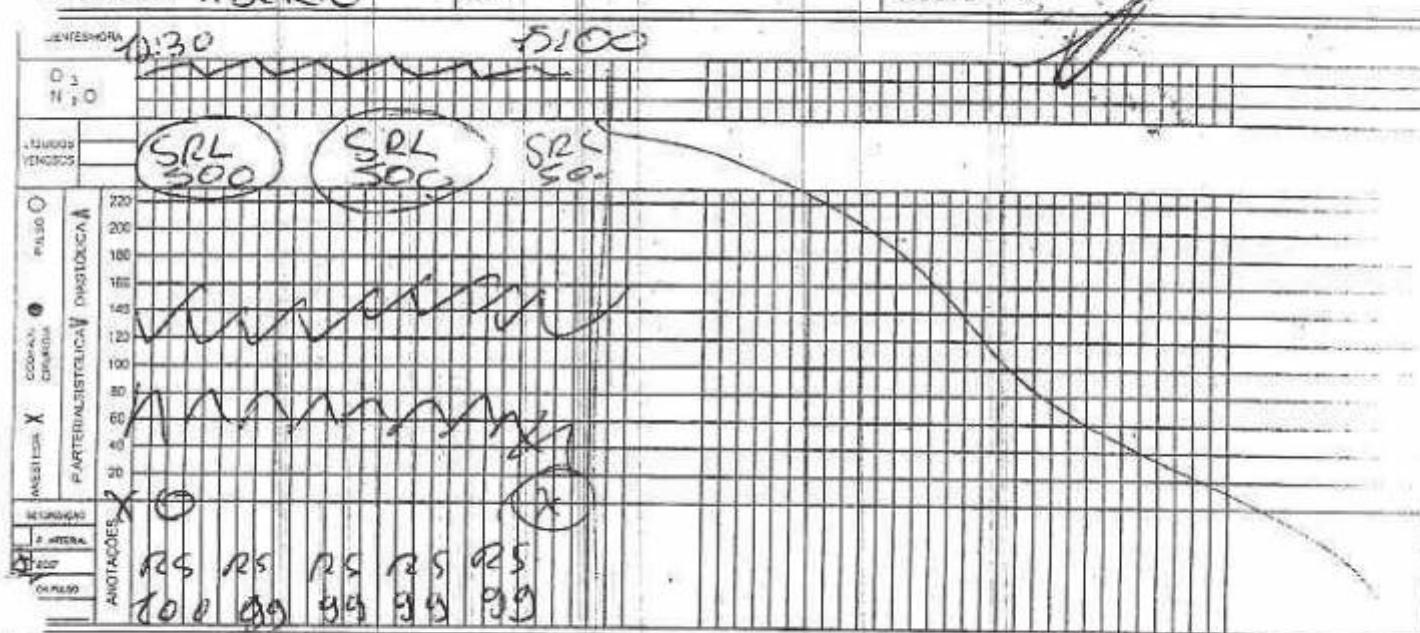
|  |   |                              |                |                             |                |                 |                              |                 |                |                 |
|--|---|------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|-----------------|------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| NOME DO PACIENTE   |   | Murilo Galdino da Silveira   |                |                             |                |                 |                              |                 |                |                 |
| IDADE  | 32  | SE                           | 10361.331      | SEXUAL                      | INTERNA        | LEITO           |                              |                 |                |                 |
| CIRURGIA   | Dr. Murilo Galdino da Silveira                        |                              |                |                             |                |                 |                              |                 |                |                 |
| CIRURGÃO   | Dr. Murilo Galdino da Silveira + Dr. Geraldo R. Rend. |                              |                |                             |                |                 |                              |                 |                |                 |
| ANESTESIA  | Raqui   |                              |                |                             |                |                 |                              |                 |                |                 |
| ANESTESISTA  | Dr. M. G. Silveira + Dr. Roberto R.                   |                              |                |                             |                |                 |                              |                 |                |                 |
| INSTRUMENTADOR   | Dr. Neide Costa                                       |                              |                |                             |                |                 |                              |                 |                |                 |
| DATA   | 10/10/1998  | TIPO CIRÚRGICO               | ANESTESIA      | INÍCIO                      | 12:50          | CIRURGIA        | INÍCIO                       | 12:50           | TEMPO          | 10:00           |
| ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)                      |   |                              |                |                             |                |                 |                              |                 |                |                 |
| ASA I (ASA 2)  | ASA II (ASA 3)  | ASA III (ASA 4)              | ASA IV (ASA 5) | ASA V (ASA 6)               | ASA VI (ASA 7) | ASA VII (ASA 8) | ASA VIII (ASA 9)             | ASA IX (ASA 10) | ASA X (ASA 11) | ASA XI (ASA 12) |
| GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPIDA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA |   |                              |                |                             |                |                 |                              |                 |                |                 |
| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS   |   | QTD.                         |                | MATERIAIS CONT.             |                | QTD.            | FIOS                         |                 | QTD.           |                 |
| ALFENTANILA  |   |                              |                | JELCO N°18                  |                | 1               | FIO CAT GUT CROMADO N°       |                 |                |                 |
| RUPIVACAÍNA ISOBÁRICA  |   |                              |                | JELCO N°20                  |                | 1               | FIO CAT GUT CROMADO N°       |                 |                |                 |
| RUPIVACAÍNA PESADA   | 1   | 500                          | L              | JELCO N°22                  |                | 1               | FIO DE AÇO N°                |                 |                |                 |
| ETAMINA  |   |                              |                | JELCO N°24                  |                | 1               | FIO DE AÇO N°                |                 |                |                 |
| DOPERIDOL  |   |                              |                | KIT SIST. DREN. TORÁXICA N° |                | 1               | FIO DE NYLON N°              |                 |                |                 |
| DIMIDATO   |   | SOLUÇÕES                     | QTD.           | LÂMINA BISTURI N°1          |                | 1               | FIO DE NYLON N°              |                 |                |                 |
| NOBARBITAL   |   | ÁLCOOL ETÍLICO 70%           |                | LÂMINA BISTURI N°3          |                | 1               | FIO DE NYLON N°              |                 |                |                 |
| ETANILA  |   | PVP/IDÉGERMANTE              |                | LÂMINA BISTURI N°5          |                | 1               | FIO POLIGLACTINA N°          |                 |                |                 |
| MAZENIL  |   | PVP/IDÉTURRA                 |                | LÂMINA BISTURI N°7          |                | 1               | FIO POLIGLACTINA N°          |                 |                |                 |
| ISOFLURANO   |   | PVP/IDÓTICO                  |                | LÂMINA DE DERMÁTOMO         |                | 1               | FIO POLIGLACTINA N°          |                 |                |                 |
| LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO  |   | SABÃO ANTISÉPTICO            |                | LÂMINA DE ENXERTO           |                | 1               | FIO POLIPROPILENO N°         |                 |                |                 |
| LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO  |   | MATERIAIS                    | QTD.           | LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.   | 10             | 10              | FIO POLIPROPILENO N°         |                 |                |                 |
| LIDOCÁINA C/ VASO  |   | AGULHA 13X4,5                |                | LUVA ESTÉRIL N°7,0          |                | 1               | FIO POLIPROPILENO N°         |                 |                |                 |
| LIDOCÁINA S/ VASO  |   | AGULHA 25X07                 | 10             | LUVA ESTÉRIL N°7,5          | 10             | 10              | FIO POLIGLECAPRONE N°        |                 |                |                 |
| MIDAZOLAN  |   | AGULHA 25X08                 |                | LUVA ESTÉRIL N°8,0          |                | 1               | FIO SEDA N°                  |                 |                |                 |
| MORFINA  |   | AGULHA 40X12                 | 10             | LUVA ESTÉRIL N°8,5          | 10             | 10              | FITA CARDIÁCA                |                 |                |                 |
| NIMBILUM   |   | AGULHA PERIDURAL N°16        |                | MÁSCARA CIRÚRGICA           |                | 10              | MATERIAL ESPECIAL            |                 | QTD.           |                 |
| PANCURÔNIO   |   | AGULHA PERIDURAL N°17        |                | MULTIVIAS                   |                | 10              | CATETER DE PIC               |                 |                |                 |
| PETIDINA   |   | AGULHA PERIDURAL N°18        |                | PERFURADOR DE SORO          |                | 10              | CIMENTO CIRÚRGICO            |                 |                |                 |
| PROPORFOL  |   | AGULHA RAQUI N°25G           |                | SCALP N°19                  |                | 10              | CLIP TITÂNIO LIGADURA        |                 |                |                 |
| RAMIFENTANILA  |   | AGULHA RAQUI N°26G           | 10             | SCALP N°21                  |                | 10              | FIO DE KIRSCHNER N°          |                 |                |                 |
| ROCURÔNIO  |   | AGULHA RAQUI N°27G           |                | SERINGA 3ML                 |                | 10              | FIO DE KIRSCHNER N°          |                 |                |                 |
| SEVOFLURANO  |   | ALGODÃO ORTOPÉDICO           |                | SERINGA 5ML                 |                | 10              | FIO STEINMAN N°              |                 |                |                 |
| SUMAMENTÔNIO   |   | ATADURA DE CREPOM            | 10             | SERINGA 10ML                | 10             | 10              | FIO STEINMAN N°              |                 |                |                 |
| TIOFENTAL  |   | ATADURA GESSADA              |                | SERINGA 20ML                |                | 10              | GRAMPEADOR CIRÚRGICO         |                 |                |                 |
| MEDICAÇÕES   | QTD.  | BOLEA P/ COLOSTOMIA          |                | SONDA ASP. TRAQUEAL N°8     |                | 10              | HIMOST. ABSORVÍVEL           |                 |                |                 |
| ADRENALINA   |   | CÂNLULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°  |                | SONDA ASP. TRAQUEAL N°10    |                | 10              | KIT DERIVA. VENTRICULAR      |                 |                |                 |
| ÁGUA DESTILADA   |   | CATETER DE OXIGÉNIO          | 1              | SONDA ASP. TRAQUEAL N°12    |                | 10              | PRÓTESE VASCULAR             |                 |                |                 |
| ATROPINA   |   | CATETER EMBOLECO ARTERIAL N° |                | SONDA ASP. TRAQUEAL N°14    |                | 10              | KIT PAM                      |                 |                |                 |
| BEXTRA   |   | CATETER EPIDURAL N°16        |                | SONDA ASP. TRAQUEAL N°16    |                | 10              | FIXADOR EXTERNO              |                 |                |                 |
| CEFAZOLINA   |   | CATETER EPIDURAL N°17        |                | SONDA FOLEY 2VIAS N°12      |                | 10              | EMPRESA                      |                 |                |                 |
| DEXAMETASONA   | 10  | CATETER EPIDURAL N°18        |                | SONDA FOLEY 2VIAS N°14      |                | 10              | PARAFUSOS CORTICIAIS 18-1    |                 | 10             |                 |
| DIPIRONA SÓDICA  | 10  | CERA PARA OSSO               |                | SONDA NASOG. CURTA          |                | 10              | PARAFUSOS CORTICIAIS 20-1    |                 | 10             |                 |
| EFEDRINA   |   | COLET. URTICA FECHADO        |                | SONDA NASOG. LONGA          |                | 10              | PARAFUSOS CORTICIAIS 20-1    |                 | 10             |                 |
| FUROSEMIDA   |   | COMPRESSAS CIRÚRGICAS        | 10             | SONDA URETRAL N°            |                | 10              | PARAFUSOS ESPIONOSO          |                 |                |                 |
| GLICOSE 5%   |   | COMPRESSAS CIRÚRGICAS        |                | TORNEIRINHA                 |                | 10              | PARAFUSOS ESPIONOSO          |                 |                |                 |
| GLUCONATO DE CALCIO  |   | DRENO DE PENROSE             |                | TUBO ENDOTRAQUEAL N°        |                | 10              | PARAFUSOS MALEOLAR           |                 |                |                 |
| HIDROCORTISONA   |   | DRENO DE SUÇÃO               |                | TUBO ENDOTRAQUEAL N°        |                | 10              | PARAFUSOS MALEOLAR           |                 |                |                 |
| LIDOCÁINA GELEIA   |   | ELETRODOS                    | 10             | TUBO ENDOTRAQUEAL N°        |                | 10              | PLACA 1,3 TUBO               |                 |                |                 |
| ONDASENTRONA   |   | EQUIPO MACROGOTAS            | 10             | TUBO SILICONE (LATER)       |                | 10              | PLACA                        |                 |                |                 |
| PLASIL   |   | EQUIPO TRANSF. SANGUE        |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
| PROSTIGMINE  |   | EQUIPO MICROGOTAS            |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
| PROTAMINA  |   | ESPONJA DE PVP               | 10             | FIOS                        |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
| TENOXICAN  |   | ESPARADRAPO                  |                | FIO ALGODÃO S/A N°          |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   | GAZES                        | 10             | FIO ALGODÃO S/A N°          |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   | GAZES ALGODADAS              |                | FIO ALGODÃO C/A N°          |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   | GEL ELETROLÍTICO             | 10             | FIO ALGODÃO C/A N°          |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   | UELCO N°14                   |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   | UELCO N°16                   |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INFLATÁVEL             |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | CARDIOMONITOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | DESFIBRILADOR                |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | ELETRO AUXILIAR              |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | FOCO CENTRAL                 |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | MICROSCOPIO                  |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | OXIMETRO DE PULSO            |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              | P-FA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |                 |                |                 |
|  |   |                              |                |                             |                | 10              |                              |                 |                |                 |

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 25/10/2012

PRONTUARIO: 1036730

|  |                                    |                             |             |                          |                 |         |
|--|------------------------------------|-----------------------------|-------------|--------------------------|-----------------|---------|
| PACIENTE: MURILE GARDINO DA SILVA                      |                                    | SEXO: M                     | COR: PÂRDO  | IDADE: 34                |                 |         |
| PRESSÃO ARTERIAL                                       | PULSO: 84                          | RESPIRATÓRIO: LÉGICO        | TEMPERATURA | PESO                     | GRUPO SANGUÍNEO |         |
| ESTADO GERAL: BOM ( )                                  | REGULAR ( )                        | MAU ( )                     | PESSIMO ( ) | RISCO CIRÚRGICO: BOM ( ) | REGULAR ( )     | MAU ( ) |
| EXAMES COMPLEMENTARES: VD4: HB: 12,3 HGB: 3,3          |                                    |                             |             |                          |                 |         |
| AP. RESPIRATÓRIO: MUCOSA SICCA                         | AP. CIRCULATÓRIO: RCR em 2+ C130/2 |                             |             |                          |                 |         |
| AP. DIGESTIVO: JEJUM                                   | ESTADO MENTAL: LOTE.               | DROGAS EM USO               |             |                          |                 |         |
| PRÉ-ANESTÉSICO: NENHUM                                 |                                    |                             |             | ESTADO FÍSICO            |                 |         |
| DOSE/HORA: 08:00                                       |                                    |                             |             |                          |                 |         |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA ACETABULO ESGUERPO |                                    |                             |             |                          |                 |         |
| CIRURGIA REALIZADA: CIRURGIA DE LIGAMENTO PELÔMICO (F) |                                    |                             |             |                          |                 |         |
| CIRURGIÃO: DAUSSEN                                     | AUXILIARES: SOARES                 |                             |             |                          |                 |         |
| INÍCIO DA ANESTESIA: 12:30                             | TERMINO DA ANESTESIA: 15:00        | DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2:30h |             |                          |                 |         |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:                                | QUANT. DE CH.                      | VALORES R\$                 |             |                          |                 |         |
| ANESTESISTA: TIBERIO                                   | CPF                                | CRM-PB                      |             |                          |                 |         |



|  |  |                                   |                                     |                                       |                                 |
|--|--|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL | <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA | <input type="checkbox"/> EPIDURAL | <input type="checkbox"/> BLOQ PLEXO | <input type="checkbox"/> BLOQ NERVIOS | <input type="checkbox"/> OUTROS |
|--|--|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

| MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO |                                     |
|---|-------------------------------------|
| LÍQUIDOS  | VOLUME EM ml                        |
| ANEST   | 1 Bupivacano Pivato 20 ml           |
| NAZ   | 2 Dexam 0,2 80 ml                   |
| SINUS   | 3 Fentanil 80 mcg                   |
| TRACHE  | 4 Midazolam 2 mg                    |
| TOTAL   | 5 Oximocetato 10 ml                 |
| ESTERILIZADO                                      |                                     |
| <input type="checkbox"/> APT                      | <input type="checkbox"/> ENFERMADA  |
| <input type="checkbox"/> UTI                      | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA |
| <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS        | URPA                                |
|   | 11                                  |
|   | 12                                  |
|   | 13                                  |
|   | 14                                  |
|   | 15                                  |
|   | 16                                  |
|   | 17                                  |
|   | 18                                  |
|   | 19                                  |
|   | 20                                  |

ASSINATURA DO ANESTESISTA



CROZ VERMELHA  
BRASILEIRA



SBT

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

### DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

#### Posição e Preparo:

- Paciente em Decúbito Prone Hospitalar
- Gelo anterior
- Assepsia + Antiseptico
- Previsão de possíveis complicações

#### Incisão:

- Incisão posterolateral de Ender (C)

#### Achados:

- Fratura - luxação de esterno (C)

#### Conduta:

- Redução + Manutenção anterior
- Visualização direta da fratura - refeita (C)
- Redução da fratura
- Fixação da clavícula posterior ao esterno em 2 planos. Térço de cima de 6 e 8 fios e fratura com 2 pinos interpongenciais.
- Fechamento da ferida.
- Encerramento da cirurgia com S, P, 97.

#### Fechamento:

- Fechamento por planos
- suturas inferiores
- Sutura - r controlada

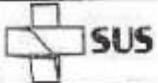
#### Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa, 25/10

F(NG)ASCIR

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**
Folha  
1/2

|  |  |   |  |  |  |   |  |
|--|--|---|--|--|--|---|--|
|  Sistema Único de Saúde          |  | Ministério da Saúde                                     |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE<br/>PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>                    |  |   |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>   |  |   |  |  |  |   |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><i>AEETE GFC</i>  |  |   |  | 2 - CNES   |  |   |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE   |  |   |  | 4 - CNES   |  |   |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>   |  |   |  |  |  |   |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><i>Merelio Galdino da Silva</i>  |  |   |  | 6 - N° DO PRONTUÁRIO   |  |   |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)   |  |   |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><i>1/1/1</i>   |  | 9 - SEXO<br>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  |  |   |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br><i>000</i>   |  | N° DO TELEFONE  |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)  |  |   |  | 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA   |  | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  |  |
|  |  |   |  |  |  | 15 - UF   |  |
|  |  |   |  |  |  | 16 - CEP  |  |
| <b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>   |  |   |  |  |  |   |  |
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>   |  |   |  |  |  |   |  |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR   |  |   |  | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR   |  |   |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA  |  |   |  | 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA  |  |   |  |
| 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL   |  |   |  | 23 - CID 10 PRINCIPAL  |  | 24 - CID 10 SECUNDÁRIO  |  |
|  |  |   |  |  |  | 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS   |  |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>  |  |   |  |  |  |   |  |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL   |  |   |  | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO  |  |   |  |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE<br><input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE |  |   |  | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I  |  | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II  |  |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  |  |   |  | 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL   |  |   |  |
| 31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  |  |   |  | 32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL   |  |   |  |
| 33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  |  |   |  | 34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL   |  |   |  |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  |  |   |  | 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL   |  |   |  |
| <b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>   |  |   |  |  |  |   |  |
| <i>C 1 7 : 05 - 1000</i>   |  |   |  |  |  |   |  |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>  |  |   |  |  |  |   |  |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  |  |   |  | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO   |  |   |  |
| 41 - DOCUMENTO<br><input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF                           |  | 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |  | 43 - ASSINATURA E CARIMBO / N° DO REGISTRO DO CONSELHO<br><i>Dr. Roberto Galdino<br/>ODP - Traumatologista<br/>CRM-PE 1600</i> |  |   |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>   |  |   |  |  |  |   |  |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  |  |   |  | 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR  |  | 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  |  |
| 47 - DOCUMENTO<br><input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF                           |  | 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |  | 49 - ASSINATURA E CARIMBO / N° DO REGISTRO DO CONSELHO   |  |   |  |



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Murilo galvão de Souza BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: 34 Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 23/10/14  
 Clínica/Setor: MDR EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Fractura Transfletiva M1E -  
 Cirurgião: D. Roberto Santos 1º Assistente: D. Víctor (R1)  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: D. Marcus Viana  
 Tipo de Anestesia: lo de r ep Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório    | CID |
|-------------------------------|-----|
| <u>Fratura acetabulo E+</u>   |     |
| <u>Fractura quadril E-</u>    |     |
| <u>Fratura de mao fivelha</u> |     |
| <u>peso E-</u>                |     |
|                               |     |
|                               |     |
|                               |     |

| Procedimentos Cirúrgicos          | Código |
|-----------------------------------|--------|
| <u>Scelentes -</u>                |        |
| <u>Fractura Transfletiva</u>      |        |
| <u>ao nível da furação do fêm</u> |        |
|                                   |        |
|                                   |        |
|                                   |        |

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

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Roberto A. Santos  
Orto - Traumatologia  
0800-284580

João Pessoa, 23/10/14



## Nota de Sala Cirúrgica

REF ID: 1036139

|  |   |   |                                 |
|--|---|---|---------------------------------|
| Nome do paciente: <u>Marcelo Baldino da Silva</u> BE 1036139                                 |   |   |                                 |
| Nome do paciente:  | 34 BE   | PRONTUÁRIO:                               | ENFERMAGEM:                     |
| DATA:  | 17/10/16  | LEITO:                                    |                                 |
| CIRURGIA:  | Tumor ósseo da articulação do quadril (E)<br>P. Roberto Santos + Pedro Gólio R1 |   |                                 |
| CIRURGÃO:  | G. Guedes   |   |                                 |
| ANESTESIA:   | G. Marcos Vincis  |   |                                 |
| ANESTESISTA:   |   |   |                                 |
| INSTRUMENTADOR:  |   |   |                                 |
| DATA:  | 17/10/16  | TIPO CIRURGICO - ANESTESIA: INICIO: 11:00 | ANESTESIA: INICIO: 11:20        |
| ÍNDICE DE RISCO DE CIPPOA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)                      |   |   |                                 |
| ASA 1 (ASA 1) / ASA 2 (ASA 2) / ASA 3 (ASA 3) / ASA 4 (ASA 4) / ASA 5 (ASA 5)                |   |   |                                 |
| ORAL DE CONTAMINACAO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA |   |   |                                 |
| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS   QTD.  |   | MATERIAIS CONT.                           | QTD.                            |
| ALFENTANILA  |   | JELCO N°18                                | FIOS                            |
| BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA  |   | JELCO N°20                                | FIOS CAT GUT CROMADO N°         |
| BUPIVACAÍNA PESADA   |   | JELCO N°22                                | FIOS DE AÇO N°                  |
| CETAMINA   |   | JELCO N°24                                | FIOS DE AÇO N°                  |
| DROPERIDOL   |   | KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°               | FIOS DE NYLON N° 30 02          |
| MIDATO   | SOLUÇÕES  | QTD.                                      | FIOS DE NYLON N°                |
| ANOSARBITAL  | ÁLCOOL ETÍLICO 70%  | 1   | FIOS DE NYLON N°                |
| FENTANILA  | PVP/DEGERMANTE  | 1   | FIOS POLIGLACTINA N°            |
| FLUMAZENIL   | PVP/INTURA  | 1   | FIOS POLIGLACTINA N°            |
| ISOFLURANO   | PVP/TOPOCO  | 1   | FIOS POLIPROPILENO N°           |
| VOBUPIVACAÍNA C/ VASO  | SABÃO ANTISEPTICO   | 1   | FIOS POLIPROPILENO N°           |
| LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO  | MATERIAIS   | QTD.                                      | FIOS POLIPROPILENO N°           |
| LIDOCAINA C/ VASO  | AGULHA 13X4,5   | 1   | FIOS POLIPROPILENO N°           |
| LIDOCAINA S/ VASO  | AGULHA 25X87  | 05  | FIOS POLIGLECAPRONE N°          |
| MIDAZOLAN  | AGULHA 25X88  | 1   | FIOS SEDA N°                    |
| MORFINA  | AGULHA 40X12  | 1   | FITA CARDIACA                   |
| NEBBUM   | AGULHA PERIDURAL N°16   |   | MATERIAL ESPECIAL QTD.          |
| PANCURÔNIO   | AGULHA PERIDURAL N°17   |   | CATETER DE PIC                  |
| PETIDINA   | AGULHA PERIDURAL N°18   |   | CIMENTO CIRÚRGICO               |
| PROPOFOL   | AGULHA RAQUI N°25G  |   | CLIP TITÂNIO LIQUIDUR           |
| RAMIFENTANILA  | AGULHA RAQUI N°26G  |   | FIOS DE KIRSCHNER N°            |
| ZOCURÔNIO  | AGULHA RAQUI N°27G  |   | FIOS DE KIRSCHNER N°            |
| SEVOFLURANO  | ALGODÃO ORTOPÉDICO  |   | FIOS STEINMAN N°                |
| SUXAMETÔNIO  | ATADURA DE CREPOM   | 20 02                                     | FIOS STEINMAN N°                |
| TICOFENTAL   | ATADURA GESSADA   |   | GRAMPEADOR CIRÚRGICO            |
| MEDICAÇÕES   | QTD.  | BOLSA/P/ COLOSTOMIA                       | HEMOST. ABSORVÍVEL              |
| DRENALINA  |   | CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°                | KIT DERIVA. VENTRICULAR         |
| UA DESTILADA   |   | 1   | PROTESE VASCULAR                |
| ATROPINA   |   | CATETER DE OXIGÉNIO 1                     | KIT PAM -                       |
| BEXTRA   |   | CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N°               | FIXADOR EXTERNO                 |
| CEFAZOLINA   |   | CATETER EPIDURAL N°16                     | EMPRESA                         |
| XAMETASONA   |   | CATETER EPIDURAL N°17                     |                                 |
| PIRONA SÓDICA  |   | CATETER EPIDURAL N°18                     |                                 |
| EFEDRINA   |   | CERA PARA OSSO                            | PARAFUSOS CORTICais             |
| FUROSEMIDA   |   | COLET URINA FECHADO                       | PARAFUSOS CORTICais             |
| GLICOSE 50%  |   | COMPRESSAS CIRÚRGICAS                     | PARAFUSOS ESPONJOSO             |
| GLICONATO DE CALCIO  |   | COMPRESSAS CIRÚRGICAS                     | PARAFUSOS ESPONJOSO             |
| HIDROCORTISONA   |   | DREN DE PENROSE                           | PARAFUSOS MALEOLAR              |
| LIDOCAINA GELEIA   |   | DREN DE SUCCÃO                            | PARAFUSOS MALEOLAR              |
| ONDASENTRONA   |   | ELETRODOS 10                              | PLACA                           |
| PLASIL   |   | 10  | PLACA                           |
| PROSTIGMINE  |   | EQUIPO MACROGOTAS                         |                                 |
| PROTANINA  |   | EQUIPO TRANSF. SANGUE                     | EQUIPAMENTOS                    |
| TENDOXICAN   |   | EQUIPO MICROGOTAS                         |                                 |
|  |   | ESPOVIA DE PVPI                           | QTD. ( ) ASPIRADOR              |
|  |   | ESPARADRAPO                               | ( ) BISTURI ELÉTRICO            |
|  |   | GAZES 1906                                | ( ) CARNOGRAFO                  |
|  |   | GAZES ALGODoadas                          | ( ) CARDIOMONITOR               |
|  |   | GEL ELETROLÍTICO                          | ( ) DESFIBRILADOR               |
|  |   | IEUCO N°14                                | ( ) ECO AUXILIAR                |
|  |   | JELCO N°16                                | ( ) FOCO CENTRAL                |
|  |   | 9A 500                                    | ( ) MICROSCOPIO                 |
|  |   | 01  | ( ) TOXÍMETRO DE PULSO          |
|  |   |   | ( ) T.P. INVASIVA/ NÃO INVASIVA |
|  |   |   | ( ) FURPURADOR ELÉTRICO         |
|  |   |   | ( ) SERRA                       |
|  |   |   | CIRCULANTE                      |
|  |   |   | Oxa invad                       |
|  |   |   | FONI AERUL 21                   |



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|                    | Descrição da Cirurgia   |
|--------------------|---|
| Posição e Preparo: | Prone com o adrenalin<br>e enxoo grande.<br>Sutura no peito e<br>e pele na C - curvatura    |
| Incisão:           |   |
| Achados:           | Tireóide grande<br>e friável ao nível do<br>fuso distal é -<br>fio de níquel no<br>extremo. |
| Conduta:           | Peso 715gr.   |
| Fechamento:        |   |
| Observação:        |   |

Médico/CRM:

- Dr. Roberto A. Sardes  
- Cirurgião Plástico  
CRM - PB - 1550

João Pessoa, 23/10/11

**Documento de Alta**

|  |                           |   |   |
|--|---------------------------|---|---|
| <b>Nome:</b><br>MURILO GALDINO DA SILVA  |                           |   | <b>Número Prontuário:</b><br>104992         |
| <b>Data de</b><br>26/09/1983   | <b>Sexo:</b><br>Masculino | <b>Data da Internação:</b><br>23/10/2017 12:12:44 | <b>Data de Alta:</b><br>27/10/2017 08:04:57 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA MEDICA  |                           |   |   |
| <b>Conduta:</b><br>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO   |                           |   |   |
| <b>Resumo da Internação:</b><br>EVOLUI BEM NO PÓS OP COM FO LIMPA SEM SINAIS DE INFECÇÃO, RECEBENDO ALTA MÉDICA EM BOAS CONDIÇÕES. |                           |   |   |
| <b>Resultado de Exames:</b><br>OK  |                           |   |   |
| <b>Tratamento:</b><br>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO  |                           |   |   |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S32.4 - Fratura do acetáculo  |                           |   |   |
| <b>Recomendações:</b><br>PACIENTE OPERADO PELO DR UMBERTO JANSEM. MARCAR RETORNO COM UMA SEMANA NO HET                             |                           |   |   |

Data: 27/10/2017

  
 Dr. Heuder Romero  
 Ortopedista / Traumatologista  
 CRM: 5050 - TEOT 5517

HEUDER ROMERO LIBERALINO  
 DA NOBREGA  
 CRM: 5050 - PB

# Relatório de Eletroneuromiografia

**Paciente:** MURILO GALDINO DA SILVA, 34 anos

**Data:** quarta-feira, 20 de junho de 2018

HOSPITAL CLEMENTINO FRAGA

**Médico Solicitante:** DR. LEOPOLDO

APARELHO NEURO-MEP MICRO

## História Clínica:

ACIDENTE DE MOTO EM OUTUBRO/2017 COM FRATURA DE ACETÁBULO. DESDE ENTÃO COM DÉFICIT NA DORSOFLEXÃO DO PÉ ESQUERDO.

## ACHADOS RELEVANTES: EXAME REALIZADO EM MEMBROS INFERIORES

### **ESTUDO DE CONDUÇÃO MOTORA**

O NERVO FIBULAR ESQUERDO NÃO EVIDENCIOU RESPOSTA; A DIREITA SE REGISTROU ONDA M COM LATÊNCIA DISTAL, AMPLITUDE E VELOCIDADE DE CONDUÇÃO NORMAIS, COM CAPTAÇÃO NO MÚSCULO EXTENSOR CURTO DOS DEDOS, ESTÍMULOS NO TORNOZELO, CABEÇA DA FÍBULA E FOSSA POPLÍTEA; OS NERVOS TIBIAIS DEMONSTRARAM ONDA M COM LATÊNCIA DISTAL E AMPLITUDE NORMAIS, COM CAPTAÇÃO NO MÚSCULO ABDUTOR DO HÁLUX, ESTÍMULOS EM MALÉOLO MEDIAL; DISCRETA REDUÇÃO (INFERIOR A 20%) DE AMPLITUDE A ESQUERDA EM RELAÇÃO AO LADO DIREITO;

### **ESTUDO DE CONDUÇÃO SENSITIVA**

O NERVO SURAL ESQUERDO DEMONSTROU AMPLITUDE REDUZIDA E O NERVO FIBULAR SUPERFICIAL NÃO APRESENTOU RESPOSTA;

### **RESPOSTA TARDIA**

AS ONDAS F DO NERVO TIBIAL MOSTRARAM LATÊNCIAS MÍNIMAS NORMAIS, COM PERSISTÊNCIA PRESERVADA, SEM DIFERENÇA SIGNIFICATIVA ENTRE OS LADOS;

### **ELETROMIOGRAFIA COM USO DE AGULHA MONOPOLAR DESCARTÁVEL**

O EXAME DE AGULHA REVELOU ATIVIDADE DE INSERÇÃO NORMAL, SEM ATIVIDADE ESPONTÂNEA DURANTE O REPOUSO; COM O ESFORÇO MUSCULAR MÍNIMO, ISOLADO POTENCIAIS DE UNIDADE MOTORA ESTÁVEIS, COM DURAÇÃO AUMENTADA NOS MÚSCULOS GASTROCNÉMIO MEDIAL (S1,S2-NERVO TIBIAL), CABEÇA CURTA DO MÚSCULO BÍCEPS FEMORAL (L5, S1- NERVO FIBULAR); OS MÚSCULOS TIBIAL ANTERIOR (L4,L5-NERVO FIBULAR) E EXTENSOR CURTO DOS DEDOS (L5,S1-NERVO FIBULAR) NÃO APRESENTARAM POTENCIAIS DE UNIDADE MOTORA.

### **CONCLUSÃO:**

SINAIS DE LESÃO AXONAL GRAVE DO NERVO FIBULAR, COMUM ABAIXO DO NÍVEL DA FOSSA POPLÍTEA, SEM SINAIS DE REINERVAÇÃO.

### **COMENTÁRIOS:**

NÃO SE PODE AFASTAR, CORRELACIONANDO COM A HISTÓRIA CLÍNICA E CRONOLOGIA, APESAR DE POTENCIAIS REGISTRADOS NO MÚSCULO BÍCEPS FEMORAL (CABEÇA CURTA), COM CARACTERÍSTICAS DE PROCESSO NEUROGÊNICO DE REINERVAÇÃO, COMPROMETIMENTO PRIMÁRIO MAIS PROXIMAL DO NERVO CIÁTICO (PORÇÃO FIBULAR), POIS NÃO HÁ MAIS ATIVIDADE DE DESNERVAÇÃO NOS MÚSCULOS AVALIADOS.

  
DR. RICARDO CARVALHO  
NEUROCIRURGIA/ELETRONEUROLOGIA  
CRM 6628

#### Condução Motora (Direita)

| Teste  | Pto. Estim.      | Lat.<br>ms | Ampl.,<br>mV | Dur.,<br>ms | Área,<br>mV×ms | Estim.,<br>mA | Estim.,<br>ms | Dist.,<br>mm | Tempo,<br>ms | Vel.,<br>m/s |
|--|------------------|------------|--------------|-------------|----------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>direita, Tibial anterior, Fibular, L4 L5 s1</b> |                  |            |              |             |                |               |               |              |              |              |
| 6  | cabeça da fibula | 2,6        | 4,4          | 8,95        | 16,9           | 23            | 0,2           | 80           |              |              |
|  | fossa poplítea   | 4,1        | 4,0          | 8,85        | 14,4           | 23            | 0,2           | 100          | 1,55         | 64,5         |
| <b>direita, Abdutor do hálux, Tibial, I4 L5 S1</b> |                  |            |              |             |                |               |               |              |              |              |
| 7  | medial malleolus | 5,9        | 7,5          | 7,47        | 27,9           | 43            | 0,2           | 70           |              |              |

#### Condução Motora (Esquerda)

| Teste   | Pto. Estim.      | Lat.,<br>ms | Ampl.,<br>mV | Dur.,<br>ms | Área,<br>mV×ms | Estim.,<br>mA | Estim.,<br>ms | Dist.,<br>mm | Tempo,<br>ms | Vel.,<br>m/s |
|---|------------------|-------------|--------------|-------------|----------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>esquerda, Tibial anterior, Fibular, L4 L5 s1</b> |                  |             |              |             |                |               |               |              |              |              |
| 1   | fossa poplítea   | 0           |              |             | 21             | 0,2           |               |              |              |              |
| <b>esquerda, Abdutor do hálux, Tibial, I4 L5 S1</b> |                  |             |              |             |                |               |               |              |              |              |
| 2   | medial malleolus | 6,1         | 9,3          | 6,91        | 23,1           | 39            | 0,2           | 70           |              |              |

#### Condução sensitiva (Esquerda)

| Teste  | Ptos. de estim.<br>(captação) | Lat.,<br>ms | Ampl.,<br>μV | Dur.,<br>ms | Área,<br>nV×s | Estim.,<br>mA | Estim.,<br>ms | Dist.,<br>mm | Tempo,<br>ms | Vel.,<br>m/s | Vel.,<br>norm.,<br>m/s | Vel.,<br>dev.,<br>% |
|--|-------------------------------|-------------|--------------|-------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|------------------------|---------------------|
| <b>esquerda, n. Fibular superficial, L4-S1</b> |                               |             |              |             |               |               |               |              |              |              |                        |                     |
| 5  | Terço médio da perna          | 0           |              |             | 15            | 0,1           |               |              |              |              |                        |                     |
| <b>esquerda, n.Sural, S1-S2</b>                |                               |             |              |             |               |               |               |              |              |              |                        |                     |
| 4  | 1                             | 3,0         | 11,9         | 2,9         | 16,8          | 22            | 0,1           | 140          | 3,0          | 46,7         | 50,0                   | (N)                 |

#### Ondas F (Esquerda)

| Teste   | Fmin<br>lat., ms | M lat.,<br>ms | Fmin-M<br>lat., ms | Max Vprox,<br>m/s |
|---|------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| <b>esquerda, Abdutor do hálux, Tibial, I4 L5 S1</b> |                  |               |                    |                   |
| 3   | 64,0             | 7,3           | 56,8               |                   |

#### Atividade espontânea

| Teste   | Fenômeno                              | Ampl.,<br>μV | Contagem |
|---|---------------------------------------|--------------|----------|
| <b>esquerda, Cabeça curta bíceps femoral, Fibular, L5-S2 s3</b> |                                       |              |          |
| 15  | Spontaneous activity was not detected |              |          |
| <b>esquerda, Gastrocnêmio, Tibial, S1-S2</b>                    |                                       |              |          |
| 12  | Spontaneous activity was not detected |              |          |
| <b>esquerda, Tibial anterior, Fibular, L4 L5 s1</b>             |                                       |              |          |
| 9   | Spontaneous activity was not detected |              |          |

#### EMG Interferência...

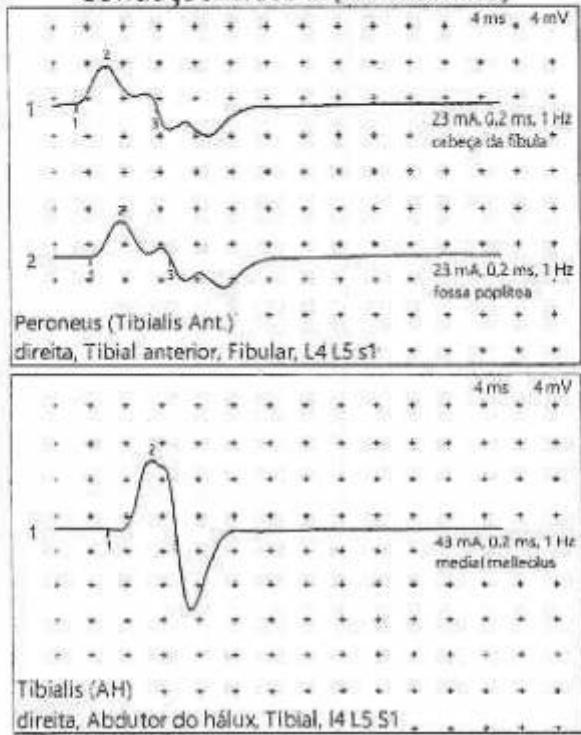
| Teste   | Actv. espont. | Amplitude de MUP | Duração de MUP | Polifasia de MUP | Padrão reverso |
|---|---------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| <b>esquerda, Cabeça curta bíceps femoral, Fibular, L5-S2 s3</b> |               |                  |                |                  |                |
| 14  | N             | N                | N              | N                |                |
| <b>esquerda, Gastrocnêmio, Tibial, S1-S2</b>                    |               |                  |                |                  |                |
| 11  | N             | N                | N              | N                |                |
| <b>esquerda, Tibial anterior, Fibular, L4 L5 s1</b>             |               |                  |                |                  |                |
| 8   | N             | N                | N              | N                |                |

#### MUP

| Teste   | Fibrillations | Fasciculações | Amplitude de MUP | Duração de MUP | Polifasia de MUP |
|---|---------------|---------------|------------------|----------------|------------------|
| <b>esquerda, Cabeça curta bíceps femoral, Fibular, L5-S2 s3</b> |               |               |                  |                |                  |
| 16  | N             | N             | N                | N              | N                |
| <b>esquerda, Gastrocnêmio, Tibial, S1-S2</b>                    |               |               |                  |                |                  |

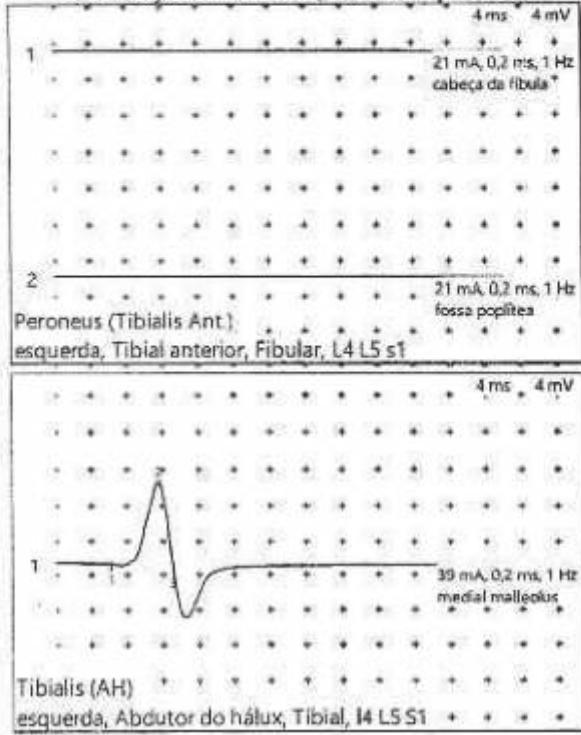
|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 13   | N | N | N | N |
| esquerda, Tibial anterior, Fibular, L4 L5 S1 |   |   |   |   |
| 10   | N | N | N | N |

#### Condução Motora (Lado direito)

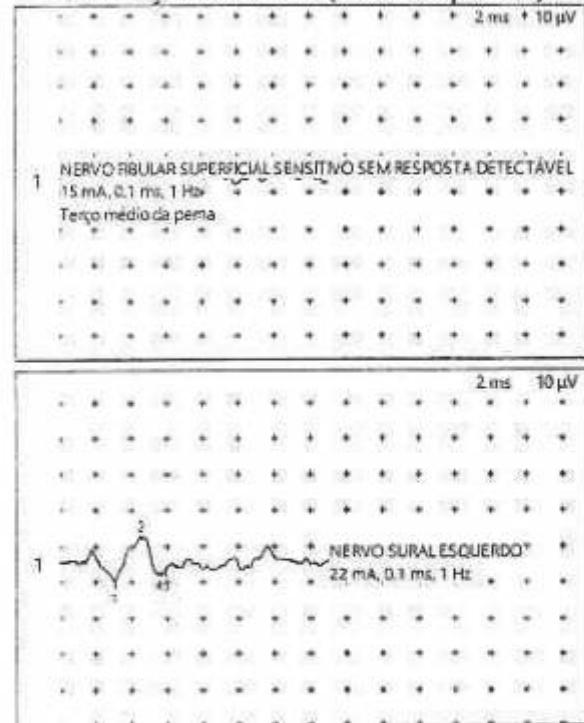


#### Condução sensitiva (Lado Direito)

#### Condução Motora (Lado esquerdo)

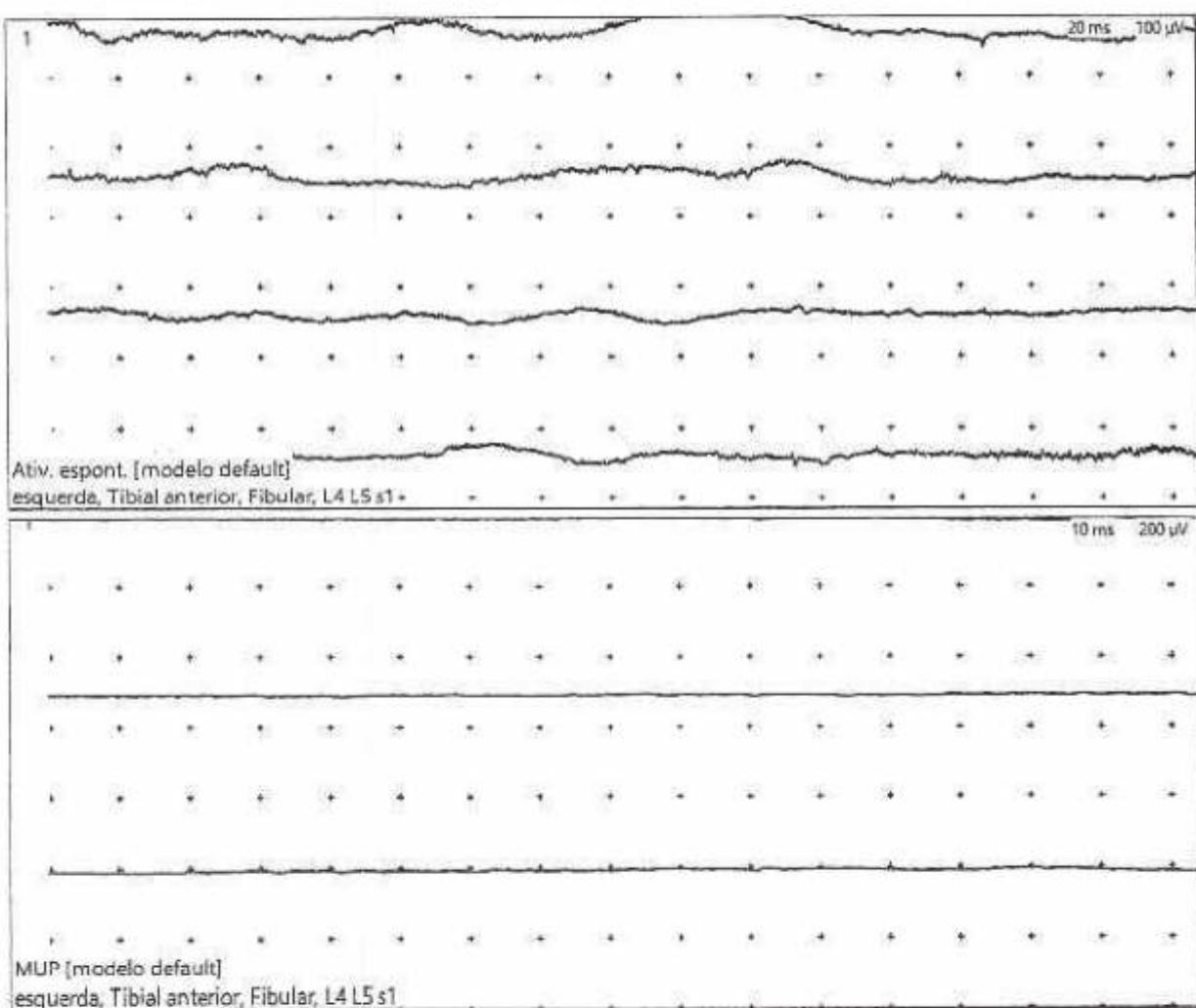
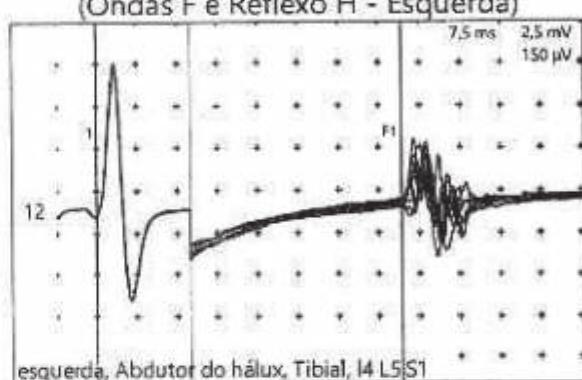


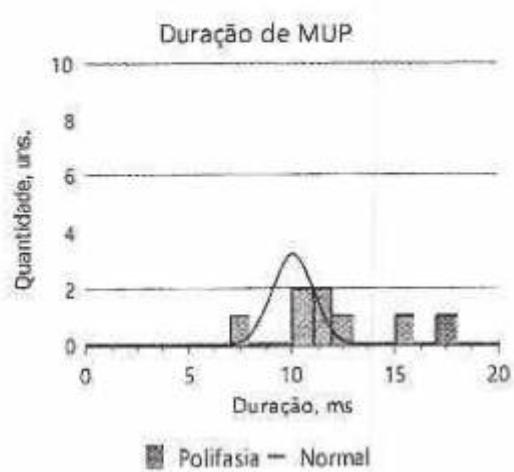
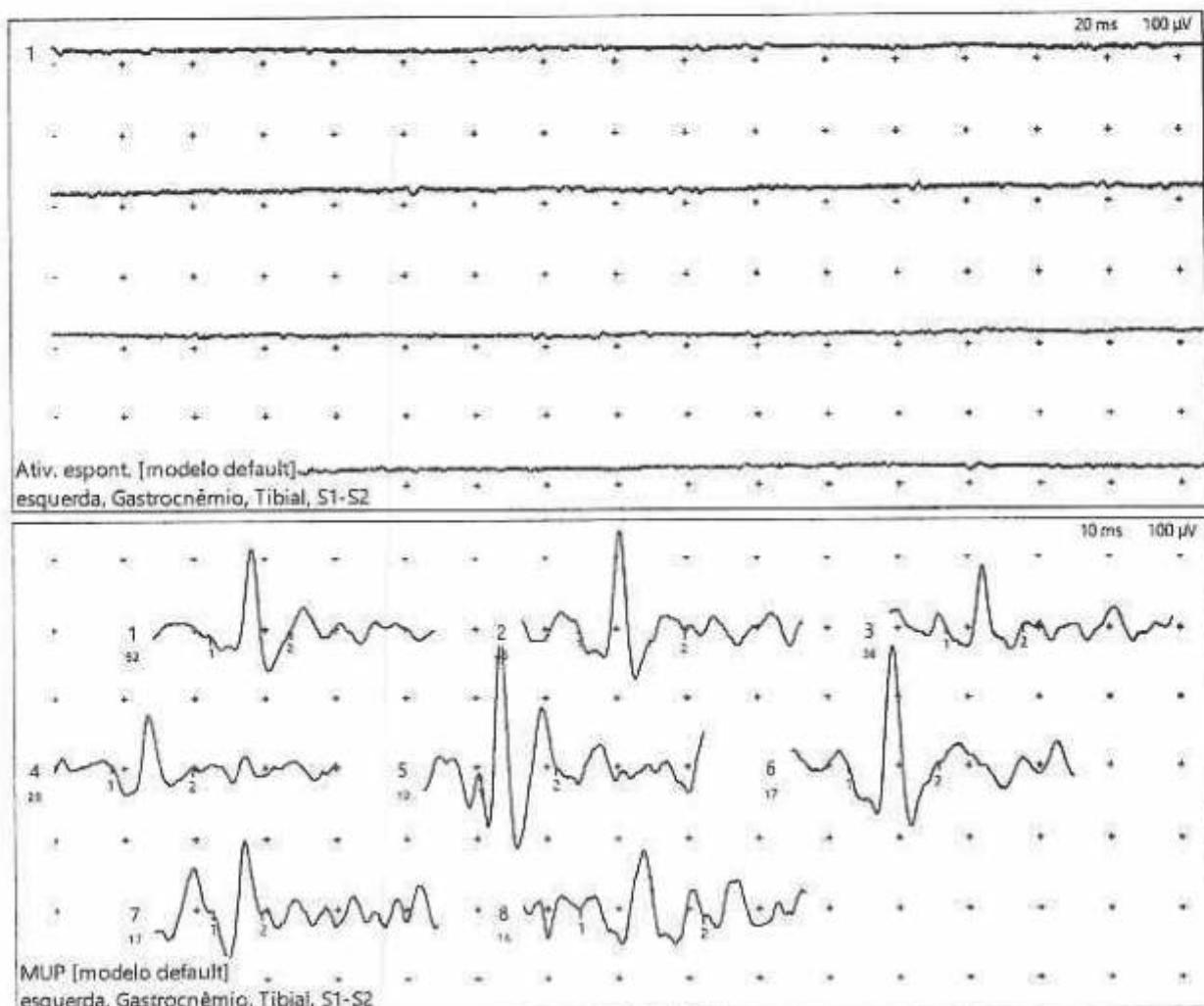
#### Condução sensitiva (Lado Esquerdo)

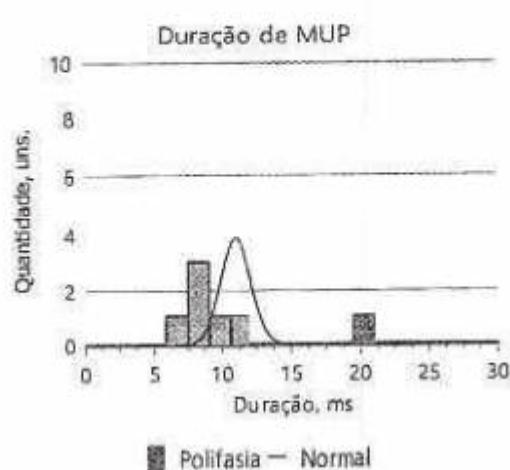
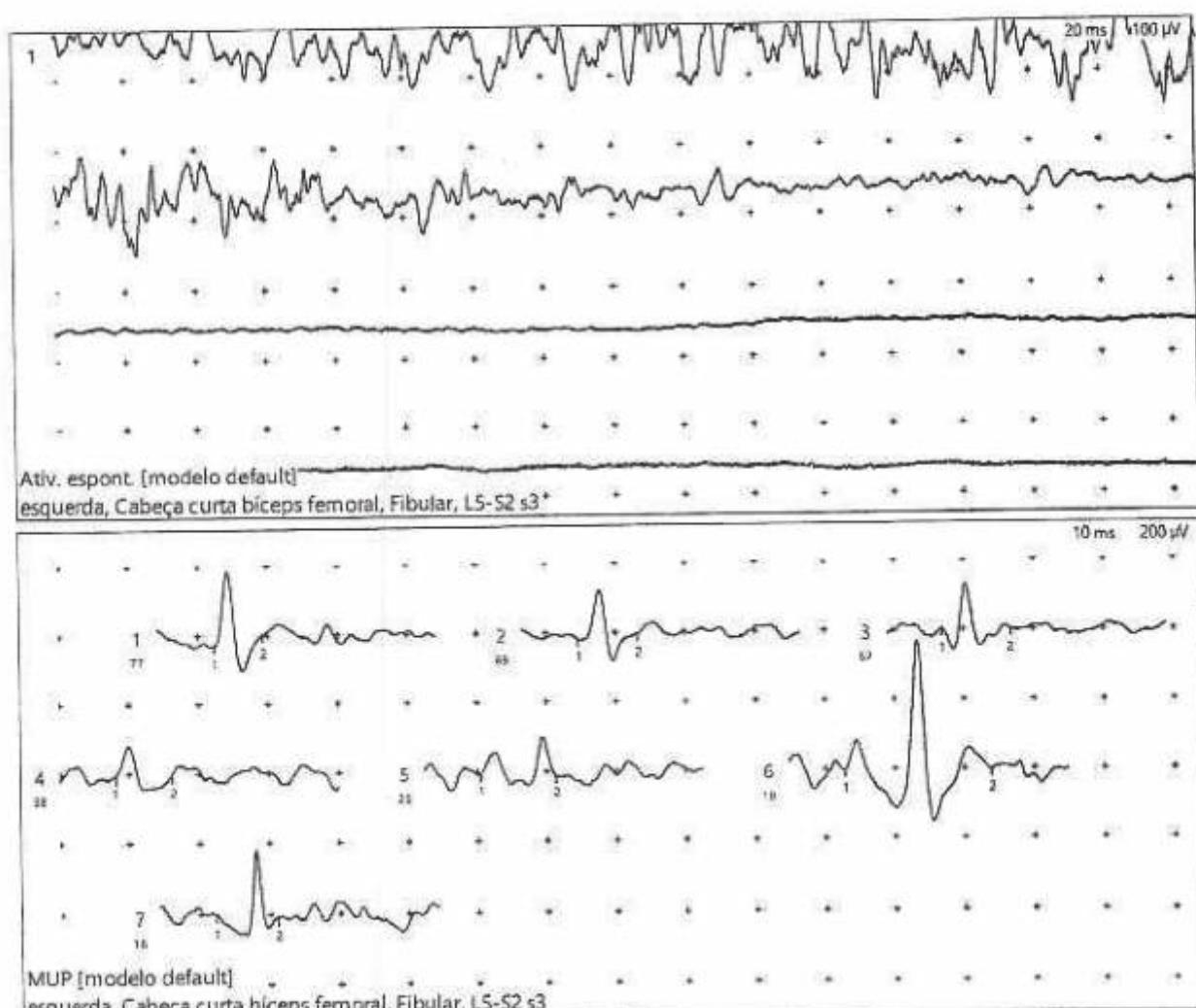


Respostas tardias  
(Ondas F e Reflexo H - Direita)

Respostas tardias  
(Ondas F e Reflexo H - Esquerda)







*Ricardo Carvalho*  
DR. RICARDO CARVALHO  
NEUROcirurgia/ELETRONEUROFÍGOGRAFIA  
CRM 6628

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

|  |  |                   |            |
|--|--|-------------------|------------|
| REGISTRO GERAL<br>NOME   | 003.961.314<br><b>MURILLO GALDINO DA SILVA</b>                                       | DATA DE EXPEDIÇÃO | 25/04/2018 |
| FILIAÇÃO   | JOSE ARNALDO GALDINO DA SILVA<br>SEVERINA MARIA GALDINO DA SILVA                     |                   |            |
| NACIONALIDADE  | DATA DE NASCIMENTO   |                   |            |
| DOC. ORIGEM  | DUAS ESTRADAS PB   | 26/09/1983        |            |
| CPF  | CERT. DE NASCIMENTO L-A-04 F-152 RG-2463<br>DUAS ESTRADAS PB-CARTÓRIO ÚNICO CARTÓRIO |                   |            |
| José Murillo Galdino da Silva - 1a. VIA<br>ASSINATURA DO TITULAR |  |                   |            |
| LEI Nº 7.116 DE 29/08/83   |  |                   |            |





Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**058.445.714-60**

Nome  
**MURILO GALDINO DA SILVA**

Nascimento  
**26/09/1983**

CÓDIGO DE CONTROLE  
**466E.055D.91E7.2180**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 07:44:37 do dia 30/08/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190487207      **Cidade:** Duas Estradas      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MURILO GALDINO DA SILVA      **Data do acidente:** 22/10/2017      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO COM FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA ESCARVANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUADRIL ESQUERDO, LIMITAÇÃO FÍSICO: DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE RESOLUÇÃO DA LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO E CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, MARCHA ESCARVANTE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO QUADRIL ESQUERDO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190487207      **Cidade:** Duas Estradas      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MURILO GALDINO DA SILVA      **Data do acidente:** 22/10/2017      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO COM FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA ESCARVANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUADRIL ESQUERDO, LIMITAÇÃO FÍSICO: DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE RESOLUÇÃO DA LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO E CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, MARCHA ESCARVANTE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO QUADRIL ESQUERDO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

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 |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %   | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%         | R\$ 2.362,50          |
| <b>Total</b>  |  |  | <b>17,5 %</b> | <b>R\$ 2.362,50</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190487207      **Cidade:** Duas Estradas      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MURILO GALDINO DA SILVA      **Data do acidente:** 22/10/2017      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 05/09/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.  
LUXAÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 4,5,9

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @PG.15 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %   | Em grau intenso - 75 %                               | 52,5%         | R\$ 7.087,50          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>52,5 %</b> | <b>R\$ 7.087,50</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190487207      **Cidade:** Duas Estradas      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MURILO GALDINO DA SILVA      **Data do acidente:** 22/10/2017      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 05/09/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.  
LUXAÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 4,5,9

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @PG.15 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %   | Em grau intenso - 75 %                               | 52,5%         | R\$ 7.087,50          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>52,5 %</b> | <b>R\$ 7.087,50</b>   |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0284500/19

**Número do Sinistro:** 3190487207

**Vítima:** MURILO GALDINO DA SILVA

**CPF:** 058.445.714-60

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/10/2017

MURILO GALDINO DA SILVA

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**MURILO GALDINO DA SILVA : 058.445.714-60**

Autorização de pagamento

## 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: 26/08/2019  
Nome: MURILO GALDINO DA SILVA  
CPF: 058.445.714-60

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

---

MURILO GALDINO DA SILVA

---

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0284500/19

**Vítima:** MURILO GALDINO DA SILVA

**CPF:** 058.445.714-60

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/10/2017

**Titular do CPF:** MURILO GALDINO DA SILVA

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

**MURILO GALDINO DA SILVA : 058.445.714-60**

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: 19/08/2019  
Nome: MURILO GALDINO DA SILVA  
CPF: 058.445.714-60

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

MURILO GALDINO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA