

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALESSANDRO DE FRANCA SILVA**

Nº Sinistro: **3180547809**

Vítima: **ALESSANDRO DE FRANCA SILVA**

Data do Acidente: **07/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180547809**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13617527



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: 085.397.034-32 Nome completo da vítima: Alessandro de Figueira Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <u>Alessandro de Figueira Silva</u>	CPF titular da conta <u>085.397.034-32</u>	Profissão <u>guarda municipal</u>
Endereço <u>Rua Augusto Firme Paulo</u>	Número <u>155</u>	Complemento <u>capal</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Labedelo</u>	CEP <u>58101-015</u>
Email _____	Estado <u>PB</u>	Telefone (DDD) <u>(83) 98817-1482</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0039 D/V 19482 D/V 9  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: \_\_\_\_\_ NRO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Labedelo, 29 de outubro de 2018  
Local e Data

Alessandro de Figueira Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 NOV 2018

Gentia Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 775 SL. 106-João Pessoa/PB

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02081.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02081.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:58 horas do dia 31 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Alessandro de França Silva**, CPF nº 085.397.034-32, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Guarda Municipal, filho(a) de Maria da Penha de França Silva e Paulo Terdulino da Silva, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 22/07/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Augusto Firmo Paulo, Nº 155, bairro Monte Castelo, tendo como ponto de referência Banco do Brasil S/A, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98817-1482.

**Dados do(s) Fatos:**

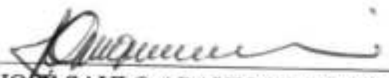
Local: Br 230, Comac, Cabedelo/PB, bairro Jardim Cambonha; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/06/18 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CB 300R, ano e modelo: 2010 de cor: preta, placa: MOW 7244/PB, Chassi nº 9C2NC4310AR071060, registrado em nome de Paulo Terdulino da Silva-CPF nº 225.310.924-04; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão e que nesta ocasião estava chovendo bastante dificultando a visualização do notificante que veio a colidir em um bloco de cimento ali existente, pois na ocasião a BR está em reforma; QUE o notificante colidiu nesse bloco e veio a cair ao chão; QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 28/09/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo resgate do corpo de Bombeiros; QUE não deseja representar criminalmente; QUE no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S72,4

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 fé.

João Pessoa/PB, 31 de outubro de 2018.

  
**JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS**  
Agente de Investigação

  
**ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA**  
Notificante

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

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Alessandro de França Silva

CPF da Vítima

085.397.034-32

Data do Acidente

07/06/2018

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pessoa, 29 de setembro de 2018.

Local e Data

Alessandro de França Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAÍBA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
1º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR  
1ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE BOMBEIRO MILITAR  
GABINETE DO COMANDO

## CERTIDÃO



REQUERIMENTO Nº:	14/2018	DATADO:	05 de novembro de 2018	
SOLICITANTE:	ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO			
PORTADOR DO RG:	2629781 PB			
PROTOCOLO CIOP:	BM2018.0706.2147.00063	DATA:	07 JUN 18	
HORÁRIO	21	horas	47	Minutos
ENDEREÇO				
BR-230 - Prox. A COMAC - KM 03.2 - CABEDELO - PB				
VIATURAS:	AR - 27 (Auto-Resgate 27)			
VITIMAS: (NOME - CPF)				
ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA		085.397.034-32		
RELATÓRIO DA OCORRÊNCIA:				
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: QUEDA DE MOTO				
Vitima consciente e orientada, encontrava-se ao solo. Informou que não viu a sinalização de desvio da BR-230 de concreto e que veio a colidiu com a mesma. O condutor apresentava uma fratura aberta no membro inferior esquerdo (fêmur). O mesmo queixava-se de muitas dores. Após a imobilização da coluna cervical e do membro lesionado, conduzimos ao hospital, para os cuidados mais especializados.				
HOSPITAL	Hosp. De Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena			
MEDICO	Dr Aucides Lira		CRM	7115 PB
Chefe Da Guarnição	CB BM Carlos Henrique Martins		MATR.:	522.310-5
Nada mais consta sobre o que lhe requereu e lhe seja relativo em firmeza do que lavrei a presente CERTIDÃO, que vai por mim datada e revisada por CHARLTON RIBEIRO DE SANTANA - MAJ QOBM - Comandante desta 1ª Companhia independente de Bombeiro Militar (1ª CIBM)				
Eu, Cabo BM Matrícula: 521.935-3 EDCHARLTON CAVALCANTI VIANA, auxiliar da 3ª Seção desta 1ª CIBM, que digitei e assino:				

João Pessoa-PB, 08/11/2018

Edvaldo Honório dos Santos Júnior  
Capitão QOBM-Matr. 523.399-2

Charlton Ribeiro de Santana - MAJ QOBM  
Comandante da 1ª CIBM



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Corpo de Bombeiros Militar - 1º Comando Regional de Bombeiro Militar  
1ª Companhia Independente de Bombeiro Militar  
Rua Enivaldo Figueiredo de Miranda, nº 70, Centro, CEP: 58.550-100 - Cabedelo/PB  
Fone: (83) 3228-8588 / (83) 3228-8632 E-mail: 1cibmcabedelo@gmail.com

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000019482-9

---

Nr. da Autenticação B579B4E10A540145



ACESSE OI COM BR/MINHAOI  
E USE A INTERNET PARA:

NA MINHA OI  
É TUDO MAIS FÁCIL.



ALEANDRO DE CARVALHO SILVA  
RUA AUGUSTO - Nº 241 - 55 CA - 55  
CENTRO  
8910-015 - Fone: 4111-1111







BENEFICIÁRIO: Nu Pagamentos S.A.

Nome do Beneficiário <b>Nu Pagamentos S.A.</b>		CNPJ/CPF <b>18236120000158</b>	Data de Vencimento <b>10/10/2018</b>	Valor Cobrado <b>1235,96</b>
Agência / Código do Beneficiário ---		Numero Documento <b>26/00006306507-0</b>	Autenticação Mecânica	



237-2

23793.38128 60000.630651 07000.063300 1 76730000123596

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso						Vencimento <b>10/10/2018</b>
Beneficiário <b>Nu Pagamentos S.A.</b>				CNPJ/CPF <b>18236120000158</b>	Agência / Código do Beneficiário ---	
Data de Emissão <b>24/09/2018</b>	Nº do Documento <b>6306507</b>	Emissão Por <b>DM</b>	4-101 <b>N</b>	Data de Vencimento <b>24/09/2018</b>	Nome Número / Cód. do Documento <b>26/00006306507-0</b>	
Unidade Monetária <b>R\$</b>	Carteira <b>26</b>	Especie Moeda <b>R\$</b>	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(R) Valor do Documento <b>1235,96</b>	
Observações: Sr. Caixa: 1) Não aceitar pagamento em cheque; 2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto; 3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.					(F) Descontos e Abatimentos <b>0,00</b>	
					(J) Outros Descontos <b>0,00</b>	
					(*) Misa / Multa <b>0,00</b>	
					(**) Outros Acréscimos <b>0,00</b>	
					(M) Valor Cobrado <b>1235,96</b>	
Beneficiário <b>Nu Pagamentos S.A.</b>						<b>01200783417</b>
Pagador: Altamiro Correia de Moraes Neto Rua Governador José Gomes da Silva 920 casa 58042200 - Tambauzinho - João Pessoa PB						

Código de Barra

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO





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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Altomirio Pereira de Moraes Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.007.834 / 17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alessandro de Fomça Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.397.034 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima Alessandro de Fomça Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.397.034 / 32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Governador José Gomes da Silva</u>		Número <u>920</u>	Complemento
Bairro <u>Tombauzinho</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58042-200</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(83) 98723-4062</u>		Telefone celular (DDD) <u>(83) 98808-6505</u>

João Pessoa de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Terdulino da Silva,  
RG nº 647878, data de expedição 19/02/79,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 22531092404, com  
domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Augusto Franco Paulo, nº 155,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Alessandro de França Silva, cujo o condutor era  
Alessandro de França Silva.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda CB 300 R  
Ano: 2010/2010  
Placa: MOW 72 44 / PB  
Chassi: 9C2NC4310AR071060  
Data do Acidente: 07/06/2018  
Local e Data: Cabedelo, 06 de novembro de 2018.



Figueiredo  
Dornelas  
Serviço



Assinatura do Declarante

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



Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registral  
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário  
Rua Espírita-Fragosa, 22 - Centro - CEP: 58110-201 - Cabedelo - PB  
Fone: (41) 3238-1142



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de...  
PAULO TERDULINO DA SILVA  
Em test. da verdade. Cabedelo-PB 01/11/2018 09:10:11  
Roberto Regio de Melo Andrade - Substituto  
[2018-011204]ENUL:R\$ 89,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AHR58051-VGKS  
Confira a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO



### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 22/07/88  
NOME DA MÃE MARIA DA PENHA DE FRANÇA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.086.949  
Nº PRONTUARIO 109.193  
DATA DO ATENDIMENTO 07/06/18  
HORA DO ATENDIMENTO 23:06  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL E  
CID 10 S 72.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x objeto), trazido pelos Bombeiros, apresentando possível fratura exposta em joelho E (imobilizado), Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa E - AP e P  
RX do joelho E - AP e P

### TRATAMENTO:

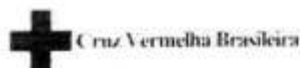
Fratura exposta da extremidade distal ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Edson Tinoco e equipe da Ortopedia no 1º tempo e pelo Dr. Milton Barbosa e Dr. José Renná no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 20/06/18  
DATA DA EMISSÃO: 28/09/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORTOMETISTA  
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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOV  
DA PA

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

Boletim de Atendimento: 1086949



### Identificação do paciente

ID 1295761	Nome ALESSANDRO DE FRANCA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 22/07/1988	Idade 29 anos 10 meses 16 dias	Estado civil Prontuário
Mãe MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA	Pai NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
Escolaridade	DDD Móvel 83	DDD Fixo
Fone Móvel 32281482	Fone Fixo	Nº Cns
Tipo documento	Número documento	Tipo BAIRRO
Local de procedência BR 230	Naturalidade CABEDELO	UF PB
Email	CBO/R	



### Endereço

CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB
Número 155	Complemento	Logradouro AUGUSTO FIRMO
		Bairro CENTRO

### Admissão

Data e Hora 07/06/2018 23:06:03	Número da pulseira 1000005171506	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos <i>Paciente chegou com quadro de trauma por acidente de trânsito por colisão de veículo com poste de energia elétrica às 23h00.</i>						
Diagnóstico						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 10seg

Imprimir

424.001



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ALESSANDRO DE FRANCA SILVA</b>		BAE <b>1086949</b>	Data/Hora Entrada <b>07/06/2018 23:06:03</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>22/07/1988</b>	Idade <b>29a 10m 17d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 32281482</b>
Mãe <b>MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA</b>				Prontuário
Endereço <b>AUGUSTO FIRMO, 155</b>		Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CABEDELO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X OBJETO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALCIDES DE ASSIS LIRA NETO</b>		Nº Cons. Regional <b>7115/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>07/06/2018 23:06:03</b>		Data/Hora Prescrição <b>07/06/2018 23:16:58</b>		

## Anamnese

Paciente trazido por bombeiros com uso de colar cervical.  
 História de queda de moto com possível fratura exposta em joelho esquerdo (imobilizado).  
 Não houve perda da consciência, no momento Glasgow 15.  
 Abdome: plano, depressível e indolor a palpação.  
 Tórax: sem sinais de contusão.

CD: alta da cirurgia

Avaliação da ortopedia

solicito raio-x de articulação do joelho esquerdo AP + P

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação



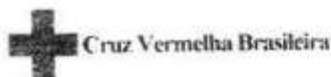
Dr. Alcides Lira

Urologia / Cirurgia Geral

CREMEPE 19.107 - CRM-PB 7115

  
 ALCIDES DE ASSIS LIRA NETO  
 (CRM: 7115/PB)

ALESSANDRO DE FRANCA SILVA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075-210

Tel:

CNES: 122332

DOCUMENTOS DE SINISTROS  
PRIVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 NOV 2018

Paciente <b>ALESSANDRO DE FRANCA SILVA</b>		BAE <b>1086949</b>	Data/Hora Entrada <b>07/06/2018 23:06:03</b>	Data Baixa <b>07/06/2018 23:06:03</b>
Data de nascimento <b>22/07/1988</b>	Idade <b>29a 10m 17d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 32281482</b>
Mãe <b>MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA</b>			Prontuário	
Endereço <b>AUGUSTO FIRMO, 155</b>		Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CABEDELO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X OBJETO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CARLOS ALEXANDRE DE A MARANHÃO</b>		Nº Cons. Regional <b>6794/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>07/06/2018 23:06:03</b>			Data/Hora Prescrição <b>08/06/2018 00:45:49</b>	

### Anamnese

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA EM MIE/COXA. SOLICITADO AVALIAÇÃO

EXAME: AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO, MEMBRO BEM PERFUNDIDO, PRESENÇA DE PULSOS TIBIAL POSTERIOR E PEDIOSO PRESENTES E SIMÉTRICOS EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRALATERAL. AUSÊNCIA DE EDEMA NO MIE

CD 1)ALTA DA CIRURGIA VASCULAR/ CASO HAJA MUDANÇA NO EXAME VASCULAR DO MEMBRO CHAMAR PARA REAVALIAÇÃO.

### Conduta

Em observação

ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

CARLOS ALEXANDRE DE A MARANHÃO  
(: 6794/PB)



ferrari autale  
08/08  
DC-f (Edson Tavares)  
NS / dk  
FA / dk





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ALESSANDRO DE FRANCA SILVA</b>	BAE <b>1086949</b>	Data/Hora Entrada <b>07/06/2018 23:06:03</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>22/07/1988</b>	Idade <b>29a 10m 17d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA DA PENHA SOARES DE FRANCA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 32281482</b>
Endereço <b>AUGUSTO FIRMO, 155</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CABEDELO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X OBJETO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EDSON DELGADO TINOCO</b>	Nº Cons. Regional <b>7142/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>07/06/2018 23:06:03</b>		Data/Hora Prescrição <b>08/06/2018 00:20:31</b>	

## Anamnese

## ORTOPEDIA

IENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DO FEMUR DISTAL ESQUERDO COM TRANSLAÇÃO E ENCURTAMENTO SIGNIFICATIVO (RISCO DE LESÃO VASCULAR)  
SOLICITO VAGA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA  
SOLICITO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA VASCULAR NO INTRA OPERATÓRIO

## Conduta

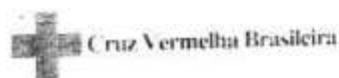
Em observação

Dr. Edson D. Tinoco  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 7142/PB

ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

EDSON DELGADO TINOCO  
(CRM: 7142/PB)DOCUMENTOS DE SINISTROS  
CONTABILIZADO  
23 NOV 2018Gentia Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB

Enf 11101

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: MARCIA  
FERNANDA DE ALMEIDA  
GADELHA  
Em: 15/06/2018 18:50:18

Paciente <b>ALESSANDRO DE FRANCA SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1086949</b>	Data/Hora Entrada <b>07/06/2018 23:06:03</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>22/07/1988</b>	Idade <b>29</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Prontuário <b>109193</b>
Tempo de Internação	Convênio <b>SUS</b>	CNS	Plantão <b>DIURNO</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA - 15/06/2018 18:49:36)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

CLINICA MEDICA

PACIENTE COM CIRURGIA AGENDADA PARA O DIA 18-06, SEM INTERCORRENCIAS; EXAMES DE LABORATORIO DE 08-06 COM LEUCICITOSE DE 12300, POREM EM USO DE CEFALOTINA;

CONDUTA: SOLICITO NOVOS EXAMES DE LABORATORIO

Seção: HTOP - ENF 11 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA

Número Conselho: 4416





SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO HANQUIPO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒ 1

9 - SEXO

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD - IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD 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 - CDD 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 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

## 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TMC - EX. DHS/DCS

PLACA DCS 10 F

PARAFUSO ESPONJOSO ROSCA 16 Nº 65

PARAFUSO Nº 36

CORTICAL Nº 40

02

Nº 42 01

Nº 52 02

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS ( ) CPF

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS ( ) CPF



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRI



HEETSHL

Nome: Alessandro de Francis Silva BE/Prontuário: 1086949  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ☒ ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 15/06/18  
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura supra-intercondiliana fêmur (E)  
Cirurgião: Dr. Milton Barbosa 1º Assistente: Dr. Renan Gomes  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Camile  
Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura exposta supra-intercondiliana do fêmur esquerdo	



Procedimentos Cirúrgicos	Código
Redução Aberta + fixação interna com DES de 10 Furos	

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. José Romão Gomes  
Ortopedista  
CRM: 10.000.000

João Pessoa, 15/06/18

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: **ALESSANDRA DE FERNES SILVA**  
 IDADE: **29** ANOS  
 CIRURGIÃO: **DR. CIRURGI. FEMUR DISTAL (E)**  
 ANESTESIA: **DR. CAMILA GUERINO**  
 DATA: **18/06/18** HORA: **15:30h** FIM: **17:58h**  
 INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): **ASA 1**  
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: **1** (LIMPA) **1** (CONTAMINADA) **1** (INFECTADA) **1** (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)  
 MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.  
 ALFENTANIL 1 RZ L JELCO Nº18 FIO CAT GLT CROMADO Nº FIO CAT GLT CROMADO Nº  
 BUPIVACAÍNA ISOBARICA 1 RZ L JELCO Nº20 FIO DE AÇO Nº FIO DE AÇO Nº  
 BUPIVACAÍNA PESADA 1 SFO, 9% L JELCO Nº24 FIO DE NYLON Nº 20 LI FIO DE NYLON Nº  
 CETAMINA 1 SFO, 9% L KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº FIO DE NYLON Nº 1 LI FIO POLIGLACTINA Nº  
 DROPERIDOL 1 SFO, 9% L LÂMINA BISTURI Nº11 FIO POLIGLACTINA Nº  
 ETOMIDATO 1 SFO, 9% L LÂMINA BISTURI Nº13 FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 FENOBARBITAL 1 SFO, 9% L LÂMINA BISTURI Nº23 FIO POLIGLACTINA Nº 1 LI FIO POLIGLACTINA Nº  
 FENTANIL 1 SFO, 9% L LÂMINA BISTURI Nº24 FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 FLUMAZENIL 1 SFO, 9% L LÂMINA DE DERMATOMO FIO POLIGLACTINA Nº FIO POLIGLACTINA Nº  
 GUANIDINATO 1 SFO, 9% L LÂMINA DE ENXERTO FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 LORAZOLAM 1 SFO, 9% L LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 LORAZOLAM 1 SFO, 9% L LUVAS ESTERIL Nº7,0 FIO POLIGLACTINA Nº FIO POLIGLACTINA Nº  
 MIDAZOLAM 1 SFO, 9% L LUVAS ESTERIL Nº7,5 FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 MORFINA 1 SFO, 9% L LUVAS ESTERIL Nº8,0 FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 NIVBILAM 1 SFO, 9% L LUVAS ESTERIL Nº8,5 FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 PANCRÔNIO 1 SFO, 9% L MÁSCARA CIRÚRGICA FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 PETIDINA 1 SFO, 9% L MULTIVIAS FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 PROPOFOL 1 SFO, 9% L PERFURADOR DE SORO FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 RAMIFENTANIL 1 SFO, 9% L SCALP Nº19 FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 ROCURÔNIO 1 SFO, 9% L SCALP Nº21 FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 SEVOFLURANO 1 SFO, 9% L SERINGA 3ML FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 SULXAMETÔNIO 1 SFO, 9% L SERINGA 5ML FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 TIOPENTAL 1 SFO, 9% L SERINGA 10ML FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 TIOPENTAL 1 SFO, 9% L SERINGA 20ML FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº  
 MEDICAMENTOS QTD. BOLSA P. COLOSTOMIA SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 KIT. DERIVA. VENTRICULAR  
 ADRENALINA 1 CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 PROTESE VASCULAR  
 ÁGUA DESTILADA 1 CATETER DE OXIGÊNIO SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 KIT. PAM  
 ATROPINA 1 CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 FIXADOR EXTERNO  
 BENTRA 1 CATETER EPIDURAL Nº16 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16  
 CEFOTOLINA 1 CATETER EPIDURAL Nº17 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12  
 D. METASONA 1 CATETER EPIDURAL Nº18 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14  
 D. ARONA SODICA 1 CERA PARA OSSO SONDA NASOG. CURTA  
 EFERPINA 1 COLET. URINA FECHADO SONDA NASOG. LONGA  
 FLUMIDA 1 COMPRESSAS CIRÚRGICAS SONDA URETRAL Nº  
 GLICOSE 50% 1 COMPRESSAS CIRÚRGICAS TORNEIRINHA  
 GLUCONATO DE CÁLCIO 1 DRENO DE PENROSE TUBO ENDOTRAQUEAL Nº  
 HIDROCORTISONA 1 DRENO DE SUÇÃO TUBO ENDOTRAQUEAL Nº  
 LIDOCAÍNA GELEIA 1 ELETRODOS TUBO ENDOTRAQUEAL Nº  
 ONDASETRONA 1 EQUIPO MACROGOTAS TUBO SILICONE (LATEX)  
 PLASIL 1 EQUIPO TRANSF. SANGUE  
 PROSTIGMINE 1 EQUIPO MICROGOTAS  
 PROTAMINA 1 ESPONJA DE PVPI  
 TENOXICAN 1 ESPARADRAPO  
 CAPNÓGRAFO 1 GAZES  
 GAZES ALGODOADAS  
 GEL ELETROLÍTICO  
 JELCO Nº14  
 JELCO Nº16

Assinatura: **Marcelo Chaves A. Oliveira**  
 Local: **Imagem**  
 COREN-PB: **971.375**





## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/06/2018

PRONTUÁRIO:

 PACIENTE: Alfonso de Faria Silva SEXO: M COR:  IDADE: 29a

 PRESSÃO ARTERIAL 120/80 PULSO 90 RESPIRAÇÃO 12 TEMPERATURA 36.5 PESO 70 GRUPO SANGÜÍNEO 

 ESTADO GERAL BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO X ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES RMAP. RESPIRATÓRIO NOBAP. CIRCULATÓRIO NOBAP. DIGESTIVO NOBESTADO MENTAL NOBDROGAS EM USO NOB

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO (ASA) 2

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA Tubotomia cirúrgica de póstero de fêmur distal (R)CIRURGIÃO NiltonAUXILIARES RenneINÍCIO DA ANESTESIA 14:00TÉRMINO DA ANESTESIA 17:40DURAÇÃO DA ANESTESIA 3h40

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA Camilla Silveira

CRM-PB

AGENTES/HORA

U  
N  
2  
ULÍQUIDOS  
VENOSOS

PULSO

CÓDIGO  
CIRURGIA

ANESTESIA

P. ARTERIAL

ECG

S. PULSO

ANOTAÇÕES

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL

ANESTESIA GERAL



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHI

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Paciente em DDH nob. quarteira
- Assepsia + Antiseptia

### Incisão:

- Incisão longitudinal distal para acesso ao fêmur distal (E)
- Dissecção por planos até foco de fratura

### Achados:

- Fratura supra-intercondiliana fêmur esquerdo com falha da cortical medial no trago transverso



### Conduta:

- Redução aberta da fratura e passagem de parafusos interfragmentário fechando o trago de fratura articular
- Passagem de parafusos deslizante 80mm
- Colocação de placa DCS 19 furos
- Fixação com os parafusos corticais proximais
- Colocação de parafusos centrais
- Controle de redução e fixação com radioscopia
- Controle de hemostase

### Fechamento:

- Sutura por planos
- Curativo estéril.

### Observação:

João Pessoa, 18/06/18

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1







## RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **ALESSANDRO DE FRANCA SILVA** BE/PRONTUÁRIO: **1086949**  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: **M** COR: \_\_\_\_\_ DATA: **8/6/2018**  
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** 19 2  
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO**  
(CONTROLE DE DANOS)  
CIRURGIÃO: **DR. EDSON TINOCO** 1º ASS: **MR2 PEDRO HENRIQUE**  
2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL</b>	
<b>(FIXADOR EXTERNO)</b>	

\_\_\_\_ DENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA  
\_\_\_\_ RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_

CRM: 03404760-7800

DATA: **8/6/2018**



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>
Incisão:
Achados:
<b>FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO</b>
Condução:
<b>LIMPEZA COM SF ABUNDANTE</b>
<b>DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS</b>
<b>REDUÇÃO INDIRETA DA FRATURA COM AUXÍLIO DE ESCOPIA</b>
<b>COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MIE</b>
<b>REVISÃO DA HEMOSTASIA</b>
<b>SUTURA</b>
Fechamento:
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>
<b>X DE CONTROLE</b>
Observação:
<i>Descontato realizado por Dr. Pedro Henrique</i>



*[Signature]*  
Dr. Francelino Fratus  
Médico  
CRM-PB 5605  
CNS 703404578057800

Médico/CRM:

João Pessoa,

8/6/2018

AGENTSHE

NOME DO PACIENTE: Alexandro de Franca Silva  
IOADE: 29 DE MARÇO DE 2018 ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: Tat. Cirurgico da fratura do fêmur E + limpeza cirúrgica.  
CIRURGIÃO: Dº Edson Tinoco ZAUX: \_\_\_\_\_  
ANESTESIA: Raque  
ANESTESISTA: Dra Debara Capistrano  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
DATA: 08-06-2018 CIRÚRGICO - ANESTÉSIA INÍCIO FIM CIRÚRGICA INÍCIO FIM 01:00 FM 03:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRCULÇÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)  
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )  
GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS ANESTÉTICOS	QTD.	MATERIAS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	30 M
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA N°	
URANO	PVPI TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO N°	
PROCAína C/ VASO	AGULHA 13x4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPYLENO N°	
OCAína S/ VASO	AGULHA 25x07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25x08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40x12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		OTITA CARDIACA	
NIMBIUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÓNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFORADOR DE SOLO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOLFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TÍTÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO-	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÓLIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
TIOPENAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		HEMOST. ABSORVIVEL	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ADRENALINA	CÁNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		PRÓTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT PAM	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		FIXADOR EXTERNO	r
BEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		EMPRESA	
EPRIZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16			
METASONA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			
DIPIRONA SÓDICA	CERA PARA OSSO	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
SEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GlucoSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	TORNEIRINHA		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELEIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEx)		PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE			EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			( ) ASPIRADOR	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI			( ) BISTURI ELÉTRICO	
TENOXCAN	ESPADRAPAO			( ) CAPNOGRAFO	
	GAZES			X) CARDIOMONITOR	
	GAZES ALGODOADAS			( ) DESFIBRIADOR	
	GEL ELETTROLITICO			( ) FOCO AUXILIAR	
	JELCO Nº14			X) FOCO CENTRAL	
	JELCO Nº16			( ) MICROSCOPIO	
				X) OXIMETRO DE PULSO	
				X) P.A. INVASIVO/NÃO INVASIVO	
				X) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) Serra	
				CIRCULANTE	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTROLE NA VERIFICAÇÃO  
23 NOV 2018  
Carla Sugawara Shimizu  
Av. Dom Pedro I, 175 São Paulo SP



# Nota de Sala Cirúrgica



PCB 75341

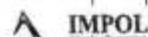
NOME DO PACIENTE: Almundo de Franca Silva  
 IDADE: 29 ANOS 1986/09/19 SEXO: M PRONATÁRIO: ENFERMARIA LEITO: 1  
 CIRURGIA: Tuor. Laparoscópico de fígado de fígado e + limpeza biliar  
 CIRURGIÃO: Dr. Edson Pinoco 2ª AUX.: Raquel  
 ANESTESIA: RAQUÍDICA  
 ANESTESISTA: Dr. Roberto Capistrano  
 INSTRUMENTADOR: Dr. Roberto Capistrano  
 DATA: 08/06/2018 TIPO CIRÚRGICO: ANESTESIA INÍCIO: FIM: CIRURGIA INÍCIO: FIM: 01:00 FM 03:00

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		SE 0,91	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		RL	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	1			FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	1			FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL				FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON Nº	30 M
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	C	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE	C	FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	C	FIO DE NYLON Nº	
LURANO		PVPI TÓPICO		FIO DE NYLON Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		FIO DE NYLON Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO DE NYLON Nº	
LOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	08	FIO DE NYLON Nº	
LOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		FIO DE NYLON Nº	
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08		FIO DE NYLON Nº	
MORFINA	1	AGULHA 40X12		FIO DE NYLON Nº	
NTMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº10		FIO DE NYLON Nº	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		FIO DE NYLON Nº	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		FIO DE NYLON Nº	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		FIO DE NYLON Nº	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	1	FIO DE NYLON Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE NYLON Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO DE NYLON Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO DE NYLON Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		FIO DE NYLON Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		FIO DE NYLON Nº	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		FIO DE NYLON Nº	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		FIO DE NYLON Nº	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIO DE NYLON Nº	
CLONIDINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		FIO DE NYLON Nº	
CORTICOIDES	1	CATETER EPIDURAL Nº18		FIO DE NYLON Nº	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		FIO DE NYLON Nº	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		FIO DE NYLON Nº	
SEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	08/08/18	FIO DE NYLON Nº	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		FIO DE NYLON Nº	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		FIO DE NYLON Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		FIO DE NYLON Nº	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	1	FIO DE NYLON Nº	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS		FIO DE NYLON Nº	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		FIO DE NYLON Nº	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		FIO DE NYLON Nº	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	1	FIO DE NYLON Nº	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	C	FIO DE NYLON Nº	
		GAZES	C	FIO DE NYLON Nº	
		INTERFERÊNCIA		FIO DE NYLON Nº	



INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA

Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil

01/2018

FIXADORES EXTERNOS  
 FIXADORES LINEAR ESTÉRIL - IMPOL  
 FIXADOR LINEAR ROFA II

TAM: 350MM X 200MM  
 MATERIAL ASTM F899, NBR 205

REGISTRO ANVISA: 10108770128

RESP: TEO Roberto L. Paula - CREA 50891/183

CLASSE: I QTD: 1

REF.: 0833-001-360 LOTE: 0433/1117



VAL: 01/2023



CIRCULANTE

Dr. Roberto Capistrano

Téc. de Enfermagem

08/06/2018

ENFERMAGEM



DATA: 28/06/18

PRONTUÁRIO:

Dr. Cultura Capistrano  
Medico Especialista  
CR 15872

Gentia Seguradora S/A  
Av. Dom Pedro I, 775 St. 106-Jard. Petrópolis

76633



Amable



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 NOV 2018  
Genia Seguradora S/A  
Av. Dom Pedro I, 775 St. João Pessoa/PB

4  
0

PB Nº 013931325546 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 22531092404 2018 11/06/2018  
00207725632 HONDA/CB 300 R M-1244/PB  
ANIL FANT 2010 9 9C2NC4310AR071060

PRÊMIO TARIFÁRIO  
\*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE R\$ \*\*\*\*\*  
SEGURO PAGO  
08/06/2018

S COTA ÚNICA

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.806/0001-04

31186-1113392-20180611

1127



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421375/18

**Vítima:** ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

**CPF:** 085.397.034-32

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/06/2018

**Titular do CPF:** ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO : 012.007.834-17**

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

**ALESSANDRO DE FRANCA SILVA : 085.397.034-32**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018  
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO  
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO



### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018  
Nome: ALINE GOMES DE BRITO  
CPF: 079.445.364-30

  
ALINE GOMES DE BRITO



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 NOV 2018  
Genta Seguradora S/A  
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180547809 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALESSANDRO DE FRANCA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 06/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA SUPRA INTERCONDILIANA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180547809 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALESSANDRO DE FRANCA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 06/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA SUPRA INTERCONDILIANA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza



**OUTORGANTE, ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA**, brasileiro, solteiro, guarda municipal, portador do CPF 085.397.034-32, residente e domiciliado na Rua Augusto Firmo Paulo, 155, Centro, Cabedelo/PB, CEP 58101-015, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores e advogados:

**OUTORGADOS: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO**, OAB/PB 12.678, com escritório na Rua Governador José Gomes da Silva, 920, Tambauzinho, sala 01, João Pessoa, PB, CEP: 58042-200, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a **cláusula "ad-judicia ET EXTRA"** em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, agindo em conjunto ou separadamente, podendo também substabelecer esta, em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, **podendo, inclusive, RENUNCIAR AOS VALORES QUE EXCEDAM O TETO DELIMITADOR DOS JUIZADOS ESPECIAIS FEDERAIS E/OU ESTADUAIS AO TEMPO DO AJUIZAMENTO DA AÇÃO.**

**Outorgante:** Declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para pagar as custas processuais da presente demanda, sem prejuízo do sustento próprio, pelo que, nos termos do art. 98 do CPC, faz *jus* aos benefícios da **Justiça Gratuita**.

João Pessoa/PB, 29 de Outubro de 2018.

Figueirêdo  
Dorneles  
Ser. Notaria



**ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA**  
CPF nº 085.397.034-32

OUTORGANTE



Figueirêdo Dorneles Serviço Notarial e Registro  
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário  
Rua Ademar Pinheiro, 15 - Centro - CEP: 58111-000 - Cabedelo/PB  
Fone: (83) 3228-1142

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fichas(s).....  
ALESSANDRO DE FRANÇA SILVA.....  
Em test.da verdade. Cabedelo-PB 01/11/2018 09:10:42  
Roberto Regio de Melo Andrade - Substituto  
[2018-011207]JEMDL:R\$ 49,48 FAPPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 JPS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AHR58054-K3UJ  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421375/18

Número do Sinistro: 3180547809

Vítima: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

CPF: 085.397.034-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2018

Titular do CPF: ALESSANDRO DE FRANCA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO : 012.007.834-17**

Declaração Circular SUSEP 445/12

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018  
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO  
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018  
Nome: ALINE GOMES DE BRITO  
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO