
Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115923

Vítima: CLEONICE DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 03/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEONICE DE LIMA 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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115923

Vítima: CLEONICE DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 03/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEONICE DE LIMA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do 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

superiores 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: CLEONICE DE LIMA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000002007-9

Conta: 0000013403-1

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
927688734-20 CLEONICE DE LIMA SILVA

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

5 - Nome completo: CLEONICE DE LIMA SILVA 6 - CPF: 927.688.734-20
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA: HERMENEGILDO CUNHA 9 - Número: 194 10 - Complemento:
11 - Bairro: NORDESTE II 12 - Cidade: GUARABIRA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (683) 987088728

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: BRANDESCO

AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir)

CONTA:
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2007 9 CONTA: 0013403 1
(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.

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

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

- ☒ 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco



5067 3153 5885 7200

07/24 2007 9 0013403 1 02 00

CLEONICE DE LIMA SILVA

elo

La conta corrente

15



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Central da Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02762.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02762.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:36 horas do dia 12 de março de 2020, 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Cleonice de Lima Silva**, CPF nº 927.688.734-20, RG nº 1145656 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil viúvo(a), profissão Aposentada, filho(a) de Maria Pereira de Lima e Manoel Antonio de Lima, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 10/02/1949 (71 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Hermenegildo Cunha, Nº 194, complemento Bairro Nordeste II, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Colegio Polivalente, na cidade de Guarabira/PB, telefone(s) para contato (83) 98658-9037.

Dados do(s) Fatos:

Local: R. Hermenegildo Cunha, nº 194, Bairro Nordeste II, Em Frente a Residência da Noticiante, Guarabira/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/11/19 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

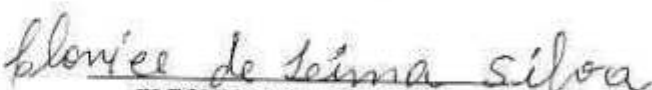
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que ao atravessar a na rua Hermenegildo Cunha em frente a sua residência, foi surpreendida por uma motocicleta que vinha em alta velocidade vindo a atropelar a noticiante, atingindo seu braço e a sua mão, que logo após a noticiante foi socorrida por terceiros para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena sendo e atendida com Diagnóstico, Fratura de Úmero proximal E + fratura de radio distal E - CID: 10 S 42.2 S52.5 conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Juan Jaime Alcoba Arce - CRM: 3323/PB.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 12 de março de 2020.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


CLEONICE DE LIMA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
927688734-20 CLEONICE DE LIMA SILVA

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

5 - Nome completo: CLEONICE DE LIMA SILVA 6 - CPF: 927.688.734-20
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
RECUSO RUA: HERMENEGILDO CUNHA 194
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
NORDESTE II GUARABIRA PB 58200-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):
(683) 987088728

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: BRDESCO

AGÊNCIA: 2007 9 CONTA: 0013403 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☒ 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 31/03/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco



5067 3153 5885 7200

07/24 2007 9 0013403 1 02 00

CLEONICE DE LIMA SILVA

elo

La conta corrente

15

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEONICE DE LIMA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02007-9

CONTA: 000000013403-1

Nr. Autenticação

BRADESCO3103202005000000000023702007000000013403236250 PAGO



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano ~~Cruz~~ 220 - Guarabira João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

22615741

REFERENCIA

SET/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CLEONICE DE LIMA SILVA

RUA HERMENEGILDO DA CUNHA, 194 - NORDESTE

GUARABIRA PB 58200-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	
053.016.040.0204.000	000	1	0	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgo	
Y05X015959	10/03/2005	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL	
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA					
3152	3159	7	30	25/10/2019	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.					
AGO/2019	12	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES			
JUL/2019	10	TURBIDEZ	0	0	0
JUN/2019	13	COLORO	0	0	0
MAI/2019	19	COL. TERNOT	0	0	0
ABR/2019	12	COR	0	0	0
MAR/2019	7	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	12	DADOS REFERENTES A: JUL/2019			



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Cleonice de Lima silva

DATA DE NASCIMENTO 10/02/49

NOME DA MÃE Maria Pereira de Lima

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 119069

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1201287

DATA DO ATENDIMENTO 03/11/19

HORA DO ATENDIMENTO 23:52:00

MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero proximal E + fratura de rádio distal E.

CID 10 S42.2 S52.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, com trauma em braço e antebraço esquerdo, dor local, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de antebraço E, braço E, punho E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

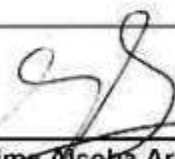
RX: fratura de úmero proximal E e rádio distal E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal E (11/11/19). Tratamento cirúrgico de fratura de úmero proximal E (17/11/19)

ALTA HOSPITALAR: 18/11/2019

DATA DA EMISSÃO: 21/02/2020


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Documento de Alta

Nome: CLEONICE DE LIMA SILVA			Número Prontuário: 119069
Data de Nascimento: 10/02/1949	Sexo: Feminino	Data de Internação: 04/11/2019 06:50:05	Data de Alta: 18/11/2019 12:12:45
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
Resumo da Internação: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
Resultado de Exames: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
Tratamento: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
Diagnóstico: S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero			
Recomendações: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			

Data: 18/11/2019

Jorge José Sousa Pinto
CRM 12278 - PB


**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1201287



12/02

Identificação do paciente

ID 1454244	Nome CLEONICE DE LIMA SILVA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 10/02/1949	Idade 70 anos 8 meses 24 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA PEREIRA DE LIMA	Pai MANOEL ANTONIO DE LIMA		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MILENE SILVA GOMES - NETO(A)		
DDD Celular 83	Celular 987826677	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1145656	Nº Cns 708005849730826	
Local de procedência HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB	
raça	Naturalidade SAPE	CBO/R	

Endereço

CEP 58200000	Município de residência GUARABIRA	UF PB	Logradouro HERMENEGILDO CUNHA
Número 94	Complemento	Bairro NORDESTE II	

Admissão

Data e Hora 03/11/2019 23:52:28	Número da pulseira 1000007922670	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 11seg

Imprimir

Sistema Único de Saúde

CLEONICE DE LIMA SILVA

Data Nas: 16/02/1949 Sexo: F

708 0058 4973 0826



SUS+

1.118.656 05.09.1988

CLEONICE DE LIMA SILVA

Manoel Antonio de Lima

Maria Pereira de Lima

Sapé/PB 10/02/1949

Cert. Casam. No 6847, liv. 3, fls. 145v,

Cert. de Santa Rita/PB

LENTIN DE JARAGUÁ

ESTADO DA PARAIBA

SISTEMA DE REGISTRO CIVIL

NOTARIO DE REGISTRO CIVIL

PARAIBA

Manoel de Lima Silva






**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente CLEONICE DE LIMA SILVA	BAE 1201287	Data/Hora Entrada 03/11/2019 23:52:28	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1949	Idade 70a 8m 25d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 987826677
Mãe MARIA PEREIRA DE LIMA			Prontuário
Endereço HERMENEGILDO CUNHA, 194	Bairro NORDESTE II	Município GUARABIRA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2019 23:52:28		Data/Hora Prescrição 04/11/2019 02:31:03	

ANAMNESE

REFERE TER SIDO ATROPELADA POR MOTO SENDO ATINGIDA NO BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQUERDO SENTINDO DOR LOCAL. Nega
alergia medicamentosa. ACUSA DOR DISCRETA AO EXAME ATIVO E PASSIVO DO BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQUERDO. DEAMBULAÇÃO
NORMAL. AUSÊNCIA DE LESÕES EXTERNAS. MOBILIDADE DOS MMSS E MMII PRESEERVADA. TÓRAX E ABDOME: NDN CONDUTA: EXS.
RADIOL + alta DA CIRURGIA + PARECER DA ORTOPEDIA.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

CID10

M79.6 - Dor em membro

Conduta

Em observação

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 03/11/2019 23:52:39



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente CLEONICE DE LIMA SILVA	BAE 1201287	Data/Hora Entrada 03/11/2019 23:52:28	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1949	Idade 70a 8m 25d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 987826677
Mãe MARIA PEREIRA DE LIMA		CNS 708005849730826	Prontuário
Endereço HERMENEGILDO CUNHA, 194	Bairro NORDESTE II	Município GUARABIRA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional IGOR QUEIROZ CAVALCANTE	Nº Cons. Regional 7733/
Data/Hora Classificação 03/11/2019 23:52:28		Data/Hora Prescrição 04/11/2019 05:06:22	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA NO OMBRO E E PUNHO E APOS COLISAO COM MOTO HÁ HORAS. HD FRATURA DO RADIO DISTAL E E FRATURA DO UMEROS PROXIMAL E CD: INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 8/8H
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA

CUIDADOS

SSVV + CCGG

Conduta

Em observação

Enfermeiro


IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
(CRM: 7733/)

Relatório registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 03/11/2019 23:52:39



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA
Em: 17/11/2019 10:38:14

Nome CLEONICE DE LIMA SILVA	Boletim de Atendimento 1201287	Data/Hora Entrada 03/11/2019 23:52:28	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/02/1949	Idade 70	Sexo Feminino	CNS 708005849730826
Tempo de Internação 13d 3h 48min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 119069
Data de Entrada 03/11/2019 23:52:28	Data Internação 04/11/2019 08:50:05	Permanência na Unidade 13d 10h 46min	Permanência no Leito 5d 13h 57min

EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 17/11/2019 10:26:38)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM POS OP IMEDIATO DE FRATURA DE UMEROS PROXIMAL
SEM INTERCORRENCIAS

Seção: POSTO II - ENF 17 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM-PB 7296 CREMEPE: 18474
150169



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 11/11/2019 07:17:33

Nome: CLEONICE DE LIMA SILVA		Boletim de Atendimento 1201287	Data/Hora Entrada 03/11/2019 23:52:28	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/02/1949	Idade 70	Sexo Feminino	CNS 708005849730826	Prontuário 119069
Tempo de Internação 7d 27min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 03/11/2019 23:52:28	Data Internação 04/11/2019 06:50:05	Permanência na Unidade: 7d 7h 25min	Permanência no Leito: 7d 27min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 11/11/2019 07:17:28)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA DO UMERU PROXIMAL E RADIO DISTAL E.; EXAMES + RISCO OK;

AGUARDANDO PLACA PHILLUS

CD: AGENDAR CIRURGIA.

Seção: AREA VERDE ENF 36 - Leito: LEITO - 013

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593282

Impresso por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 07/11/2019 08:24:03

Nome CLEONICE DE LIMA SILVA		Boletim de Atendimento 1201287	Data/Hora Entrada 03/11/2019 23:52:28	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/02/1949	Idade 70	Sexo Feminino	CNS 708005849730826	Prontuário 119069
Tempo de Internação 3d 1h 34min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 03/11/2019 23:52:28	Data Internação 04/11/2019 06:50:05	Permanência na Unidade: 3d 8h 32min	Permanência no Leito: 3d 1h 34min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 07/11/2019 08:23:49)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL E RÁDIO DISTAL E
SEGUE ESTÁVEL NO MOMENTO
AGUARDA PLACA PHILLUS
CD: RISCO OK, EXAMES OK

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 013

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

RELATÓRIO DE CIRURGIA



RELATOR

Nome: Francisco de Lima Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino ☒ Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / 1
 Clínica/Setor: Oreto EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Ortopedia de Fx Umero prox E
 Cirurgião: Dr Alexandre Nishimura 1º Assistente: Dr T. Leirio
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fx Umero prox E</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RAFI</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não, Descrição: _____

Biópsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Tibirica Medeiros
 Ortopedia Traumatologia
 Cirurgia Ombro e Cotovelo
 CRM-PB 7236 CREMEPE: 18474
 TEOT 15066

João Pessoa, 1 / 1 / 1

RELATÓRIO DE CIRURGIA



SBORT

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1.º em Cadeira de péssio sobre montes
Assuprio + Anterior + Longos e breves

Incisão:

Incisão deltopectoral

Achados:

Conduta:

- Dissecção por planos
- Redução dos fragmentos e fixação por placa Philos + parafusos de bloqueio

Fechamento:

Sutura por planos

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Tíberica Medeiros
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM-PB 7295 CREMEPE: 18474
TEOT 15069

João Pessoa, 17/11/19



RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHL

NOME: CLEONICE DE LIMA SILVA - BE/PRONTUÁRIO 1201287
IDADE: 70 SEXO: FEM COR: DATA: 11/11/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR. MILTON BARBOSA 1º ASS: DR. KARTNEY
2º ASS: MR1 LAIANA 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: DRA AMANDA
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNOSTICO POS-OPERATÓRIO		CID
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 11/11/2019



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

Achados:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Conduta:

REDUÇÃO INCRUENTA COM AUXÍLIO DE ESCOPIA

PASSAGEM DE 2 FIOS K PARA MANUTENÇÃO DA REDUÇÃO

AUXÍLIO DE ESCOPIA

CURATIVOS ESTÉREIS

Fechamento:

TALA BRAQUI PALMAR A DIREITA

RAIO-X DE CONTROLE

Observação:

Médico/CRM:


João Pessoa,

11/11/2019

Nota de Sala Cirúrgica



Nome do Paciente: *Thomaz de Lima Silva*

Idade: *70* **Sexo:** *M* **Particularidade:** *17* **Leito:** *02*

Cirurgia: *Colúmbico de abd. de radio cristal hsq.*

Anestesia: *Bloqueio de Penco*

Anestesista: *Leomando*

Instrumentador:

Data: *11/11/2019* **Tempo Cirúrgico - Anestesia:** *30:10* **Tempo Cirúrgico - Anestesia:** *30:15* **Tempo Cirúrgico - Anestesia:** *30:30*

Índice de Risco de Cirurgia - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

Grau de Contaminação: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		ELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		ELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		ELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		ELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DIAPERIDOL		SUT SIST. EREN. TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		PVPi DEGERMANTE		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOPRURANO		PVPi TÓPICO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13x4.5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 13x37		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25x08		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40x12		FITA CARDIACA	
NOVIBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	
PANCLORON		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRURGICO	
PROPOTOL		AGULHA RAQUT Nº25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMPENTANIL		AGULHA RAQUT Nº26G		FIO DE KIRSCHNER Nº2	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUT Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO		FIO STEDMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEDMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA CESSADA		GRANDEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂMULA PI TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL Nº		KIT FAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOTINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPRONA SÓDICA		CERA PARA OSSE		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONDOSO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONDOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALCOLAS	
GLUTONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PLACA	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		EQUIPAMENTOS	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		() ASPIRADOR	
PLASBL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		() BISTURI ELÉTRICO	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		() CAPNÓGRAFO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi		() CARDIOMONITOR	
TENDONCAN		ESPARADRAPO		() DESFIBRADOR	
		GAZES		() FOCO AUXILIAR	
		GAZES ALGODADAS		() FOCO CENTRAL	
		GEL ELETROLÍTICO		() MICROSCÓPIO	
		ELCO Nº14		() TOXIMETRO DE PULSO	
		ELCO Nº16		() VTA INVASIVAS/DIVASIVA	
		agulha de Penco 25 mm 1		() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	

Assinatura do Médico: *Leomando*

Assinatura do Anestesista: *Leomando*

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Instrumentador:

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:

Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura do Cirurgião:

<

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/11/19

PRONTUÁRIO: 1201357

PACIENTE: CLEONICE DE LIMA SILVA

SEXO: F COR:

IDADE: 70

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO:

RESPIRAÇÃO:

TEMPERATURA: PESO:

GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)

RISCO CIRÚRGICO: (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. RESPIRATÓRIO:

AP. CIRCULATÓRIO:

AP. DIGESTIVO:

Epum > 8L

ESTADO MENTAL:

DROGAS EM USO:

PRE-ANESTÉSICO:

DURA-MOR:

ESTADO FÍSICO (ASA):

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

II

CIRURGIA REALIZADA:

Exatoma da região distal esquerda

CIRURGIÃO:

AJUDANTES:

INÍCIO DA ANESTESIA:

20:10

TÉRMINO DA ANESTESIA:

20:30

DURAÇÃO DA ANESTESIA: 20!

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH:

VALORES RS:

ANESTESISTA:

Amanda Andrade

GRUPB:

10812

ANESTESIA:

N.º:

LUGAR:

HORAS:


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

Técnica: Bloq plexo braquial a nível axila guiado por Shimizu com (D42)

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	halocaine 2% CV-15	11
2	levobupivacaine 0.5% SIV-7ml	12
3	Diprione-02	13
4	Cefazolina-02	14
5		15
6		15
7		17
8		18
9		19
10		20

DESPACHOS IMPORTANTES

Dra. Amanda V. Andrade

ASSINATURA DO ANESTESISTA

CRM-PB 10.692

Anestesiologista

F. IND. ASC. 026-1



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

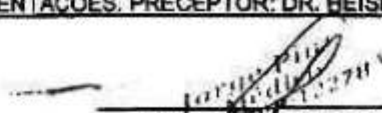


**SEGUE
o trabalho**

Documento de Alta

Nome: CLEONICE DE LIMA SILVA			Número Prontuário: 119069
Data de Nascimento: 10/02/1949	Sexo: Feminino	Data de Internação: 04/11/2019 06:50:05	Data de Alta: 18/11/2019 12:12:45
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
Resumo da internação: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
Resultado de Exames: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
Tratamento: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
Diagnóstico: S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero			
Recomendações: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			

Data: 18/11/2019


JORGE JOSÉ SOUSA PINTO
CRM/ 12278 - PB

PatientID: 000000110068
Name: CLEONICE DE LIMA SILVA

Sex: Feminino
BirthDate: 10.02.1949
Age: 70a.

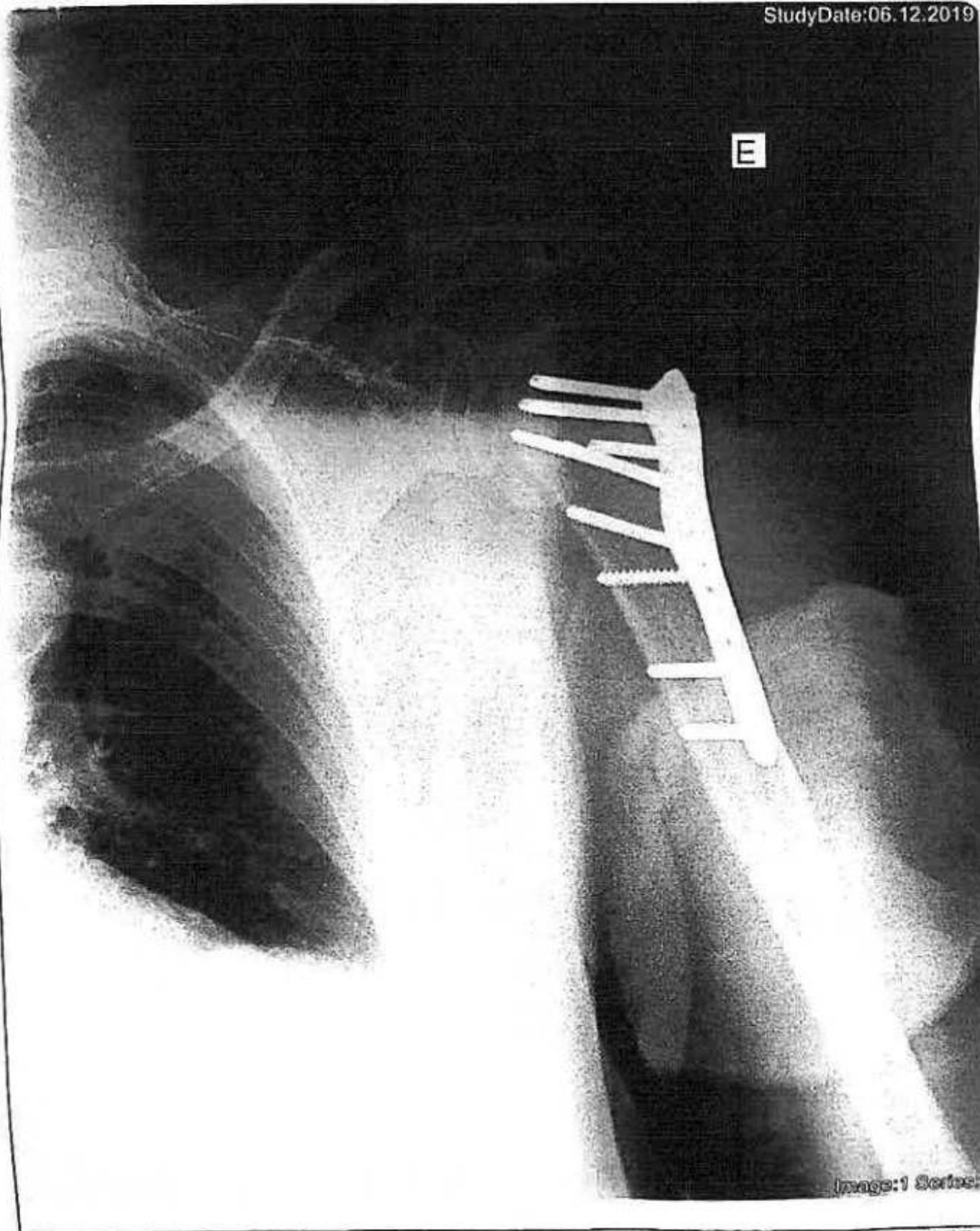


PatientID: 000000110068
PatientName: CLEONICE DE LIMA SILVA

Sex: Feminino
BirthDate: 10.02.1949
Age: 70a.

StudyDate:06.12.2019

E



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Cleonice de Lima Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.145.656 DATA DE EXPEDIÇÃO 05.09.1985

NOME CLEONICE DE LIMA SILVA

FILIAÇÃO Manoel Antonio de Lima
Maria Pereira de Lima

Sapé/PB 10/02/1949
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Casam. Nº 6847, liv. 3, fls. 145v,
Cart. de Santa Rita/PB

CPF João Pessoa - PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA ECONOMIA,
FAZENDA E PLANEJAMENTO

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

C/C

Nº DE INSCRIÇÃO 927682734 20

NOME COMPLETO CLEONICE DE LIMA SILVA

NASCIMENTO 10.02.49

ASSINATURA *Cleonice de Lima Silva*

VÁLIDA SOMENTE COM A APOSELTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
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 (REEMBOLSO), 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
IDENTIDADE _____ NOME _____
ASSINATURA *Blomelle* ASSINATURA _____



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
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 (REEMBOLSO). 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200115923 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEONICE DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 03/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL E RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: A

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	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: 3200115923 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEONICE DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 03/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: A
Resultados terapêuticos: A
Sequelas permanentes:
Sequelas: Em tratamento
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: A

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091876/20

Vítima: CLEONICE DE LIMA SILVA

CPF: 927.688.734-20

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 03/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEONICE DE LIMA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CLEONICE DE LIMA SILVA : 927.688.734-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/03/2020
Nome: CLEONICE DE LIMA SILVA
CPF: 927.688.734-20

CLEONICE DE LIMA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO