
Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190093896

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190093896

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDINALDO FREIRE DE SOUZA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190093896

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDINALDO FREIRE DE SOUZA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190093896

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190093896

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALDO FREIRE DE SOUZA

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **EDINALDO FREIRE DE SOUZA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000039**

Conta: **0000041855-7**

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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Nº do sinistro do ASL: _____ CPF da vítima: 012.888.354-50 Nome completo da vítima: Edinaldo Freire de Souza
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Edinaldo Freire de Souza CPF: 012.888.354-50
 Profissão: _____ Endereço: Rua Calidino Freire Jones Araujo Rodrigues, 511, Centro
 Bairro: Jacaré Cidade: Cabeceira do Rio Preto Estado: PB CEP: 58.000.000

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Disponível para todos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0039 CONTA: 41855 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito de validação) (informar o número da agência) (informar o número da conta)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, sem qualquer retenção, o valor devido em indenização, a qual eu sou o beneficiário, e que eu serei o responsável por devolver o valor caso não seja utilizado para o fim pretendido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMU - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não houve qualquer laudo do IMU (Instituto Médico Unificado) emitido em nome da vítima, a qual eu sou o beneficiário, e que eu serei o responsável por devolver o valor caso não seja utilizado para o fim pretendido.

- ☐ Não há IMU que atenda a região do acidente ou da minha residência;
☐ O IMU que atenda a região do acidente ou da minha residência não registra qualquer perda para fins do Seguro DPVAT;
☒ O IMU que atenda a região do acidente ou da minha residência registra perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima, solicito o pagamento da indenização devida pelo Seguro DPVAT, conforme a legislação em vigor, e a Seguradora LIDER, em nome da vítima, a qual eu sou o beneficiário, e que eu serei o responsável por devolver o valor caso não seja utilizado para o fim pretendido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Outro

Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Filho ☐ Net(a) ☐ Outros

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual o nome e data de nascimento? ☐ Sim ☐ Não Se não, qual o nome e data de nascimento?

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará a indenização devida pelo Seguro DPVAT, conforme a legislação em vigor, e a Seguradora LIDER, em nome da vítima, a qual eu sou o beneficiário, e que eu serei o responsável por devolver o valor caso não seja utilizado para o fim pretendido.

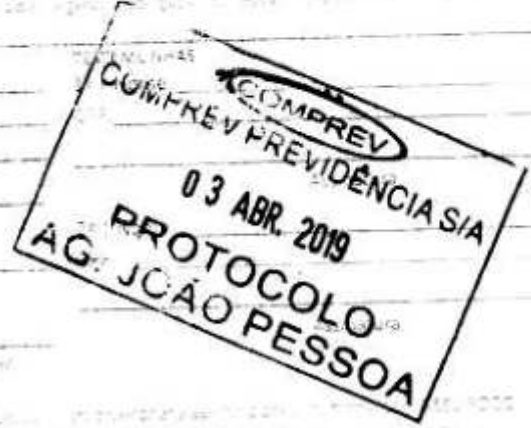
Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura de quem assinou a declaração: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

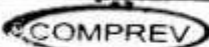
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____



AC 39
OP 13
C 41.855


COMPREV PREVIDÊNCIAS/A
03 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02090.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02090.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:35 horas do dia 01 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Edinaldo Freire de Souza**, CPF nº 012.888.354-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria da Piedade Freire e Clóvis Francisco de Souza, natural de Goianinha/RN, nascido(a) em 10/02/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rodovia Br-230/gen.josé Arakem Rodrigues-jacare, complemento RUA GEN.JOSÉ ARAKEM RODRIGUES-JACARE, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Jacaré Pop, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98724-8298.

Dados do(s) Fatos:

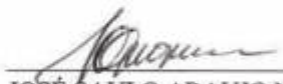
Local: Rua Por do Sol, Jacaré Pop, Jacaré Pop, Cabedelo/PB, bairro Jacaré; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/06/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

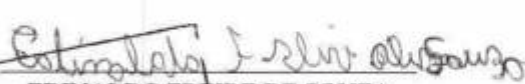
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

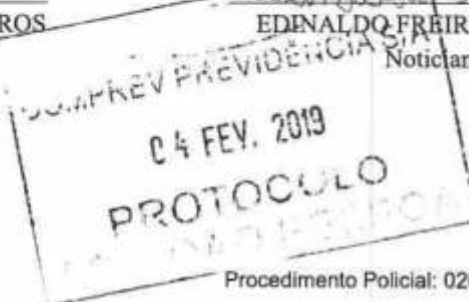
QUE segundo o notificante trafegava com pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA FACTOR YBR 125/K de cor vermelha, placa: NPR 9854/PB, ano e modelo: 2010, chassi nº 9C6KE1220A0116463, registrado em nome de Rosimar Pereira de Oliveira-CPF nº 036.477.674-92; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão quando uma senhora que guiava um veículo FIAT de cor branca, não sabendo especificar o modelo nem placa do mesmo; QUE segundo o notificante esta senhora saía de um estacionamento e sem ter a devida atenção, sem se quer olhar para ver se vinha algum veículo; QUE segundo o notificante por esta razão veio a colidir na lateral direita; QUE segundo o notificante por esta razão foi jogado ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 23.10.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S72,3

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 01 de novembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDINALDO FREIRE DE SOUZA
Notificante



Procedimento Policial: 02090.01.2018.1.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02090.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02090.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:35 horas do dia 01 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nessa Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Edinaldo Freire de Souza, CPF nº 012.888.354-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria da Piedade Freire e Clóvis Francisco de Souza, natural de Goiânia/RN, nascido(a) em 10/02/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rodovia Br-230/gen. José Arakem Rodrigues-Jacaré, complemento RUA GEN. JOSÉ ARAKEM RODRIGUES-JACARÉ, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Jacaré Pop, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98724-8298.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua Por do Sol, Jacaré Pop, Jacaré Pop, Cabedelo/PB, bairro Jacaré; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/06/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

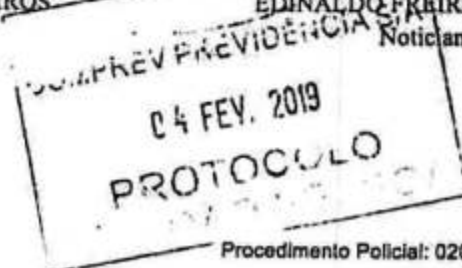
QUE segundo o notificante trafegava com pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA FACTOR YBR 125/K de cor vermelha, placa: NPR 9854/PB, ano e modelo: 2010, chassi nº 9C6KE1220A0116463, registrado em nome de Rosimar Pereira de Oliveira-CPF nº 036.477.674-92; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão quando uma senhora que guiava um veículo FIAT de cor branca, não sabendo especificar o modelo nem placa do mesmo; QUE segundo o notificante esta senhora saía de um estacionamento e sem ter a devida atenção, sem se quer olhar para ver se vinha algum veículo; QUE segundo o notificante por esta razão veio a colidir na lateral direita; QUE segundo o notificante por esta razão foi jogado ao chão; QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 23.10.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S72,3

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 01 de novembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDINALDO FREIRE DE SOUZA
Notificante



Procedimento Policial: 02090.01.2018.1.00.420



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Edinaldo Figueira de Souza

CPF da Vítima

012.888.854-50

Data do Acidente

12/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

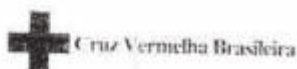
João Pessoa 26 de Novembro de 2018

Local e Data

Edinaldo Figueira de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1087995



Identificação do paciente

ID 559588	Nome EDINALDO FREIRE DE SOUZA	Sexo Masculino
Data de nascimento 10/02/1971	Idade 47 anos 4 meses 2 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL
Mãe MARIA DA PIEDADE FREIRE	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai CLOVIS FRANCISCO DE SOUZA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88748166	Responsável (Parentesco) MARILIA COSTA FREIRE - FILHO(A)
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2592265	DDD Fixo
Local de procedência MANDACARU	Nº Cns 700609965177561	Fone Fixo
Email	Naturalidade GOIANINHA	Tipo BAIRRO
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RUA SAO PEDRO
Número SN	Complemento	Bairro MANDACARU	

Admissão

Data e Hora 12/06/2018 20:07:39	Número da pulseira 1000005174439	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Paciente consciente. Suspeita de fratura MID.
avaliado e encaminhado para CDI

Diagnóstico

Atendido por
YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA

CID

Tempo
01min 16seg

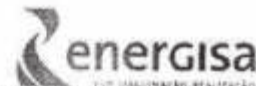
Imprimir

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável da conta.

Ficção para sempre pagamento da rede facilitada de energia elétrica. Nº 014.897.988



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-650
CNPJ 09.095.182 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

LEONARDO GRISI GUEDES
RUA GAL JOSE ARAKEM RODRIGUES S/N CASA B
CABEDELO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1788900-7

REFERÊNCIA

OUT/2018

APRESENTAÇÃO

30/10/2018

CONSUMO

102

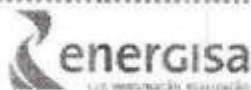
VENCIMENTO

07/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 103,90

Acesse: www.energisa.com.br



GERAÇÃO AQUÍ

LEONARDO GRISI GUEDES

Roteiro: 18-013-280-6055

83650000001-0 03900054000-3 17889002018-7 10600013019-0

VENCIMENTO

07/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 103,90

MATRÍCULA

1788900-2018-10-6





Received 25/01/2018 Accepted 04/02/2018

Customer Support: 1-800-4-A-CONCRETE
Website: 12-5-130-4001 Fax: 12-5-130-4002

01/24/2014 12:00 PM

© 2004 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. This publication is protected by copyright. Any unauthorized distribution or reproduction of this work in any form or by any means without the prior written permission of The McGraw-Hill Companies, Inc. is prohibited. This publication may be reproduced in whole or in part for personal or internal reference use only. For all other use, permission should be obtained from The McGraw-Hill Companies, Inc. ISBN 0-07-141815-5

Call your local Toyota dealer or Toyota Financial Services at 1-800-331-2277 for more information.

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	310.842.224-16

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
27/07/18	2006	23/07/18	2014		214	66	
Demonstrativo							
CD - Energia		Quota de Partido	Valor Baseado em	Valor Baseado em	Valor Baseado em	Valor Baseado em	
		Resultado Total (R\$) (STRATFOR) QCM					
0001 - Consumo energia		104.000 000,00	177,75	177,75 26	34,94	177,75 1,21	5,65
0001 - Aço B Remonta			177,75	177,75 26	2,81	177,75 0,10	0,46
ENCARGAMENTOS E SERVIÇOS							
0007 - CONTRA SERVIÇO PÚBLICA			1,73	3,00 0	0,52	3,00 0,26	0,16

Quantidade consumida (KWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
128	28/10/2018	R\$ 207,23

[illegible]

ac67.d360.4152.6dfc.e508.1855.4f76.7143

[illegible]

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Reajuste Tarifaço Vigência 2023/18-Raz. AIGEL nº 2 425-8444 Tarifaço 15,91% Voto
Reajuste Tarifaço Vigência 2023/18-Raz. AIGEL nº 2 425-8444 Tarifaço 15,91% Voto
votante 15,91%

Chen et al.

PAPERS

Received 10 May 2006; accepted 10 May 2006

1997-1998, 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016, 2017-2018, 2019-2020, 2021-2022, 2023-2024, 2025-2026, 2027-2028, 2029-2030, 2031-2032, 2033-2034, 2035-2036, 2037-2038, 2039-2040, 2041-2042, 2043-2044, 2045-2046, 2047-2048, 2049-2050, 2051-2052, 2053-2054, 2055-2056, 2057-2058, 2059-2060, 2061-2062, 2063-2064, 2065-2066, 2067-2068, 2069-2070, 2071-2072, 2073-2074, 2075-2076, 2077-2078, 2079-2080, 2081-2082, 2083-2084, 2085-2086, 2087-2088, 2089-2090, 2091-2092, 2093-2094, 2095-2096, 2097-2098, 2099-2100, 2101-2102, 2103-2104, 2105-2106, 2107-2108, 2109-2110, 2111-2112, 2113-2114, 2115-2116, 2117-2118, 2119-2120, 2121-2122, 2123-2124, 2125-2126, 2127-2128, 2129-2130, 2131-2132, 2133-2134, 2135-2136, 2137-2138, 2139-2140, 2141-2142, 2143-2144, 2145-2146, 2147-2148, 2149-2150, 2151-2152, 2153-2154, 2155-2156, 2157-2158, 2159-2160, 2161-2162, 2163-2164, 2165-2166, 2167-2168, 2169-2170, 2171-2172, 2173-2174, 2175-2176, 2177-2178, 2179-2180, 2181-2182, 2183-2184, 2185-2186, 2187-2188, 2189-2190, 2191-2192, 2193-2194, 2195-2196, 2197-2198, 2199-2200, 2201-2202, 2203-2204, 2205-2206, 2207-2208, 2209-2210, 2211-2212, 2213-2214, 2215-2216, 2217-2218, 2219-2220, 2221-2222, 2223-2224, 2225-2226, 2227-2228, 2229-2230, 2231-2232, 2233-2234, 2235-2236, 2237-2238, 2239-2240, 2241-2242, 2243-2244, 2245-2246, 2247-2248, 2249-2250, 2251-2252, 2253-2254, 2255-2256, 2257-2258, 2259-2260, 2261-2262, 2263-2264, 2265-2266, 2267-2268, 2269-2270, 2271-2272, 2273-2274, 2275-2276, 2277-2278, 2279-2280, 2281-2282, 2283-2284, 2285-2286, 2287-2288, 2289-2290, 2291-2292, 2293-2294, 2295-2296, 2297-2298, 2299-2300, 2301-2302, 2303-2304, 2305-2306, 2307-2308, 2309-2310, 2311-2312, 2313-2314, 2315-2316, 2317-2318, 2319-2320, 2321-2322, 2323-2324, 2325-2326, 2327-2328, 2329-2330, 2331-2332, 2333-2334, 2335-2336, 2337-2338, 2339-2340, 2341-2342, 2343-2344, 2345-2346, 2347-2348, 2349-2350, 2351-2352, 2353-2354, 2355-2356, 2357-2358, 2359-2360, 2361-2362, 2363-2364, 2365-2366, 2367-2368, 2369-2370, 2371-2372, 2373-2374, 2375-2376, 2377-2378, 2379-2380, 2381-2382, 2383-2384, 2385-2386, 2387-2388, 2389-2390, 2391-2392, 2393-2394, 2395-2396, 2397-2398, 2399-2400, 2401-2402, 2403-2404, 2405-2406, 2407-2408, 2409-2410, 2411-2412, 2413-2414, 2415-2416, 2417-2418, 2419-2420, 2421-2422, 2423-2424, 2425-2426, 2427-2428, 2429-2430, 2431-2432, 2433-2434, 2435-2436, 2437-2438, 2439-2440, 2441-2442, 2443-2444, 2445-2446, 2447-2448, 2449-2450, 2451-2452, 2453-2454, 2455-2456, 2457-2458, 2459-2460, 2461-2462, 2463-2464, 2465-2466, 2467-2468, 2469-2470, 2471-2472, 2473-2474, 2475-2476, 2477-2478, 2479-2480, 2481-2482, 2483-2484, 2485-2486, 2487-2488, 2489-2490, 2491-2492, 2493-2494, 2495-2496, 2497-2498, 2499-2500, 2501-2502, 2503-2504, 2505-2506, 2507-2508, 2509-2510, 2511-2512, 2513-2514, 2515-2516, 2517-2518, 2519-2520, 2521-2522, 2523-2524, 2525-2526, 2527-2528, 2529-2530, 2531-2532, 2533-2534, 2535-2536, 2537-2538, 2539-2540, 2541-2542, 2543-2544, 2545-2546, 2547-2548, 2549-2550, 2551-2552, 2553-2554, 2555-2556, 2557-2558, 2559-2560, 2561-2562, 2563-2564, 2565-2566, 2567-2568, 2569-2570, 2571-2572, 2573-2574, 2575-2576, 2577-2578, 2579-2580, 2581-2582, 2583-2584, 2585-2586, 2587-2588, 2589-2590, 2591-2592, 2593-2594, 2595-2596, 2597-2598, 2599-2600, 2601-2602, 2603-2604, 2605-2606, 2607-2608, 2609-2610, 2611-2612, 2613-2614, 2615-2616, 2617-2618, 2619-2620, 2621-2622, 2623-2624, 2625-2626, 2627-2628, 2629-2630, 2631-2632, 2633-2634, 2635-2636, 2637-2638, 2639-2640, 2641-2642, 2643-2644, 2645-2646, 2647-2648, 2649-2650, 2651-2652, 2653-2654, 2655-2656, 2657-2658, 2659-2660, 2661-2662, 2663-2664, 2665-2666, 2667-2668, 2669-2670, 2671-2672, 2673-2674, 2675-2676, 2677-2678, 2679-2680, 2681-2682, 2683-2684, 2685-2686, 2687-2688, 2689-2690, 2691-2692, 2693-2694, 2695-2696, 2697-2698, 2699-2700, 2701-2702, 2703-2704, 2705-2706, 2707-2708, 2709-2710, 2711-2712, 2713-2714, 2715-2716, 2717-2718, 2719-2720, 2721-2722, 2723-2724, 2725-2726, 2727-2728, 2729-2730, 2731-2732, 2733-2734, 2735-2736, 2737-2738, 2739-2740, 27

29/10/2018

RS 207.23

83670000002-6 07230149000-8 16983582018-7 106000005018-0



04 FEV. 2019
PROTOCOLO
PELO PESSO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edinaldo Freire de Souza inscrito
(a) no CPF sob o Nº 012.888.854-50 do sinistro de DPVAT cobertura em validade da Vítima
Edinaldo Freire de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.888.854-50, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua Santa Eustáquia, 100 - Duarte		157	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Marquês	João Pessoa	PB	58056-384
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
	98663-4000		99105-5363

Leandro de novembro de 2018
Local e Data

Local e Data


Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDINALDO FREIRE DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO 10/02/71
NOME DA MÃE MARIA DA PIEDADE FREIRE

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

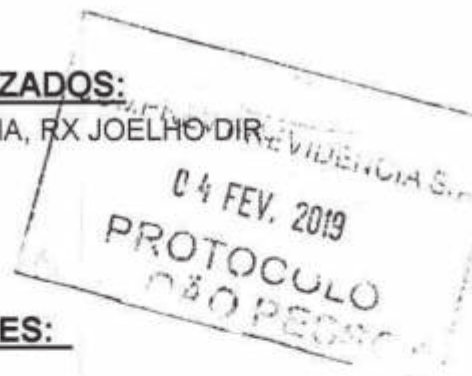
PRONTUÁRIO N.º 109306
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1087995
DATA DO ATENDIMENTO 12/06/18
HORA DO ATENDIMENTO 20:07
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE FEMUR DIREITO , FERIMENTO EM JOELHO DIR.
CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR EM COXA E JOELHO DIREITO .
PRESENÇA DE FERIMENTO NO JOELHO DIR. , E DEFORMIDADE NA COXA .

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX COXA DIREITO, RX COLUNA CERVICAL, RX TORAX, RX BACIA, RX JOELHO DIR.
ECG com risco cirúrgico.
EXAMES HEMATOLOGICOS



RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA DIREITA - FRATURA TRANSTROCANTERIANA E FRATURA DIAFISARIA EM FEMUR DIR. ,

TRATAMENTO:

TRAÇÃO TRANSESQUELETICA TIBIAL DIR. , TRATAMENTO CIRURGICO DE FEMUR BASOSERVICAL
E TROCANTER MAIOR A DIREITA E DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO

ALTA HOSPITALAR: 24/06/18
DATA DA EMISSÃO: 23/10/18

Elivaldo Sales de Tolêdo
Cirurgião Geral
CRM 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO
CRM: 1873/PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EDINALDO FREIRE DE SOUZA		BAE 1087995	Data/Hora Entrada 12/06/2018 20:07:39	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1971	Idade 47a 4m 2d	Sexo Masculino	CNS 700609965177561	Telefone de Contato (83) 88748166
Mãe MARIA DA PIEDADE FREIRE				Prontuário
Endereço RUA SAO PEDRO, SN		Beiro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional HELTON VELOSO DE MOURA		Nº Cons. Regional 7113/PB
Data/Hora Classificação 12/06/2018 20:07:39			Data/Hora Prescrição 12/06/2018 20:28:38	

Anamnese

#Cirurgia Geral#

Paciente vítima de colisão moto x carro, em uso de capacete. Nega perda de consciência, náuseas ou vômitos. Queixa-se de intensa dor em coxa direita e joelho direito. Ausência de sinais de TCE. Tórax sem alterações. Abdomen plano, flácido, indolor à palpação. Bacia estável. MID imobilizado. Fratura fechada em coxa direita. Suspeita de fratura exposta em joelho direito.

CD: Solicito Rx Coluna Cervical, Tórax, Bacia, Coxa Direita e Joelho Direito + avaliação da Ortopedia

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSN)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

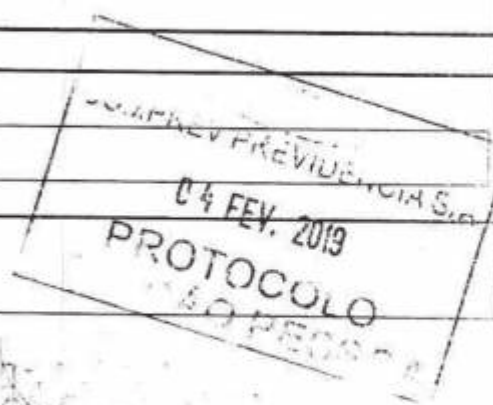
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



EDINALDO FREIRE DE SOUZA

HELTON VELOSO DE MOURA
(CRM: 7113/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EDINALDO FREIRE DE SOUZA	BAE 1087995	Data/Hora Entrada 12/06/2018 20:07:39	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1971	Idade 47a 4m 3d	Sexo Masculino	CNS 700609965177561
Mãe MARIA DA PIEDADE FREIRE			Telefone de Contato (83) 88748166
Endereço RUA SAO PEDRO, SN	Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO	UF PB
Data/Hora Classificação 12/06/2018 20:07:39		Data/Hora Prescrição 12/06/2018 22:51:37	Nº Cons. Regional 10204/PB

Anamnese

"ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA AUTOMOBILISTICO. LESÃO EM PARTES MOLES DE JOELHO DIREITO
DEFORMIDADE EM COXA DIREITA

RX: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FEMUR DIREITO + DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

CD: LMC DE JOELHO DIREITO + TRAÇÃO TRANSESQUELETICA TIBIAL DIREITA

INTERNAMENTO HOSPITALAR

INICIO CEFALOTINA

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

SOLICITO RX DE PERNA DIREITA

SOLICITO ECG + RISCO CIRURGICO

7 KGS EM TRAÇÃO TRANSESQUELETICA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

Conduta

Em observação

EDINALDO FREIRE DE SOUZA

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(: 10204/PB)



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



HETSBL

Número: 3087995

Prontuário: 3087995

Data: 20/06/18

Paciente: Edinaldo Freire de Souza

Data: 20/06/18

Procedimento: SB. Implants e próteses dentárias

Reposição: 2

SUS: () Não SUS () Plástico Dentário

Médico: Santana + Victor (R2) + Raulana (R2)

Caixa Pronta: 2

DISPENSACÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
TM	cd Placa DHS 125	01		
MSI PCS	cd Vitec Placante n° 70	01		
	cd Placa Placante n° 70	01		
	Rev. 415 - 301327, 341 e 360	09		
LSM -	Apêndices o Amantamento	---		
Art-Sintese	cd de Kirschner n° 2,5 T	7600		
	11 11 Steinman n° 14,01	---		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

04 FEV. 2019
PROTOCOLADO
DEB PESS

Dr. Fabiana Cristina Brito Dantas
Enfermeira

ASSINATURA DO MEDICO - CRM

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

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

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

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

102 Plano de DMS DZ E + 01 Plm Deslocante 70 +
102 Plano de DMS DZ E + 01 Plm Deslocante 70 +
4, 5 - Instrução de Serviço PREVIDÊNCIA Sin
Eixo de Kinschmer 4, 5 - 25 de FEV. 2019
PROTOCOLADO
341 e 360

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES-PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

HEALTH

Número: 1087995
Paciente: EDINALDO FREIRE DE SOUZA
Procedimento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRAUMA DE TIBIA
SUS: ☒ Não SUS ☐ + LIMPEZA MECÂNICA DE JOELHO (D)
Médico: DR. MATHEUS

Data: 12/06/18

Caixa Pronta: 1

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

PROTÓTIPO PREVIDENCIADO
04 FEV. 2019
PROTÓTIPO

DISPENSACÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MARCA
ARTISINTESE	FIO DE KIRSCHNER Nº45	01	ARTISINTESE

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
DR. MATHEUS
ASSINATURA DE ENFERMAGEM - COREN
MANA JOSE M. S. BARRIO
TEC. DE ENFERMAGEM
ASSINATURA COMPROVADA - TRANSACVIEL
08/06/2018



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSML

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSML

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EDINALDO FREIRE DE SOUZA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

10879915

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc

1

Fem

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

COD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

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

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

31 - QDDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ORÇ FIO DE KIRSCHNER Nº 4,5
FOR: ARTISINTESE

PROTÓCOLO
04 FEV. 2019

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHI

NOME: **EDINALDO FREIRE DE SOUZA** BE/PRONTUÁRIO: **1087995**
IDADE: **47** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **20/06/2018**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR BASOCERVICAL E DE TROCANTER MAIOR E FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO**
CIRURGIÃO: **DR. SANTINO** 1º ASS: **MR2 VICTOR**
2º ASS: **MR1 LAIANA** 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE FÊMUR BASOCERVICAL E TROCANTER MAIOR A DIREITA	
E FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÊMUR BASOCERVICAL E TROCANTER MAIOR A DIREITA	
E FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM- 8491

DATA: **20/06/2018**





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

ANTIBIOTICOPROFILAXIA

PACIENTE EM DDH EM MESA DE TRAÇÃO SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

INCISÃO EM FACE LATERAL DE COXA

AVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS

CUIDADOS DE HEMOSTASIA

Achados:

FRATURA DE FÊMUR DIREITO BASOCERVICAL E TROCANTER MAIOR

FRATURA DIAFISÁRIO DE FÊMUR DIREITO

Conduta:

REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO COM PARAFUSO DESLIZANTE N° 80 + PLACA DHS 12 FUROS

MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%

SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS

CURATIVOS ESTÉREIS

RX DE CONTROLE

Fechamento:

Observação:

04 FEV. 2019
PROTOCOLO
DE PESSOAS

Médico/CRM:

Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM- 8491

João Pessoa,

20/06/2018

FORMULÁRIO DE PREPARAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: **Edmundo Freire de Sousa**

IDADE: **47** SEXO: **M** DATA DO NASCIMENTO: **10/08/1995** ENFERMARIA: **0** LEITO: **0**

CIRURGIÃO: **Dr. B. Transcendental** ANESTESISTA: **Dr. B. Transcendental**

ANESTESIA: **Raqui** ANESTESISTA: **Dr. B. Transcendental**

INSTRUMENTADOR: **Dr. B. Transcendental**

DATA: **20/06/2019** HORA DO INÍCIO: **08:00** HORA DO FIM: **13:00**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): **ASA 1**

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: **CONTAMINADA**

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.

ALFENTANIL		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1 SF 500W	JELCO Nº18	1	FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	OK SKL	JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
ETOMIDATO		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	20
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	1
FENTANIL	1	LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	1
ISOFLURANO		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	1
BUPIVACAÍNA C VASO		LÂMINA DE DERMATÓMIO		FIO POLIGLACTINA Nº	
BUPIVACAÍNA S VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
INA C VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S VASO		LUVA ESTERIL Nº7.0	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAM	1	LUVA ESTERIL Nº7.5	OK	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MORFINA	0,2	LUVA ESTERIL Nº8.0	OK	FIO SEDA Nº	
NIMBUL		LUVA ESTERIL Nº8.5	OK	FITA CARDÍACA	
PANCRÔNIO		MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PETIDINA		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PROPURFOL		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
RAMIFENTANIL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ROCLÔNIO		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	2
SEVOFLURANO		SERINGA 3ML	OK	FIO DE KIRSCHNER Nº	1
SUXAMETÔNIO		SERINGA 5ML	OK	FIO STEINMAN Nº	40
TIOPENTAL		SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN Nº	1
		SERINGA 20ML	OK	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	

MEDICAÇÕES QTD.

ADRENALINA	1	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ÁGUA DESTILADA	OK	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ATROPINA	OK	CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
BEXTRA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº13	
NA SÓDICA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
NA	1	CERA PARA OSO		SONDA NASOG. CURTA	
FLU. AMIDA		COLET. URINA FECHADO	1	SONDA NASOG. LONGA	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	SONDA L'RETRAL Nº	
GLUCONATO DE CÁLCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	TORNEIRINHA	
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENROSE	OK	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LIDOCAÍNA GELÉIA	OK	DRENO DE SUÇÃO	OK	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDASENTRONA		ELETRODOS	OK	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
PLASIL		EQUIPO MACROGOTAS	OK	TUBO SILICONE (LATEX)	
PROSTIGMINE		EQUIPO TRANSF. SANGUE	OK		
PROTANINA		EQUIPO MICROGOTAS	OK		
TENOXICAN		ESPONJA DE PVPI	OK		

EQUIPAMENTOS

ASPIRADOR	
BISTURI ELÉTRICO	
CAPNÓGRAFO	
CARDIOMONITOR	
DESFIBRILADOR	
FOTO AUXILIAR	
FOCO CENTRAL	
MICROSCOPIO	
OXÍMETRO DE PULSO	
P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
PERFURADOR ELÉTRICO	
SERRA	
CIRCULANTE	

04 FEV. 2019

PROTÓCOLO

341236H

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 20 DE 18

PRONTUÁRIO: 1057995

PACIENTE: Edinaldo Freire de Souza

SEXO: M

COR:

IDADE: 47

PRESSÃO ARTERIAL 120x70 PULSO 75 RESPIRAÇÃO espontânea TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES UPR

AP. RESPIRATÓRIO OK AP. CIRCULATÓRIO OK
AP. DIGESTIVO Regular ESTADO MENTAL COTE DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO DOSE/HORA 500mg ESTADO FÍSICO (AS) II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fx de diáfise de fêmur (2)

CIRURGIA REALIZADA Tto cirúrgico de fx de diáfise de fêmur (2)

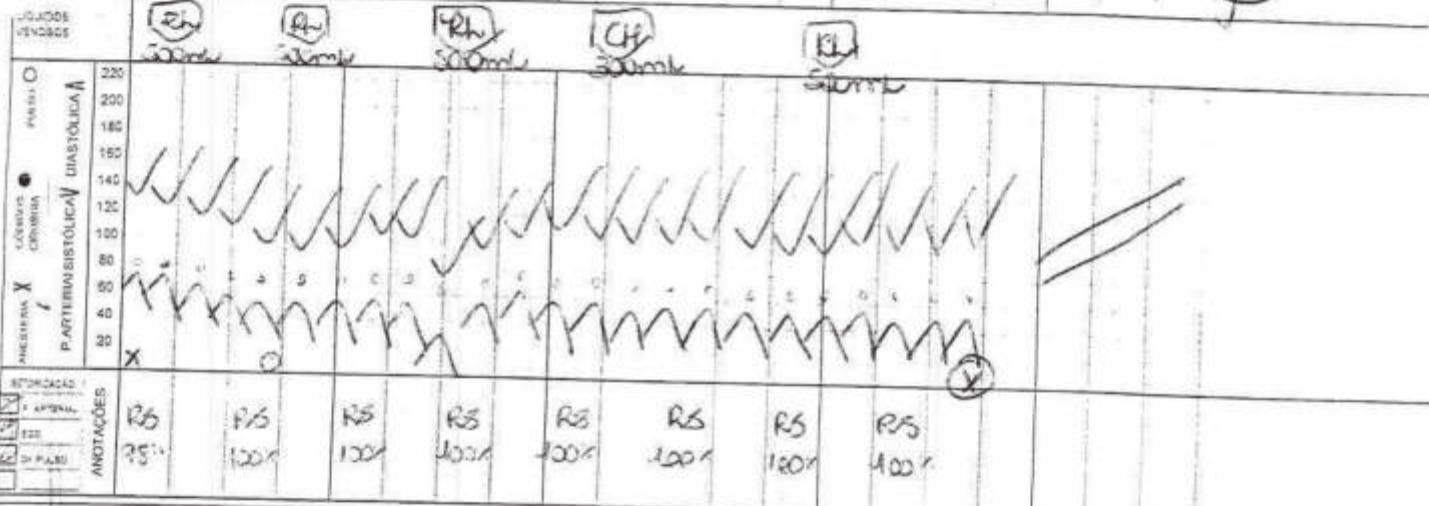
CIRURGIÃO Dr. Souto AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 8:30h TÉRMINO DA ANESTESIA 13:00h DURAÇÃO DA ANESTESIA 4h 30min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Tércio Dr. Almo (CRF) CRM-PB 7611

AGENTES-HORA	8:30h	9:30h	10:30h	11:30h
U ₂ N ₂ O				



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

TÉCNICA Paciente intubado; sentado, antissepsia, punção raquidiana, vácuo entre L2-L3 com agulha. MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

USUÁRIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
NOME	Cefazolin - ag	Midazolam - 5mg + 5mg	Fentanyl - 120mcg	Propofol - 200mg	Atropina - 2mg	Fentanyl - 2mg	Dexametasona - 1mg	Dilúente - ag	Orbital - 4mg	Etiopirato - 120mg	Efedrina - 1mg + 1mg	Atropina - 2mg	Transamin - 4g							
SANGUE																				
RINGER																				
TOTAL																				
DESTINO DO PACIENTE																				
<input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ENFERMARIA																				
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA																				
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS UPR																				

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES Paciente com hta, hca, f, e l, injetado de 200mg de etopirato no espaço subaracnóideo, sem alteração.

PROTÓTIPO
24 FEV. 2019
PROTÓTIPO

Nota de Sala Cirúrgica

BE: 108-7995

NOME DO PACIENTE: Edinaldo F. Reis de Souza
 IDADE: 47 RE: PRONTUÁRIO ENFERMARIA: LEITO
 CIRURGIA: Hc. Dr. Traqui Transesquelética de Tibia (1) + limpeza
 CIRURGIA: Dr. Thalys metabólica de
 ANESTESIA: Dr. Thalys
 ANESTESISTA: Dr. Thalys + Dr. Gesina (R3)
 INSTRUMENTADOR: Dr. Thalys

DATA: 26/01/18 TEMPO CIRÚRGICO: 22:00 ANESTESIA INICIO: 23:00 CIRURGIA INÍCIO: 23:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA 1 (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5 (1)

GRAL DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (1) CONTAMINADA (1) INFECTADA (1) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	✓	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN. TORAXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	30 F
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	✓	LÂMINA BISTURI Nº23	1	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	✓	LÂMINA BISTURI Nº24	1	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	✓	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C. VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C. VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C. VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7.0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C. VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7.5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C. VASO		LUVA ESTÉRIL Nº8.0		FIO SEDA Nº	
MIDAZOLAM	✓	LUVA ESTÉRIL Nº8.5		FITA CARDIACA	
MORFINA	✓	MASCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
NMBIUM		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PANCRÔNIO		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PETIDINA		SCALP Nº10		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPOFOL		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
RAMIFENTANIL		SERINGA 3ML	F	FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCIÔNIO		SERINGA 5ML	F	FIO STEINMAN Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 10ML	F	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 20ML	F	GRAMPEADOR CIRURGICO	
TIOPENTAL		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVIVEL	
MEDICAÇÕES	QTD.	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
AGL. A. DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT PAM	
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
BENTRA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
CEFALOXINA	✓	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
DEXAMETASONA	✓	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPLOINA SODICA	✓	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
E. SA		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
OSEMIDA		TORNEIRINHA		PARAFUSOS MAFOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MAFOLAR	
HIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
LIDOCAINA GELEIA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA		TUBO SILICONE (LATEX)		EQUIPAMENTOS	
PLASIL				(1) ASPIRADOR	
PROSTIGNINE				(1) BISTURI ELETRICO	
PROTAMINA				(1) CAPNOGRAFO	
TENOXICAN				(1) CARDIOMONITOR	
				(1) DESFIBRILADOR	
				(1) FOCO AUXILIAR	
				(1) FOCO CENTRAL	
				(1) MICROSCOPIO	
				(1) OXIMETRO DE PULSO	
				(1) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				(1) PERFURADOR ELETRICO	
				(1) SERRA	
				CIRCULANTE	

Manoel José M. S. Barreto
 TEC. DE ENFERMAGEM
 COREN/PB 205-711



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL

Nome: *Edson de Jesus da Silva* CBE/Prontuário: *117213*
 Idade: *44* Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: *Preto* Data: *12/12/18*
 Clínica/Setor: *Unidade de Pronto Atendimento* EMP: *Unidade de Pronto Atendimento* LR: *Unidade de Pronto Atendimento*
 Cirurgia: *Unidade de Pronto Atendimento*
 Cirurgião: *Dr. Edson* 1º Assistente: *Dr. Edson*
 2º Assistente: *Dr. Edson* 3º Assistente: *Dr. Edson*
 Instrumentador: *Dr. Edson* Anestesista: *Dr. Edson*
 Tipo de Anestesia: *Local* Horário: Início *14h* Término *16h*

Diagnóstico Pós-Operatório

CID

Unidade de Pronto Atendimento

Procedimentos Cirúrgicos

Código

Unidade de Pronto Atendimento

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



João Pessoa, *12/12/18*

Médico/CRM:

Dr. Edson



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1º Paciente em decúbito dorsal
Limpando a área

Incisão:

1º Incisão em "L" - 10 cm
2º Incisão de 10 cm longitudinal

Achados:

1º Paciente em decúbito dorsal
2º Paciente em decúbito dorsal

Conduta:

1º Paciente em decúbito dorsal
2º Paciente em decúbito dorsal

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:



João Pessoa

ENC/ASCT/001

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/06/2018

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Edinardo Frazza de Souza SEXO: M COR: Pardo IDADE: 49 A

PRESSÃO ARTERIAL 120/70 PULSO 60 bpm RESPIRAÇÃO 12 TEMPERATURA 36,5 PESO 70 GRUPO SANGÜÍNEO A

ESTADO GERAL ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAL ☐ PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ☐ BOM ☒ REGULAR ☐ MAL ☐ PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VP.M

AP. RESPIRATÓRIO em AIT de FRA AB. RESPIRATÓRIO RCR em 27 CIBAF

AP. DIGESTIVO jejum 2h ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO ESTADO FÍSICO (ASA) I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura femur e pulso direito

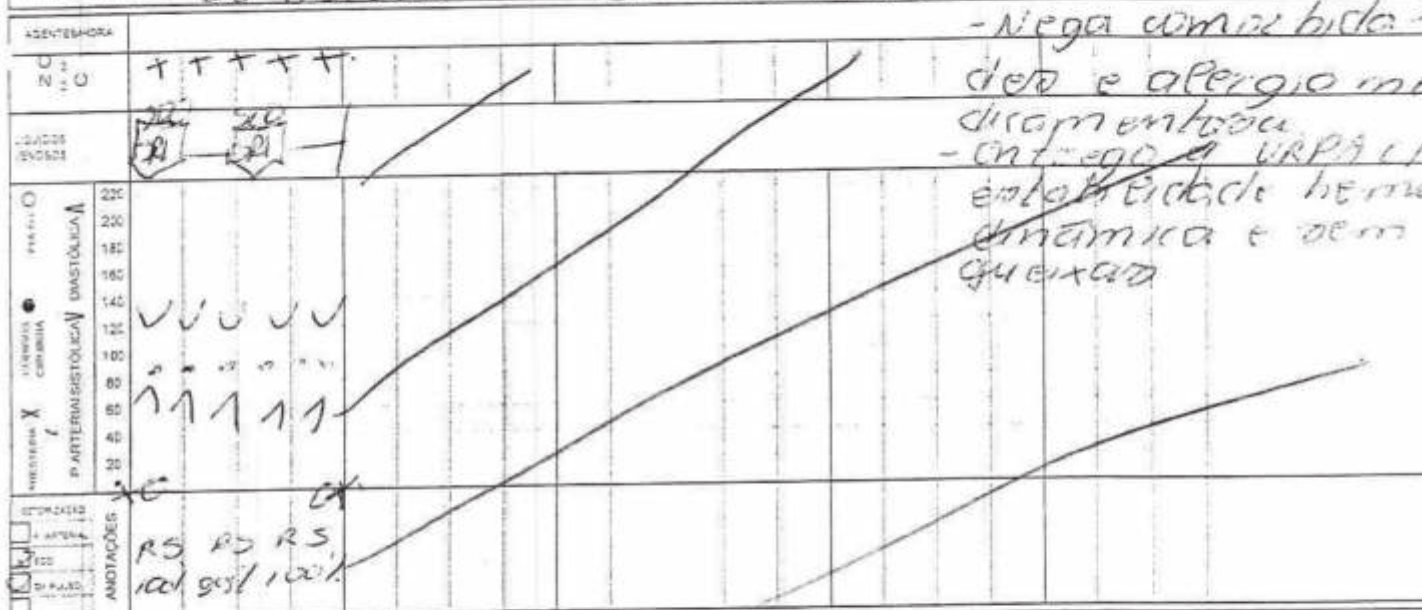
CIRURGIA REALIZADA Troca de placa e parafusos no fêmur direito +

CIRURGIÃO Dr. Thales AUXILIARES Dr. Kertney Limpeza m. p. n.

INÍCIO DA ANESTESIA 22:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 23:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS João D

ANESTESISTA Dr. Tibério CPF + Dra. Gemma CRM 278



☐ ANESTESIA GERAL ☒ TRADICIONAL ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA Intubação oral com videolaringoscopia em M3C-D A1 e B2

LIQUIDOS MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	USADO EM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Midazolam 3mg	11									
2	Fentanyl 100mcg	12									
3	Cefazolin 500mg	13									
4	Diazepam 10mg	14									
5	Diprivan 0,25g	15									
6	Neostigmina 10mg	16									
7	Dimorfen 10mg	17									
8		18									
9		19									
10		20									

DESTINO DO PACIENTE ☐ APT ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☒ OUTROS URPA

RESERVAÇÕES IMPORTANTES Combinar o procedimento de punção lombar com a cirurgia de 24 de agosto a partir das 26h, RCR e RCP, insuflar de (E) + (F) PS/Intervenção

ASSINATURA DO ANESTESISTA

FUNO ASCR 026-1

Clóvis Y. Aratani
Médico Anestesiologista
CRM 10.227/PB




GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

Receituário de Controle Especial

Unidade de Saúde:

HEETSHL - Hospital Especial de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro

Paciente:

EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Nº Cartão do SUS:

10609965177561

UF:

BE

Endereço do paciente:

Rua São Pedro, S/N, João Pessoa-PB-58070500

RX

VIA ORAL

1. CLONAZEPAM 0,5MG

TOMAR 01 CP 60M POR 7 DIAS

2. DIFENIDRAMINA 10MG

TOMAR 01 CP 60M POR 7 DIAS

3. DIFENIDRAMINA 10MG

TOMAR 01 CP 60M POR 7 DIAS

4. CLONAZEPAM 0,5MG

TOMAR 01 CP 60M POR 7 DIAS

COMPREV PREVIDENCIA S/A

04 FEV. 2019

PROTOCOLO

040 PEDRO

Daniel Conserva Arruda

MÉDICO

CRM 11134

Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA

11134/PB

24/06/2018

Data

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Identidade:

Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome completo:

Identidade:

Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:




GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

Receituário de Controle Especial

Unidade de Saúde:

HEETSHL - Hospital Especial de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro

Paciente:

EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Nº Cartão do SUS:

10609965177561

UF:

BE

Endereço do paciente:

Rua São Pedro, S/N, João Pessoa-PB-58070500

USC ORAL

1. CLONAZEPAM 0,5MG

TOMAR 01 CP 60M POR 7 DIAS

2. DIFENIDRAMINA 10MG

TOMAR 01 CP 60M POR 7 DIAS

3. DIFENIDRAMINA 10MG

TOMAR 01 CP 60M POR 7 DIAS

4. CLONAZEPAM 0,5MG

TOMAR 01 CP 60M POR 7 DIAS

Daniel Conserva Arruda

MÉDICO

CRM 11134

Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA

11134/PB

24/06/2018

Data

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Identidade:

Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome completo:

Identidade:

Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:



11520000



11520000

11520000

11520000

PROTÓCOLO PREVIDENCIÁRIO
04 FEV. 2019
PROTÓCOLO PREVIDENCIÁRIO



2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10

2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10

2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10

2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10

2019-01-04 10:10:10



2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10

2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10

2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10

2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10

2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10

2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10
2019-01-04 10:10:10

PROVIDENCIA S.M.
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
10 DEB

2019-01-04 10:10:10

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.592.265-2 via

EDINALDO FREIRE DE SOUZA

Clovis Francisco de Souza

Maria da Piedade Freire

Goianinha-RN 10.02.1971

Nasc. nº 2781-fls. 113-Liv. A-3

Cart. de Goianinha-RN

012.888.854-50

LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P. 23

Edinaldo Freire de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV PREVIDENCIA Sin

04 FEV. 2019

PROTOCOLO

40 PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

SOCIEDADE / ORG. EMISSORA
 2627718 SCP PD

CPF
 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO
 21/08/1992

FUSAO
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSAO
 ACC
 CATEGORIA
 1

N.º REGISTRO
 0105126960

VALIDADE
 16/01/2019

EMISSAO
 29/06/2001

VALIDADE EM TODOS
 O TERRITORIO NACIONAL
 894056231

CATEGORIA
 1

ASSINATURA DO TITULAR
 Alexandra Cesar Duarte

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
 17/01/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
 Rodrigo Carneiro

66586356744
 79027919595

PRIMEIRO PLASTIFICAR
 894056231

SECRETARIA DE PREVIDENCIA SIA
 04 FEV. 2019
 PROTOCOLO
 140 PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190093896 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E DISFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES COM OSTEOSSÍNTESE. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 9,15,16.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040316/19

Número do Sinistro: 3190093896

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

CPF: 012.888.354-50

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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 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: 21/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040316/19

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

CPF: 012.888.354-50

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDINALDO FREIRE DE SOUZA : 012.888.354-50

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 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: 04/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040316/19

Número do Sinistro: 3190093896

Vítima: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

CPF: 012.888.354-50

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: EDINALDO FREIRE DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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 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: 15/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA