



Número: **0813857-05.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCRECIA DA SILVA MILIANO (AUTOR)		FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO) ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33161369	12/08/2020 21:00	2742027_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190135399

Vítima: LUCRECIA DA SILVA MILIANO

Data do Acidente: 12/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCRECIA DA SILVA MILIANO

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,

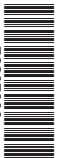
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13963226

Pag. 01763/01764 - carta_01 - INVALIDEZ

00020882





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

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190135399

Vítima: LUCRECIA DA SILVA MILIANO

Data do Acidente: 12/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCRECIA DA SILVA MILIANO

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Pag. 00359/00360 - carta_03 - INVALIDEZ

00070180



Carta nº 13965271





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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190135399

Vítima: LUCRECIA DA SILVA MILIANO

Data do Acidente: 12/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCRECIA DA SILVA MILIANO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

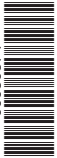
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00741/00742 - carta_16 - INVALIDEZ

00030371



Carta nº 14722433



Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
(*) Assinatura de quem assina a ROGO <i>Assinatura de quem assina a ROGO</i>	
Local e Data, <i>20/01/19</i>	
Nome: <i>Débora de Siqueira Mello</i>	
CPF: <i>104315124-57</i>	
Assinatura	
Nome: _____	
CPF: _____	
Assinatura	
Nome: _____	
CPF: _____	
Assinatura	

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima:		Data do óbito da vítima:	
☒ Solteiro	☐ Casado (no Civil)	☐ Divorciado	☐ Separado judicialmente
Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não		Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não		Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☒ Não	
Se tinha filhos, informar quantos: Falecidos: _____ Vivos: _____		Última deixou nascido? ☐ Sim ☒ Não	
Estou cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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.			

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 a 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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Nº do sinistro ou ASL: 0056895119 CPF da vítima: 104315124-5		Nome completo da vítima: BIANCA DA SILVA MARIANO CPF: 104315124-5		Profissão: <i>desempregada</i> Bairro: <i>Pinhal</i> Cidade: <i>Santa Rita</i> Estado: <i>PE</i> CEP: <i>58304-200</i> Tel.(DDD):		Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
RENDA MENSAL: ☐ SEM RENDA ☐ 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 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00		DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA					
☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		AGÊNCIA: 132345 CONTA: 1		AGÊNCIA: 132345 CONTA: 1		Nome do BANCO:	
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/crédito, quitação total do valor recebido, e que eu tiver direito a receber e dando, reconhecendo e dando, a seguinte após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/crédito, quitação total do valor recebido.					


PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09017.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09017.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 28 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Lucrécia da Silva Miliano**, CPF nº 140.315.124-57, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Maria da Guia Santana da Silva e José Carlos Miliano, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 09/01/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 15, bairro Bebelândia, tendo como ponto de referência Perto do Restaurador de Sofás, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98601-0427.

Dados do(s) Fatos:

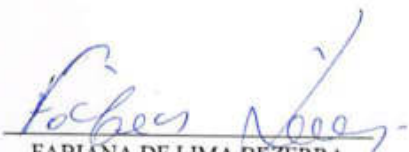
Local: Rua Projetada, Na Estrada Entre Lucena e Santa Rita, Lucena/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/06/16 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

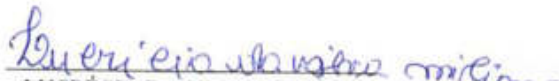
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/POP 110I, PRETA, 2016/2017, PLACA QFT4567/PB, CHASSI 9C2JB0100HR214097, registrada em nome de Tiago Rodrigo Galdino da Silva, quando perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 08.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Informa ainda que foi a única que machucou-se no ocorrido uma vez que estava sozinha na moto; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 28 de novembro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


LUCRÉCIA DA SILVA MILIANO
Noticiante



Procedimento Policial: 09017.01.2018.1.00.401



Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
(*) Assinatura de quem assina a ROGO	
Local e Data, <i>20/01/19</i>	
Nome: <i>Débora de Siqueira Mello</i>	
CPF: <i>104315124-57</i>	
Assinatura	
Nome: _____	
CPF: _____	
Assinatura	
Nome: _____	
CPF: _____	

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:	Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou
Vivos:	nascituro (val nascer)?
Falecidos:	Sim ☐ Não ☐
Vítima deixou	Vítima deixou
Sim ☐ Não ☐	Sim ☐ Não ☐
pais/vivos vivos?	Vítima deixou
Sim ☐ Não ☐	Sim ☐ Não ☐

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.

Nome completo: Bianca de Silva Mariano CPF: 104315124-5		Profissão: Desenvolvedora Bairro: Pinhal		Cidade: Santa Rita Estado: PE		CEP: 58304-200 Tel.(DDD):	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).							
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA							
☒ SEM RENDA		☐ ATÉ R\$1.000,00		☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00		☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	
☐ RECURSO INFORMAR		☐ ATÉ R\$1.000,00		☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00		☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	
☐ ACIMA DE R\$10.000,00		☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00		☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00		☐ ACIMA DE R\$15.000,00	
CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)							
☒ Bradesco (237)							
☒ Itaú (341)							
☐ Caixa Econômica Federal (104)							
AGÊNCIA: 10914		CONTA: 132345		(Informar o dígito se existir)		AGÊNCIA: 10914	
(Informar o dígito se existir)		CONTA: 132345		(Informar o dígito se existir)		AGÊNCIA: 10914	
Nome do BANCO: _____							
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)							


LIDER
Seguradora
Associação de Seguros (LDA)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

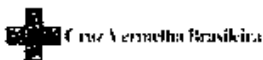
☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sonador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 926510



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1047407	LUCRECIA DA SILVA MILIANO	Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
09/01/1999	17 anos 5 meses 3 dias	SOLTEIRO(A)
Mãe	Religião	Prontuário
MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA	NAO INFORMADA	
Escolaridade	Pai	
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	JOSE CARLOS MILIANO	
DDD Móvel	Fone Móvel	Responsável (Parentesco)
		EDSON NAZARE DA SILVA - ACOMPANHANTE
Tipo documento	Número documento	DDD Fixo
REGISTRO DE NASCIMENTO	60416	Fone Fixo
Local de procedência	Nº Cns	
LUCENA	18427179756001B	
Email	Tipo	UF
	MUNICIPIO	PB
	Naturalidade	
	SANTA RITA	
	CBO/R	

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58301000	SANTA RITA	PB	PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
Número	Complemento	Bairro	
SN	SITIO TORCRO - BEBELANDIA	POPULAR	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
12/06/2018 12:51:31	1000004259977	SUS
Especialidade	Clinica	
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial	Piano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Sim
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU	SAMU		

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Rato X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liqueur [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Supracard. número D
29/06/2018

PC
AS/07

Diagnóstico
Atendido por
ANA CAROL FELICIANO DA SILVA

debut. t. c. a. at.
nd. in. v. a. t. a. t.
12/06



DE
AS/07
103min 27seg

Imprimir

12/06/2016 12:55

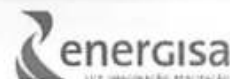


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 019.606.973



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.695.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

38304-200

DADOS DO CLIENTE

RITA SALVINO DA SILVA
LOC BEBELANDIA s/n
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1047453-4

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

05/02/2019

CONSUMO

21

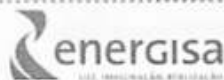
VENCIMENTO

12/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,04

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUÍ

RITA SALVINO DA SILVA

Roteiro: 03-009-634-2960

83690000000-8 24040054000-3 10474532019-2 02800009019-2

VENCIMENTO

12/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,04

MATRÍCULA

1047453-2019-02-8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:00:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221005505700000031742746>

Número do documento: 20081221005505700000031742746



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LUCRÉCIA DA SILVA MILIANO
DADOS DE NASCIMENTO 09/01/99
NOME DA MÃE MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 926.519
Nº PRONTUÁRIO 95.767
DATA DO ATENDIMENTO 12/06/16
HORA DO ATENDIMENTO 12:51
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR (SUPRACONDILIANA) DO
ÚMERO D
CID 10 S 42.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e provável fratura exposta em braço D e sem outras queixas. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do braço D - AP e P
RX do cotovelo E - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade inferior (supracondiliana) do úmero E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Santos.

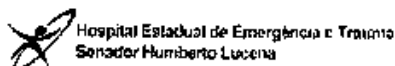
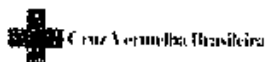
ALTA HOSPITALAR: 01/07/16
DATA DA EMISSÃO: 08/02/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO C. A. 2516
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM/2516/PB

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





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

Boletim de Atendimento: 926519



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1047407	LUCRECIA DA SILVA MILIANO	Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
05/01/1998	17 anos 5 meses 3 dias	SOLTEIRO(A)
Mãe	Religião	Prontuário
MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA	NAO INFORMADA	
Escolaridade	Pai	
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	JOSÉ CARLOS MILIANO	
Responsável (Parentesco)	Resposta	
EDSON NAZARE DA SILVA - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
REGISTRO DE NASCIMENTO	90416	164271757550018
Local de procedência	Tipo	UF
LUCENA	MUNICIPIO	PB
Email	Naturalidade	CBO/R
	SANTA RITA	

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
68301000	SANTA RITA	PB	PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
Número	Complemento	Bairro	
SN	SITIO TORORO - BEBELANDIA	POPULAR	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
12/06/2016 12:51:31	1000004259977	SUS
Especialidade	Clinica	
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Data do acidente
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso potencial	Plano de saúde	Verbo de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Sim
Meio de transporte	Quem transportou		
SANAU	SANAU		

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Supracard. número 29/06/2016						
Diagnóstico						
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA						

Imprimir



12/06/2016 12:55



Primeiro Atendimento Médico



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	END.: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES N. SM - POPULAR SANTA RITA FONE: () CELULAR: () IDADE: 17 DT. ENTRADA:
DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA		
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM CAPACETE, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITO. APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM BRACÇO DIREITO, SEM OUTRAS QUEIXAS.		

EXAME PRIMÁRIO IS REAS ☒ PÉRVIAS () Obstruídas CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não VENTILAÇÃO: TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade () Com dificuldade () VENTILAÇÃO MECÂNICA () APNÉIA AUSCULTA PULMONAR: 1- MURMÚRIO VESICULAR HTD: { } Presente e normal { } Rude { } Diminuído { } Ausente HTE: { } Presente e normal { } Rude { } Diminuído { } Ausente 2- RUÍDOS () Sim () Não HTD: { } Roncos { } Sibilos { } Estertores HTE: { } Roncos { } Sibilos { } Estertores Ph: _____ Imp _____ SaO ₂ _____ %	CIRCULAÇÃO COR DA PELE: () Normal () Pálida () Cianótica () Metórica () Ictérica TEMPERATURA DA PELE () Normal () Quente () Fria PULSO () Normal () Aumentado () Fino () Ausente AUSCULTA CARDÍACA RÍTMO () Regular () Irregular () Ausente BULHAS () Normatonéticas () Hipofonéticas () Hipofonéticas () Ausente SOPRO () Presente () Ausente BE GU B4 () Sim () Não FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C ECG: _____ ABDOMEN: _____
---	--

DÉFICIT NEUROLÓGICO Pupilas: () Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm) Escala de Glasgow:					
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<6 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	5
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

F(NG).CC.001-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HEETSHL

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO



NOME DO PACIENTE:		IDAD: 1000004259977	BE: 926519
		LUCRECIA DA SILVA MILTANO	
		OT. NASC: 09/01/1999	
		MAE: MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA	
PROCEDÊNCIA:	☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU	END: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES	
TIPO DE ACIDENTE:	☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta	N. SN - POPULAR	
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma		SANTA RITA	
		FONE: ()	
		CELULAR: ()	
		IDADE: 17	
		DT. ENTRADA:	
TIPO DE LESÃO:	☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura		
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:			
LOCAL DA LESÃO:	☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:		
DADOS CLÍNICOS (sintomas)			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /			
EXAME FÍSICO	PA: ____ / ____ mmHg	P: ____ bpm	SpO2: ____ Tax: ____
Sistema Neurológico:			
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado			
Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose			
Sistema Respiratório:	☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias		
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas			
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório:	☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória		
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida			
☐ Palidez ☐ Outros:			
Sistema Digestório:	☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial		
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda			
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário:	☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ SVD ☐ Outros:		
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:	☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias		
☐ Internações ☐ Outros:	Especificar:		
USO DE MEDICAÇÃO?	☐ Sim ☐ Não	Especificar:	
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: 12.06.16 - Paciente vítima de acidente/moto; e/ HD: trat. exp. anteb. D; encaminhada ao CDJ (Rxs); ag. AV. ORTO; EGR, COTE			
Assinatura: Suelio Moreira Torres			
COREN 79452/PB			
DESTINO:	ENFERMEIRO:	COREN:	

F(NG).ENF.022-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000004255977
LUCRECIA DA SILVA NILZANO
DT. NASC.: 09/01/1989
RUE: MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA
END.: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
N. 38 - POPULAR
SANTA RITA
FONE: (11)
CELULAR: (11)
TOROD: 17
DT. ENTRADA:

DESCRIÇÃO DA

Loqueria

Psicologia

15/

06/

16

Garde

Paciente apresenta-se emocional-
mente instável pelos trauma
físicos ocorridos por acidente de
moto. Ansustada pela difi-
culdade de adaptação no ambiente
hospitalar (URPA), expressando
sentir falta da família.
Realizado após psicólogo.

Gitana Lopes

CRP 13/1882

Gitana Lopes de Farias

Psicóloga Clínica - Hospitalar

CRP 13/1882

14 FEV. 2013
SECRETARIA DE SAÚDE





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E.E.T.S.H.I.

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Quercia da Silva Italiano

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

926519

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MOB. 1

9 - SEXO

Fem. X3

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Rita

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

01 - plano DCP e 108 jures
03 - parafusos verticais n° 18
02 - " " " " n° 20
02 - " " " " n° 26
02 - " " " " n° 36
01 - " " " " n° 35
espionagem

01 - Agulha de plano A 25

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Laureis de Lima Brito RG/Pontuação: _____
Idade: 179 Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 29/6/16
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura supracondilária
Cirurgião: Dr. Roberto A. Santos 1º Assistente: Dr. Umeso D.
2º Assistente: _____ 3º Assistente: Dr. Carlos R.
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. B. da S.
Tipo de Anestesia: Bloq. Plexo Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura supracondilária</u>	
<u>em membro do membro D.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico</u>	
<u>de fratura supracondilária</u>	
<u>em membro do membro D.</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

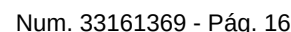
Dr. Roberto A. Santos
CRM - Traumatologia
CRM-PE 1590

João Pessoa, 29/6/16

F(NG).ASCIR.009-1

51

QTD.	EQUIPAMENTO
	(1) ASPIRADOR
	(1) TUBISTAR ELÉTRICO
	(1) CAPNÓCRATO
	(2) CARDIOMONITOR
	(1) DESFIBRILADOR
	(1) FOCO AUXILIAR
	(1) FOCO CENTRAL
	(1) MICROSCÓPIO
	(1) OXÍMETRO DE PULSO
	(1) P.A. INVASIVANA
	(1) PERFUSOR ELÉTRICO
	(1) SERRA



FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: RODRIGUES DA SILVA ALONSO DATA: 29.6.16 PRONTUÁRIO: 7

SEXO: M COR: DE IDADE: 17 (A)

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜINEO
ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO				
EXAMES COMPLEMENTARES <u>DENTISTAS NORMALIZADOS VIA PLANO</u>					
AP. RESPIRATÓRIO <u>SIRS UNV. ANT</u>	AP. CIRCULATÓRIO <u>PCR 97.55</u>				
AP. DIGESTIVO <u>JEJUN</u>	ESTADO MENTAL <u>LOTÉ</u>				
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA <u>CLONIDINA</u>					DROGAS EM USO
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>FRATURA DO COTOVELO DIREITO</u>					ESTADO FÍSICO (ASA)
CIRURGIÃO <u>DR. ROBERTO ALONSO</u> <u>DR. KANTAREV</u>					
CIRURGIA REALIZADA <u>FRATURA DO COTOVELO DIREITO</u>					
CIRURGIÃO <u>DR. ROBERTO ALONSO</u>					
INÍCIO DA ANESTESIA <u>15:15</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>17:45</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>2.30</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA <u>DR. ABDON</u>		CPF		CRM-PB <u>4184</u>	

INTERFERÊNCIA REP

02 N.º

LIQUIDOS VENCIDOS 500

ANESTESIA X

ANESTESIA GERAL ☐ RACIOLANIA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS ☐

LIQUIDOS

QUANTIDADE

1 CLONIDINA 1.50

2 INDOCARIN 400mg 1.50

3 NOVASUR 1.500mg 1.50

4 CHAMBERLAIN 150 1.50

5 CEFRADILIM 500 1.50

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Dr. Abdon Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM 4184

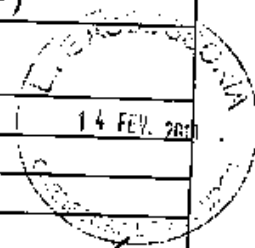
14 FEV. 2017

DETO EN DEBITO DENTAL: ANTISEPSIA DA REGIÃO
CIRURGICA, BLOQUEIO INTERDENTARIO E
LMA AQS E ESTIMULADOR DE PLEXO INFERIORES
1.50
BLOQUEIO AQS E ESTIMULADOR DE PLEXO INFERIORES
1.50
LMA AQS E ESTIMULADOR DE PLEXO INFERIORES
1.50

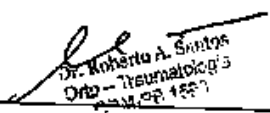
ASSINATURA DO ANESTESISTA

F (NG) ASCR 026-1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	Incisão em Z-plastia
Achados:	Fratura de fêmur direito
Conduta:	Redução e fixação com placa 3.5 DCP e parafusos
Fechamento:	Feitura de ferida limpa e fechada
Observação:	Boa evolução



Médico/CRM:


Dr. Roberto A. Santos
Ortop - Traumatologia
CRM 1557

João Pessoa, 29/06/16

F(NG).ASCTR.009-1





SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

HETSHL

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ranercia da Silva Hiliano

12/06/16

6 - N° DO PRONTUÁRIO
926519

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

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 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

(01) - Agulha de Flex A-50 (B. Braun)



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

Iana Medeiros

12/06/16

CRM-PB 10815

Médica

CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

[Assinatura]
SECRETARIA

Nome: Luciana da Silva Martins BE/Prontuário: _____
Idade: 27 Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / 1
Clínica/Setor: Obstetrícia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Ex. de parto normal (D)
Cirurgião: Dr. [Assinatura] 1º Assistente: Dr. [Assinatura]
2º Assistente: Dr. [Assinatura] 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Bvsa + Sedação Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
(D) Ex. de parto normal (D)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
(D) Ex. de parto normal (D)	
(D) Ex. de parto normal (D)	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. [Assinatura]
CRM 9456

João Pessoa, 12 / 06 / 16

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

88

NOME DO PACIENTE: Lucasia da Silva Milionis

IDADE: 17 SEXO: F BEBÊ: 19/05/2019 ENFERMARIA: LETO

CIRURGIÃO: Dr. Gustavo F. M. de Castro (R)

CIRURGIÃO: Dr. Gustavo F. M. de Castro (R)

ANESTESISTA: Dr. João Vargolino

ANESTESISTA: Dr. João Vargolino

INSTRUMENTADOR: 11

DATA: 06/06/16 TEMPO CIRÚRGICO: 14:30 ANESTESIA: 14:30 CIRURGIÃO: 16:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST): ASA 1

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPINACAINA ISOMÉRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPINACAINA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
PENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOPILURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVODUPINACAINA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVODUPINACAINA S/ VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		LUVAS ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVAS ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDIACA	
NDMBUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CÂTER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPURFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LEGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERENGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERENGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERENGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERENGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
		BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. AEROSÓVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CÂTER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CÂTER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CÂTER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOXINA		CÂTER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CÂTER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EPEDRINA		COLET. URINA FECTADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS CORTICAIS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS CORTICAIS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS CORTICAIS	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUXÇÃO		PARAFUSOS CORTICAIS	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PARAFUSOS CORTICAIS	
ONDASENTRINA		EQUIPO MACROGOTAS		PARAFUSOS CORTICAIS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		PARAFUSOS CORTICAIS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		PARAFUSOS CORTICAIS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVM		PARAFUSOS CORTICAIS	
TENOXICAN		ESPARADRAO		PARAFUSOS CORTICAIS	
		GAZES		PARAFUSOS CORTICAIS	
		GAZES ALGODADAS		PARAFUSOS CORTICAIS	
		GEL ELETROLÍTICO		PARAFUSOS CORTICAIS	
		JELCO Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
		JELCO Nº16		PARAFUSOS CORTICAIS	

61 Agulha de 1.50 (B-Braun)

Equipamentos:

- () ASPIRADOR
- () BISTURI ELÉTRICO
- () CAPNÓGRAFO
- () CARDIOMONITOR
- () DESFIBRILADOR
- () FOCO AUXILIAR
- () FOCO CENTRAL
- () MICROSCÓPIO
- () MONITOR DE PULSO
- () A INVASIVÃO INVASIVA
- () PERFURADOR ELÉTRICO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:00:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221005505700000031742746

Número do documento: 20081221005505700000031742746

COPIA Nº 22-838

FUNDO ASCR 021-2



FICHA DE ANESTESIA

HEFTS11

[illegible]



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: 1) Pac em 0017 507 ANTI-M/1 2) ANTI-GERMIA E ASSUPSA 3) POSIÇÃO 95 CAMPOS VISUAIS
Incisão: 1/4
Ações: 1/4) IDENTIFICAÇÃO 95 FOCO DE FURÇÃO
Condução: 1) ANÁLISE INICIAL DO FURÇÃO 2) ISOLAMENTO DEVISSA COM SF 0,9x. PROS QUANTITANDO 95 BORDOS DO FURÇÃO. 3) SUTURA POR PUNTO 4) CONTILOS VISUAIS 5) IMOBILIZAÇÃO AXIAL-PRONA COM FIO VISUAL.
Fechamento: 14 FEV. 2019
Observação: 1) FO: OPMOS ACUTIS POR ZIMBOM CINDAULA 95 FX GERADA QUANDO A FURÇÃO DE FURÇÃO VERUNO PI RANÇO/ANTISM/O.

Dr. Mathieu Mozart
CRM/PA 55

João Pessoa, 12/06/16

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.474.612 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/08/2017

NOME LUCRÉCIA DA SILVA MILIANO

FILIAÇÃO JOSÉ CARLOS MILIANO
MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 09/01/1999

DOC ORIGEM
NASC.N. 60415 FLS.80V LIV.A 54
CARTÓRIO 1º SANTA RITA-PB

CPF 140.315.124-57

Marcus A. B. Lacer Jr.
Chefe do Núcleo de
Ident. Civil e Criminal

AB +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-038

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Lucrécia da Silva Miliano
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012824784573
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 0109866644-2 00/00000000 2016

TIAGO RODRIGO GALDINO DA SILVA

11206770414 QFT4567/PB
NOVO PB 9C2JB0100HR214097

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA
HONDA/POP 110I 2016 2017
2 P/109 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 30/09/2016
***** SEGURO P A G O 30/09/2016
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

BAYEUX-PB 42692 04/10/2016

PB Nº 012824784573 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransfio.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 04/10/2016
1 11206770414 PLACA QFT4567/PB

01098666442 HONDA/POP 110I
2016 9 9C2JB0100HR214097

PRÊMIO TARIFÁRIO
PAGAR ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

SEGURO P A G O 30/09/2016
DATA DE OUTRADA 30/09/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.345.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br
2472-1137084-20161004





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Marcia da Silva Seu João
DATA DO ACIDENTE 22/06/2016 CPF DA VÍTIMA 104.315.124-57
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Marcia da Silva WILSON
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR W VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É Marcia da Silva Marcia
ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Bebelandia
Nº 514 COMPLEMENTO — BAIRRO Ruel
CIDADE Santa Rita UF PA CEP 58304000
E-MAIL — TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/06/2019
IDENTIDADE 4.474.612
ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA 14/06/2019
NOME —
ASSINATURA —

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056895/19

Vítima: LUCRECIA DA SILVA MILIANO

CPF: 140.315.124-57

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 12/06/2016

Titular do CPF: LUCRECIA DA SILVA MILIANO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCRECIA DA SILVA MILIANO : 140.315.124-57

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: 15/02/2019
Nome: LUCRECIA DA SILVA MILIANO
CPF: 140.315.124-57

LUCRECIA DA SILVA MILIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

