
Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208374

Vítima: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIOVANNI RAMOS 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



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208374

Vítima: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIOVANNI RAMOS 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: **GIOVANNI RAMOS DA SILVA**

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

Banco: **001**

Agência: **000008253-8**

Conta: **000001664-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00001.01.2019.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 27/10/2018

Hora: 14:41:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Barão do Abiai, Centro, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto do Em Frente Ao Shop do Alemão

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Giovanni Ramos da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria Edvânia Dantas Ramos e Ildevandro da Silva Rocha

Idade: 22

Data de Nascimento: 22/04/1996

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Autonomo

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

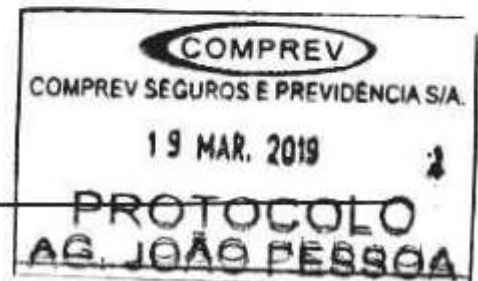
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 704.746.654-10

Endereço: Rua Dublin, 92, Cuités, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto Doa Granja Nossa Senhora de Lourdes

Telefone: (83) 99195-2981



TESTEMUNHA

Nome: Geane de Sousa Marques

Conhecido por: Não informado

Filiação: Irene Belo de Sousa e Severino Marques Neto

Idade: 24

Data de Nascimento: 28/06/1994

Identidade de Gênero: feminino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Do Lar

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 700.445.184-47

Endereço: Rua Dublin, 38, Cuités, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto da Granja Nossa Senhora de Lourdes

Telefone: (83) 98633-6253



Procedimento Policial: 00001.01.2019.2.00.420



TESTEMUNHA

Nome: Filipe da Silva Rocha
Conhecido por: Não informado
Filiação: Adiana Simpício da Rocha e José Patricio da Rocha Filho
Idade: 20 Data de Nascimento: 28/07/1998 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Op. de Máquinas
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 131.648.344-46
Endereço: Rua Luxemburgo, 390, Cuités, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Bar do Deda
Telefone: (83) 98743-7808

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 FAN ESDI, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2012, placa MOP-4711, chassi 9C2KC1680CR425218, renavam 0042041542-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESDI, Ano/Modelo 2011/2012, cor preta, Placa MOP-4711-PB, Chassi de N° 9C2KC1680CR425218, licenciada em nome de Gean Lucas Rocha, quando trafegava na rua Barão do Abial, bairro centro, nesta cidade, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado foi fazer uma ultrapassagem, tendo o comunicante tentado se desviar do mesmo, logo perdeu o controle de direção da moto, vindo a cair ao solo e sofrido fratura do Fêmur do lado direito, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.




Procedimento Policial: 00001.01.2019.2.00.420



Campina Grande/PB, 02 de janeiro de 2019.


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil


GIOVANNI RAMOS DA SILVA
Noticiante


ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



03

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

NP do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 704.746.654-10 Nome completo da vítima: Giovanni Ramos da Silva

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

Nome completo: Giovanni Ramos da Silva CPF: 704.746.654-10
 Profissão: Comerciante Endereço: Rua Benna Número: 70 Complemento: _____
 Bairro: Cuites Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58404-873
 E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Brasil
 AGÊNCIA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) **AGÊNCIA:** 8253 8 **CONTA:** 1-664 0
 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou herdeiros (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
 Local e Data: Campina Grande PB - 18/03/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Giovanni Ramos da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 2ª | Nome: _____ CPF: _____
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
19 MAR. 2019
 Assinatura
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



ATO DECLARATÓRIO



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 27/10/2018	HORA: 14:41 HRS	ID Nº: 1733467
NOME: GIOVANNI RAMOS DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: RUA: BARÃO DO ABEAIR - CENTRO		
COMPLEMENTO: EM FRENTE AO SHOP DO ALEMÃO		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 18 de dezembro de 2018.




 SUPERVISOR
 Deonacio F Nascimento
 Coordenação Administrativa
 SAMU REGIONAL CG - 192

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-viz de conta.

Bolero para serviços pagamento da rede localizante da energia elétrica Nº 003.238.513



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-7
CNPJ 08.826.596/0001-98 Insc. Est. 16.003.826

DADOS DO CLIENTE

HILDEVANDRO DA SILVA ROCHA
RUA BERNA 70
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/53274-7

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

12/03/2019

CONSUMO

249

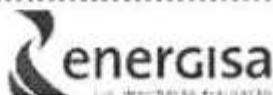
VENCIMENTO

19/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 268,74

Acesse: www.energisa.com.br



UTILIZADOR

HILDEVANDRO DA SILVA ROCHA

Telefone: 06-401-434-1040

83650000002-8 68740147000-4 00532742019-5 03900401019-3

VENCIMENTO

19/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 268,74

MATRÍCULA

53274-2019-03-0



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

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 SUSEP 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 COAF².

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Michelen Helia Araujo Lima
inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.737.204 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Giovanni Ramos da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.746.654-10
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez do Vítima Giovanni Ramos da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.746.654 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Ren. _____ 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: <u>Mal. Deodoro Fonseca</u>	Número: <u>290</u>	Complemento:
Bairro: <u>Prata</u>	Cidade: <u>Campina Grande</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:	CEP: <u>58400-492</u>	Tel.(DDD): <u>83-98717.2282</u>

Local e Data: Campina Grande PB - 18/03/2019.

Michelen Helia A. Lima
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jean Lucas Rocha
 RG nº 4.387.815, data de expedição 30/03/2016,
 Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 139.020.274-79,
 com Domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Luxemburgo
 nº 243, complemento, _____, declaro, sob as
 penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima
GIOVANNI RAMOS DA SILVA, cujo o condutor
 era GIOVANNI RAMOS DA SILVA.

Veículo.....: HONDA ICG 150 FAN ESDI
 Ano.....: 2011
 Modelo.....: 2012
 Placa.....: MOP 9711 PB
 Chassi.....: 9C2KC1G80CR425218
 Data do acidente.: 27/01/2018

Local e data: CAMPINA GRANDE/PB - 24/01/2019

4º CARTÓRIO
FECHINE

x Jean Lucas Rocha

Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

4º CARTÓRIO
FECHINE

x Giovanni Ramos da Silva

Assinatura do **CONDUTOR** (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

FECHINE SERVIÇO NOTARIAL
 4º OFÍCIO
 Matheus de Paula A. de Queiroz
 Escrevente
 Rua Marquês do Herval, 58
 Campina Grande - PB

FECHINE SERVIÇO NOTARIAL 4º OFÍCIO
 Antônio Hamilton Fechine Dantas - Tabelião
 Sarah da Silva Fechine - Tabelião
 R. Marquês do Herval, 58 - Centro - CEP: 56400-007 - Campina Grande - PB
 Telefone: (31) 3321-3002 - Telefax: (31) 3321-3003 - E-mail: atendimento@fechinepb.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
GIOVANNI RAMOS DA SILVA
 Em test. da verdade, Campina Grande-PB 24/01/2019 08:42:46
 Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrevente
 (2019-001736) TENDL:R\$ 49,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISM:R\$ 0,00
 SEL0 DIGITAL: A1B66071-8WU
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.ius.br>

FECHINE SERVIÇO NOTARIAL
 4º OFÍCIO
 Matheus de Paula A. de Queiroz
 Escrevente
 Rua Marquês do Herval, 58
 Campina Grande - PB

FECHINE SERVIÇO NOTARIAL 4º OFÍCIO
 Antônio Hamilton Fechine Dantas - Tabelião
 Sarah da Silva Fechine - Tabelião
 R. Marquês do Herval, 58 - Centro - CEP: 56400-007 - Campina Grande - PB
 Telefone: (31) 3321-3002 - Telefax: (31) 3321-3003 - E-mail: atendimento@fechinepb.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
JEAN LUCAS ROCHA
 Em test. da verdade, Campina Grande-PB 24/01/2019 08:43:53
 Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrevente
 (2019-001737) TENDL:R\$ 49,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISM:R\$ 0,00
 SEL0 DIGITAL: A1B66072-L0YS
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.ius.br>



GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/10/2018

PACIENTE: GIOVANNI RAMOS DA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 22/04/1996

Sexo: M Telefone: 986336253

Idade: 022 Bairro: CUITES

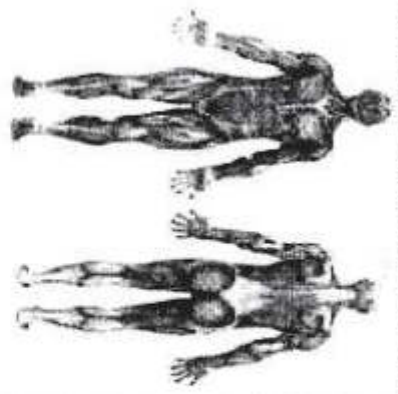
RG: 4154844 Nº: 92

Profissão: Data de Atend: 27/10/2018

Estado Civil: Solteiro(a) Hora: 15:23:18

Motivo: ACIDENTE DE MOTO CRM: Especialidade:

Medico: DBS FICHA MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abrasão 2. Amputação 3. Avulsão 4. Contusão 5. Crepitação 6. Dor 7. Edema 8. Empalhamento 9. Enfiamento subcutâneo 10. Enfiamento 11. Equivocose 12. F. Arma branca 13. F. Arma de fogo 14. F. Cortura 15. F. Cortante 16. F. Corte-contuso 17. F. Perfuro-contuso 18. F. Perfuro-contusa 19. Fratura ossea fechada 20. Fratura ossea aberta 21. Hematoma 22. Infiltramento Venoso 23. Laceração 24. Lesão tendinosa 25. Luxação 26. Mordedura 27. Movimento torácico paradoxal 28. Objeto Encaixado 29. Ocorrência 30. Paralisia 31. Ferresta 32. Ferrestela 33. Queimadura 34. Rinite 35. Sinais de Iaqueimia 36.

COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 19 MAR. 2019 PROTOCOLO AGUARDANDO

EXAME PRIMÁRIO - CLINICOS Paciente vitel... de eletrocardiograma... Tórax... Músculos... com queixa de dor...

ALERGIA: nenhuma

MEDICAMENTOS: nenhum

PROLOGIAS: nenhuma

EXAME FÍSICO

Classificação Glasgow 15 PA 15 HGT: 150 SAI02... Tórax... Músculos... com queixa de dor...

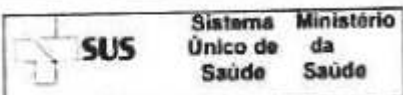
DIAGNÓSTICO: Lesão de nível de poliparêsis... Solicitação de exames: Ultrassonografia, Radiografias...

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: Especialista: Gastroenter... Especialista: / / As: / Dia: / /

Table with columns: No, PRESCRIÇÕES E CONDUTAS, HORÁRIO REALIZADO. Row 1: 1, Digivona 5g + DO, EV, q8h, /

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Dr. Roberto... Médico de Clínica Médica...

Data da internação: 27/10/2018 Hora: 16:29:56



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GIOVANNI RAMOS DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1762712

7 - CARTÃO DO SUS
700200907700023

8 - DATA DE NASCIMENTO
22/04/1996

9 - SEXO
Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA EDVANIA DANTAS RAMOS

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD **83** Nº DE TELEFONE **986336253**

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)
RUA DUBLIM, 92, CUITES

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
250400

15 - UF
PB

16 - CEP
5840002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR NA REGIÃO DA ANCA ESQUERDA ON HI @.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Ampliação + RX + EF

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fx. de RIFESE DE FÊMUR @

21 - CID 10 PRINCIPAL
S72.3

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
trat. cir. trat. diafis. femur

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408050519

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
02

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF
980016296938549

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
WAGNER DE MELO FALCAO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
27/10/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO
**Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRANSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BELHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

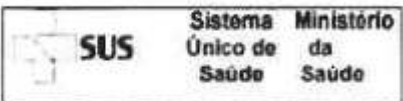
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
27/10/18

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO
**Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643**

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO: 1762712

7 - CARTÃO DO SUS: 700200907700023

8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1996

9 - SEXO: MASC FEM

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA EDVANIA DANTAS RAMOS

11 - TELEFONE DE CONTATO: 83 986336253

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): RUA DUBLIM, 92, CUITES

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 250400

15 - UF: PB

16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Dor e inchaço na MZ.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Necessidade de internação para tratamento.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
RADIOLÓGICO - RX - FE

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura de fêmur

21 - CID 10 PRINCIPAL: S72.3

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Trat. Cir. Trat. Diagn. Fêmur

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050519

25 - CLÍNICA:

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF:

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016296938549

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: WAGNER DE MELO FALCÃO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/10/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO C. CONSELHO):
Dr. Wagner de Melo Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - N° DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - COD. ORGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF:

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 27/10/18

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO C. CONSELHO):
Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO: **COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 MAR. 2019

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PEG.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Dr

Trauma Divisão de Emergência

Paciente	GIUOVANNI RAYOS DA SILVA	Alojamento	Letto	Convenio
Data	22/10		9	
Prescrição Médica	1 DIETA LÍQUIDA 2 SE 0,2% 1500 ml EV 24h 3 DOPAMINA 1 mg EV 6/6h 4 TILANIL 20mg EV 12/12h 5 NUCER 500/30 mg 8/8h VO 6 CEFEPIME 40mg SC 1x ao dia 7 CCGG + SSVV	CT		
Horario				
Evolução Médica	Dom em contato por videomonitoramento pronto.			

Dr. Wagner Paolino
 Gerente de Traumatologia
 CRM-PB 8043

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 19 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA


Dr. Wagner Paolino
 Gerente de Traumatologia
 CRM-PB 8043

Diagnóstico

4
11/11

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Cristiane Gomes da Silva CH 4111 Alojamento B-1 Leito 2.3 Convênio

Data	Prescrição Médica	Alojamento	Horário	Evolução Médica
20/10	1 - Dieta livre	SND		Rtg
	2 - S.R.L 500 ml I.V. 12/12 h.	X	12	Estável
	3 - Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).	X	12	em trat
	4 - Tilatil 20 mg I. V. 12/12 h.	X	12	cont. com
	5 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	(106)		Aguardando
	6 - C. C. G.	X		BY
	3 - Clevelec 400ml	X		
	4 - 11/11			
				

COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Nome do Paciente Giovanni Ramos da Silva		Nº Prontuário	
Data da Operação 31/10/18	Enf.	Leito	
Operador Dr. Werson		1º Auxiliar Dr. Yury (MEZ)	
2º Auxiliar Dr. Euler (MRI)	3º Auxiliar	Instrumentador Norma	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Fr. Diáfisa fêmur (D)			
Tipo de Operação Osteossíntese			
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia φ			
Exame Radiológico no Ato NAS			
Acidente Durante a Operação NAS			

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTUCULO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em DDH sob Anestesia.
- 2) Assepsia + Antissepsia + Campos Estéril.
- 3) Incisão em fraca lateral da coxa (D) + Dissecção por planos + Hemostasia.
- 4) Ressecção cruenta de fíbula.
- 5) Osteossíntese ci placa DCP Unga 12F + 10 parafusos.
- 6) Lavado da fo ci "a.r".
- 7) Fechamento por planos + Dreno de Sucção 4.8.
- 8) Curativo.

Dr. Yury P. MEZ
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
RUA 11, 205

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Giovanni Ramos da Silva D.N. 22/04/1996

QI: LEITE CONVÊNIO: S.J.S. IDADE: 22 anos REGISTRO: 1762682

CIRURGIA: Trat. Cirúrgico de Fratura de Fêmur D. CIRURGIÃO: Dr. Gury + Dr. Heller (Waarsen)

ANESTESIA: Raque ANESTESIA: Dr. Almir

INSTRUMENTADORA: DATA 31/10/18 INÍCIO: 70:00 FIM: 12:15'



Qt.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qt.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp. 01	Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catel. De U'inar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorf amp. 0,2mg 30	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml 01	Dreno de sucção 4.8		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina 0,5 % ml pes.	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Proligmine amp. 05	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml 08	Gase Pacote c/ 10 unid/ads		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ml	04	Mononylon 2-0	
	Thionembuta ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qt.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
01	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0	2	Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m 3l/min			
	Glucon de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacel ml 09	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml			
	Kanakion amp. 09	Sabão Antisséptico	03	SOROS	
01	Lactamp. Nauseadron	Saco coletor		SE Normotérmico fr 500 ml	
	Medroliazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
	Piasit amp. 01	Seringa desc. 20 ml		SG Hiperférmico fr 500 ml	
	Prolamina 01	Seringa desc. 05 ml		SG Ring fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda		SG fr 500 ml	
	Stuplanon amp.	Sonda Foley			
02	Cetacolina 1g	Sonda Nasogátrica	01	ORTESE E PRÓTESE	
01	Demmonid 15	Sonda Uretral n°		01 placa larga de 12	
		Sterydrem n°	09	parafusos	
		Torneirinha			
Qt.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
03	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque n° 26 G				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon 30				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA
 Mat. da Bus. 1000

- EQUIPAMENTOS**
- Oxímetro de Pulso
 - Serra
 - Desfibrilador
 - Foco Frontal
 - Fonte de Luz
 - Foco Auxiliar
 - Eletrocautério
 - Oxícapígrafo
 - Cardiomonitor
 - Perfurador Elétrico

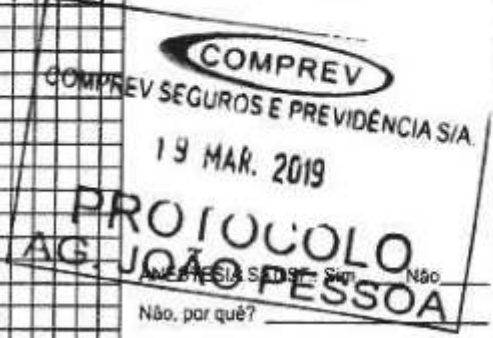
CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Adriana Regina Rodrigues
 TCC - UNIPARÁIBA
 COREN - PB 432.177

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	№ PRONTUÁRIO														
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>GIOVANNI VASCON DA SILVA</i>			IDADE	SEXO	COR														
DATA: <i>31/10/2018</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA															
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS															
	URINA																				
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE															
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																
AP. DIGESTIVO			DENTIS	PESCOÇO	AP. URINÁRIO																
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES															
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>F. MAX. FEMUR D</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO															
ANESTESIAS ANTERIORES																					
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO															
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</td> <td rowspan="2">D'</td> <td colspan="6">[Grid for Anesthetics]</td> </tr> <tr> <td colspan="6">[Grid for Anesthetics]</td> </tr> </table>								AGENTES ANESTÉSICOS	D'	[Grid for Anesthetics]						[Grid for Anesthetics]					
AGENTES ANESTÉSICOS	D'	[Grid for Anesthetics]																			
		[Grid for Anesthetics]																			
LÍQUIDOS		[Grid for Liquids]																			
CÓDIGOS		[Grid for Codes]																			
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O		[Graph showing vital signs and anesthesia levels over time]																			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		[Handwritten notes and symbols]																			
<p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</p> <p>Laríng. esparmo: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p>																					
<p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: _____</p> <p>Obstr.: _____ Co₂: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cânula: _____</p> <p>Paro o Leito Sim: _____ Não: _____</p> <p>CONDIÇÕES:</p>																					
<p>COMPREV</p> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</p> <p>19 MAR. 2019</p> <p>PROF. DR. JOÃO PESSOA</p> <p>ANESTESIA GERAL</p> <p>Não, por quê? _____</p>																					
AGENTES	<i>Pipracina 0.52%, Diprônio, Etenap, Dantrol, Fentanil, B2</i>																				
TÉCNICA	<i>RAZINE BUSHMEIA</i>																				
OPERAÇÃO	<i>RED. CERVICAL @ 1 FISS. COT</i>																				
CIRURGIÕES	<i>WIKERHOM + J. URA + ELLER</i>																				
ANESTESISTAS	<i>A. S. P.</i>																				
OBSERVAÇÕES																					

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>GIOVANNI MARCOS DA SILVA</u>			IDADE	SEXO	COR
DATA: <u>31/10/2018</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÍCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELTROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: <u>FNAX. FEMUR D</u>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	D'	[Grid for Anesthetics]				INDUÇÃO	
						Satisf.: _____	Excit.: _____
LÍQUIDOS	[Handwritten: 100, 500, 500]	[Grid for Liquids]				Laringo espasmo: _____	
						Náuseas: _____	Vômitos: _____
CÓDIGOS	VP. ARTERIAL: 0 - PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO: 0 - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO: 0	[Grid for Codes]				MANUTENÇÃO	
							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	[Handwritten: 10, 10]	[Grid for Symbols]				DESPERTAR	
						Reflexos na SO: _____	Obsr.: _____
[Handwritten: 10, 10]					Náuseas: _____		
[Handwritten: 10, 10]					Vômitos: _____		
[Handwritten: 10, 10]					Outros: _____		
[Handwritten: 10, 10]					Com cânula: _____		
[Handwritten: 10, 10]					Paro o Leito: Sim _____ Não _____		
[Handwritten: 10, 10]					CONDIÇÕES: _____		
AGENTES	<u>Propofol 0.52 mg, Diprivan, Etenar, Dantrol, Fentanil, B2</u>						
TÉCNICA	<u>RAQUID. PERIFÉRICA</u>						CÂNULAS
OPERAÇÃO	<u>Med. Cirúrgica @ Fica Cir</u>						
CIRURGIOS	<u>Werner Gont + Jukka + Ellen</u>						
ANESTESISTAS	<u>Archi</u>						
OBSERVAÇÕES							

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Cassiano Leary de Silva			Alojamento:	2	Leito	3	Convênio	H. Par. Leary D
Data	10/03/18	Prescrição Médica		Horário				Evolução Médica	
		1. Dieta <i>líquida</i>							
		2. SRL 1500ml EV/24h							
		3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h							
		4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h							
		5. Omeprazol 40mg EV/jejum							
		6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							
		7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
		8. Clegraner 40mg SC/dia							
		9. SSVV + CCGG							
		<i>10. Curativo</i>							
		<i>11. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>12. Alívio Dor</i>							
		<i>13. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>14. Alívio Dor</i>							
		<i>15. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>16. Alívio Dor</i>							
		<i>17. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>18. Alívio Dor</i>							
		<i>19. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>20. Alívio Dor</i>							
		<i>21. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>22. Alívio Dor</i>							
		<i>23. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>24. Alívio Dor</i>							
		<i>25. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>26. Alívio Dor</i>							
		<i>27. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>28. Alívio Dor</i>							
		<i>29. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>30. Alívio Dor</i>							
		<i>31. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>32. Alívio Dor</i>							
		<i>33. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>34. Alívio Dor</i>							
		<i>35. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>36. Alívio Dor</i>							
		<i>37. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>38. Alívio Dor</i>							
		<i>39. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>40. Alívio Dor</i>							
		<i>41. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>42. Alívio Dor</i>							
		<i>43. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>44. Alívio Dor</i>							
		<i>45. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>46. Alívio Dor</i>							
		<i>47. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>48. Alívio Dor</i>							
		<i>49. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>50. Alívio Dor</i>							
		<i>51. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>52. Alívio Dor</i>							
		<i>53. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>54. Alívio Dor</i>							
		<i>55. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>56. Alívio Dor</i>							
		<i>57. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>58. Alívio Dor</i>							
		<i>59. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>60. Alívio Dor</i>							
		<i>61. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>62. Alívio Dor</i>							
		<i>63. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>64. Alívio Dor</i>							
		<i>65. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>66. Alívio Dor</i>							
		<i>67. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>68. Alívio Dor</i>							
		<i>69. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>70. Alívio Dor</i>							
		<i>71. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>72. Alívio Dor</i>							
		<i>73. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>74. Alívio Dor</i>							
		<i>75. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>76. Alívio Dor</i>							
		<i>77. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>78. Alívio Dor</i>							
		<i>79. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>80. Alívio Dor</i>							
		<i>81. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>82. Alívio Dor</i>							
		<i>83. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>84. Alívio Dor</i>							
		<i>85. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>86. Alívio Dor</i>							
		<i>87. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>88. Alívio Dor</i>							
		<i>89. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>90. Alívio Dor</i>							
		<i>91. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>92. Alívio Dor</i>							
		<i>93. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>94. Alívio Dor</i>							
		<i>95. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>96. Alívio Dor</i>							
		<i>97. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>98. Alívio Dor</i>							
		<i>99. Sítex 2mg 10. 6/8h</i>							
		<i>100. Alívio Dor</i>							

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
19 MAR. 2018
PROTÓCOLO
3 JOGADORES

Dr. Gilberto Costa
Hospital de Emergência e Trauma
Hospital de Calumã
CRM: 5852

Dr. Gilberto Costa
Hospital de Emergência e Trauma
Hospital de Calumã
CRM: 5852

Dr. Gilberto Costa
Hospital de Emergência e Trauma
Hospital de Calumã
CRM: 5852

Dr. Gilberto Costa
Hospital de Emergência e Trauma
Hospital de Calumã
CRM: 5852

Dr. Gilberto Costa
Hospital de Emergência e Trauma
Hospital de Calumã
CRM: 5852

Dr. Gilberto Costa
Hospital de Emergência e Trauma
Hospital de Calumã
CRM: 5852

Dr. Gilberto Costa
Hospital de Emergência e Trauma
Hospital de Calumã
CRM: 5852

Dr. Gilberto Costa
Hospital de Emergência e Trauma
Hospital de Calumã
CRM: 5852

Dr. Gilberto Costa
Hospital de Emergência e Trauma
Hospital de Calumã
CRM: 5852

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CRIANÇA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

Nome: **GIOVANNI RAMOS DA SILVA**

REGISTRO / ORDEM DE -
 4154044 SEC-175 PB

CPF: **704.746.654-10** DATA DO REGISTRO: **22/04/1996**

Nome: **KILDYVANDRO DA SILVA
 ROCHA
 MARIA EDVANIA DAVITAS
 RAMOS**

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ATÉ: **11/04/2019** CATEGORIA: **A2**

Nº BIOMÉTRICO: **07034087663** VÁLIDA: **11/04/2019** Nº EXPIRAÇÃO: **11/04/2018**

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
1632730460

PROIBIDO PLASTIFICAR
1632730460

Assinatura: _____
 Assessoria do Portador

LOCAL: **CAMPINA GRANDE, PB** DATA DE EMISSÃO: **11/04/2018**

[Assinatura] **04976070205**
98035572825

PARAÍBA

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 19 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AQ. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

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

L-234



Michelen Hélia A. Lima

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.567.918 - 2ª VIA DATA DE Expedição 05/10/2015

NOME MICHELEN HÉLIA ARAUJO LIMA

FILIAÇÃO HELIO MONTEIRO LIMA MARIA DO SOCORRO ARAUJO LIMA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 13/05/1984

DOO ORIGEM CERT. CAS. C/ AVERB. Nº39576 - LV.100 - FLS.082 - CARTORIO 2º CAMPINA GRANDE-PB

CPF 012.737.204-07

Assinado digitalmente por Michelen Hélia A. Lima em 05/10/2015 às 14:43:34

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recosta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 012.737.204-07

Nome MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA

Nascimento 13/05/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Código de controle B2E9.E7DD.769E.897B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço www.recosta.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil em 11:43:34 do dia 24/01/2014 (hora e data de Brasília) digito verificador: 00

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208374

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

Data do acidente: 27/10/2018

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
PAG 10,11,12,13

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208374

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

Data do acidente: 27/10/2018

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
PAG 10,11,12,13

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Giovanni Ramos da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** solteiro
PROFISSÃO: Comerciante **Nº DO RG:** 415.4844
ORGÃO EMISSOR: SSDS-PB **DATA DE EMISSÃO:** 1/1/19
Nº CPF: 704.746.654-11 **ENDEREÇO:** Rua: Berna, n.º 70
Centro, Campina Grande - PB

OUTORGADO: Michelen Kézia Araújo Lima
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** divorciada
PROFISSÃO: advogada **Nº DO RG:** 2.567.918
ORGÃO EMISSOR: SSDS-PB **DATA DE EMISSÃO:** 05/10/2015
Nº CPF: 012.737.204-07 **ENDEREÇO:** Rua: Presidente
Epitácio Pessoa n.º 115, apt 101, Centro,
Campina Grande - PB.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Giovanni Ramos da Silva, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

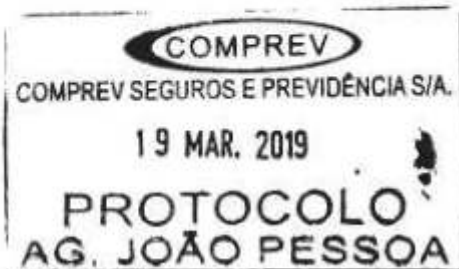
Campina Grande PB de Marco de 20 19



Giovanni Ramos da Silva

Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093122/19

Vítima: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

CPF: 704.746.654-10

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 27/10/2018

Titular do CPF: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

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

MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA : 012.737.204-07

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

GIOVANNI RAMOS DA SILVA : 704.746.654-10

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: 19/03/2019
Nome: MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA
CPF: 012.737.204-07

MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS