
Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190256993

Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190256993

Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190256993

Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 033

Agência: 000003175

Conta: 000001044084-9

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



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: **SIDNEI LAURENTINO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3190256993**
SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data do Acidente: **18/09/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190256993**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 14490944



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	552.515.874-49	SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
SIDNEI LAURENTINO DA SILVA	552.515.874-49	
Profissão:	Endereço:	Número:
MOTORISTA	RUA DA BRISA	SIN
Complemento:	Cidade:	Estado:
	SOPR LESSA	PA
Bairro:	Cidade:	CEP:
COLINA DO SOL	SOPR LESSA	55069386
E-mail:		Tel. (DDD):
		83 988758272

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3175 CONTA: 01044084 9

(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019
 Nome:
 CPF:
 Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:
 CPF:
 Assinatura:
 2ª Nome:
 CPF:
 Assinatura:
 PROTOCOLO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02611.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02611.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 12:45 horas do dia 07 de março de 2019, 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Marcia Angela da Silva Mendes**, CPF nº 110.221.044-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Severina Paulo da Silva e Mario Suzano Mendes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/11/1992 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Brisa, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Colinas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98736-6802.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Adão Viana da Rosa, Xxx, João Pessoa/PB, bairro Grotão; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/09/18 17:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

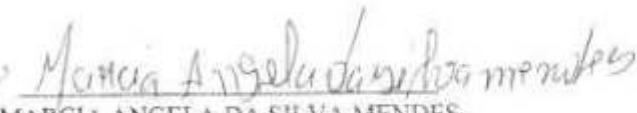
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 18/09/2018, POR VOLTA DAS 17:15, O SENHOR SIDNEI LAURENTINO DA SILVA, PORTADOR DO CPF 552515874-49 (DE QUEM É PROCURADORA), ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA CROSSER DE COR CINZA, ANO 2014/15, PLACA OFY-0983/PB, CHASSI 9C6DG2510F0024736, REGISTRADA EM NOME DE CARLOS ALBERTO M. DO MONTE, PORTADOR DO CPF 060950338-37, O QUAL GUIAVA A MOTOCICLETA NA OPORTUNIDADE, QUANDO PASSAVAM PELA RUA ADÃO VIANA DA ROSA, GROTÃO, NESTA CAPITAL, MOMENTO EM QUE UMA CRIANÇA FOI ATRAVESSAR A RUA FAZENDO COM QUE O PILOTO DA MOTOCICLETA PRECISASSE ACIONAR O FREIO DA MESMA E POR CONTA DISSO O SENHOR SIDNEI LAURENTINO DA SILVA CAIU DA MESMA, VINDO A SER SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S72.3 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO.

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

João Pessoa/PB, 07 de março de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


MARCIA ANGELA DA SILVA MENDES
Noticiante

07 MAR. 2019
PROTOCOLO

Procedimento Policial: 02611.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	552.515.874-49	SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
SIDNEI LAURENTINO DA SILVA	552.515.874-49	
Profissão:	Endereço:	Número:
MOTORISTA	RUA DA BRISA	SIN
Complemento:	Cidade:	Estado:
	SOPR LESSA	PA
Bairro:	Cidade:	CEP:
COLINA DO SOL	SOPR LESSA	55069386
E-mail:		Tel. (DDD):
		83 988758272

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3175 CONTA: 01044084 9

(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sidnei Laurentino da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

[CNPJ] 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

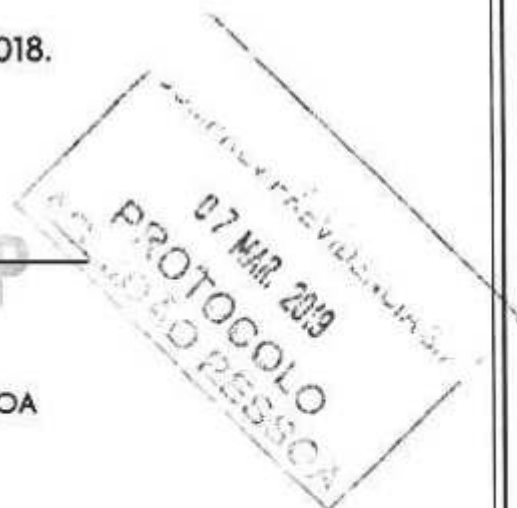
O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 810/039, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2198859, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SIDNEI LAURENTINO DA SILVA** idade 51 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 18/09/2018, na R. Adão Viana da Rosa, Bairro: Grotão - João Pessoa - aproximadamente às 17:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 08 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS® Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



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: 16/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

BANCO: 033

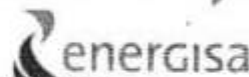
AGÊNCIA: 03175

CONTA: 000001044084-9

Nr. da Autenticação 378F208D7C541CD7

MARCIO SILVA DE OLIVEIRA
RUA DA BRISA, S/N - COLINAS DO SUL
JOAO PESSOA / PB CEP: 58089000 (AQ 1)

Emissão: 20/02/2019 - Referência: Fev/2019
Cidade/Subsídio: RESIDENCIAL/BATIA RENDA MONDASIDOR 200 Km 25 - Coto Redentor - Joao Pessoa / PB - CEP: 58071-620
Roteiro: 13 - 2 - 491 - 4190 Nº medidor: 00000000178



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.180/0001-40 - Ins. Est. 16.016.820-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N100-520-540
Cód. para DAta Automática: 00018292748

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Fev / 2019	20/02/2019	21/03/2019	066.115.694-80

CC (Unidade Consumidora) 6/1829274-8

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.
Ao perceber luzes dos postes acesas durante o dia ou ruas escuras à noite, informe à Prefeitura da sua cidade. Cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e não a concessionária.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 23/01/19 Leitura: 2824	Data: 20/02/19 Leitura: 3709		79	28

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alq	Impo (R\$)	Base Calc	Impo (R\$)	Cobrança (R\$)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,203980	6,11	0,00	0	0,00	6,11	0,26
0802	Consumo - 31 a 100kWh-BR	49.000	0,241980	11,73	0,00	0	0,00	11,73	0,17
0810	Subsídio			22,79	0,00	0	0,00	22,79	0,22
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV LUM PUBLICA			0,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2019			0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806	MULTA 01/2019			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-21,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Cód. de Classificação do Item: TOTAL 26,08 0,00 0,00 16,73 0,45 2,15

VENCIMENTO 27/02/2019 R\$ 26,08
Histórico de Consumo (kWh)

178 | 173 | 105 | 108 | 54 | 72 | 71 | 88 | 18 | 140 | 70 | 30
Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

RESERVAÇÃO AO FIM

0cf3.b415.e35f.75b8.caba.f771.ab3e.da26

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIA MENSAL	5,31	0,00
DIA TRIMESTRAL	10,83	NOMINAL
DIA ANUAL	21,26	220
FIC MENSAL	3,30	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,60	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,20	LIMITE INFERIOR
DMC	5,33	0,00
DMC	5,33	LIMITE SUPERIOR
DMC	5,33	331

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	7,79	29,86
Compra de Energia	11,31	43,80
Serviços de Transmissão	1,21	4,64
Encargos Setoriais	1,64	6,29
Impostos Diretos e Encargos	4,13	15,84
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	26,08	100,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$21,00
- Letra confirmada

Pagamentos em atraso

PROTÓCOLO
07 MAR 2019
UNIDADE DE FISCALIZAÇÃO

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Carlos Alberto Magalhães do Monte,
RG nº 11723 621-17, data de expedição 15/07/1983
Órgão SP, portador do CPF nº 060.950.338-37
com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Deputado Manoel Siqueira do Nascimento, nº 85,
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
Sidnei Laurentino da Silva, cujo o condutor era
Carlos Alberto Magalhães do Monte.
Veículo: moto Modelo: Yamaha XTZ Ano: 2015
Placa: 0FY 0983 Chassi: 9CBDD2510F0024736
Data do Acidente: 18/09/18

Local e Data: _____

Carlos Alberto Magalhães do Monte

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço a autenticidade da firma de CARLOS ALBERTO

MAGALHÃES DO MONTE, [34498], J. Pessoa-PB, 07/03/2019

08:56:32 Emol: R\$9,91 Farpen: R\$0,29 Fepi: R\$1,98,

ISS: R\$0,50. Em test. da verdade. Tabela CELEIDA COSMIO

PEREIRA SILVA, Selo Digital AIF96323-98MR Consulte em

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

07 MAR. 2019
PROTOCOLO



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 15/10/66
NOME DA MÃE SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 111159
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1109330
DATA DO ATENDIMENTO 18/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 18:25
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQ.
CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SENDO MAIS ACENTUADA A NÍVEL DA COXA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS E REALIZADOS

RX TORAX, RX JOELHO ESQ., RX PERNA ESQ., RX ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL ESQ.
USG(FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA ESQ. - FRATURA DA DIÁFISE FÊMUR

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 28/09/18
DATA DA EMISSÃO: 05/12/18

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB



Boletim de Atendimento: 1109330



Identificação do paciente				
ID 1327507	Nome SIDNEI LAURENTINO DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51 anos 11 meses 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA			Pai SEVERINO LAURENTINO DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) CLAUDINEI LAURENTINO - IRMÃO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986151379	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1094926	Nº Cns 206597155590018		
Local de procedência COLINAS DO SUL		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SÃO BERNARDO DO CAMPO	CBO/R		
Endereço				
CEP 58079820	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CUIABÁ	
Número 14	Complemento	Bairro GROTÃO		
Admissão				
Data e Hora 18/09/2018 18:25:48	Número da pulseira 1000006937002	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos Paciente em entrada na Unidade, trazido pelo SAMU, com história de Acidente de moto				
Diagnóstico				CD
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				Tempo 02min 32seg

Imprimer

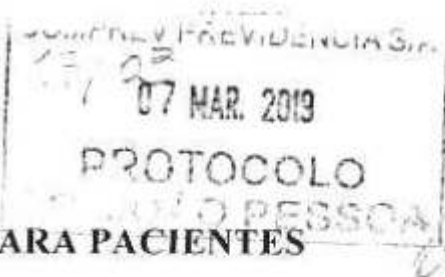


CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

HEETSHL



DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Dianil Kaurutimo da Silva
BE: 109933C

II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorandos, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

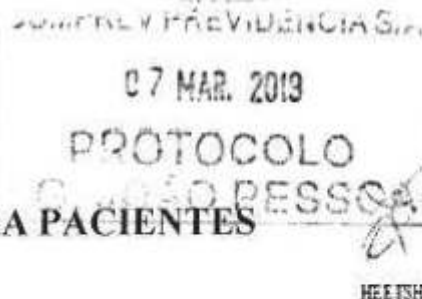
Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidas e aceitas.



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES



Artigo 4º - O **médico** informará ao **paciente**, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável da sua doença.

Artigo 5º - Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do **paciente**, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios.

§ 1º - Quando ocorrer discordância quanto à aplicação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

§ 2º - O **paciente** tem direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

§ 3º - No caso de revogação do consentimento, o **paciente** se manifestará por escrito, devendo este documento ser arquivado no respectivo prontuário.

§ 4º - Quando o **paciente** se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital, cessará a responsabilidade do médico quanto às consequências decorrentes desta recusa.

Artigo 6º - No caso de se tornar ou for maior incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, o paciente deverá se fazer representar pelo seu **REPRESENTANTE LEGAL**, conforme determinação legal ou judicial, quando for o caso:

Nome:

Endereço:

Telefones:

§ 1º - O **REPRESENTANTE LEGAL** será a pessoa a quem o **paciente** confiará a tomada de decisões, ou por determinação judicial, podendo ser parente ou não.

§ 2º - Cabe ao paciente e ao seu Representante Legal a incumbência de comprovar o seu **Representante Indicado**.

Artigo 7º - Em caso de iminente risco de morte ou iminente risco de perda de qualidade devida, encontrando-se o **paciente** incapacitado de tomar decisões, o **médico** estará autorizado a adotar condutas, até que o **Representante Indicado** possa se manifestar.

Artigo 8º - O prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada.

Artigo 9º - O **paciente** tem direito de obter relatório contendo as informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação junto ao Setor de Laudos.

Artigo 10 - O **paciente** tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo ser revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES



Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12 - Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente ou o seu representante legal** e os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

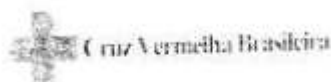
João Pessoa, 19.09.2017

Paciente - RG

S. Vilina P. M. da S. O.

Representante Legal - RG





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente SIDNEI LAURENTINO DA SILVA		BAE 1109330	Data/Hora Entrada 18/09/2018 18:25:48	Data Baixa
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51a 11m 3d	Sexo Masculino	CNS 206597155590018	Telefone de Contato (83) 986151379
Mãe SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA				Prontuário
Endereço CUIABA, 14		Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	Nº Cons. Regional 9985/PB
Data/Hora Classificação 18/09/2018 18:25:48		Data/Hora Prescrição 18/09/2018 18:39:57		

Anamnese

Anamnese
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, TRAZIDO AO SERVIÇO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR
- DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO DO MIE. NEGA DOR ABDOMINAL OU DOR TORÁCICA, NEGA PERDA DE
INSCIÊNCIA, CEFALÉIA OU VÔMITOS. NEGA ALERGIAS. APRESENTA EDEMA E CREPITAÇÃO À MOBILIZAÇÃO
DO JOELHO ESQUERDO. REFERE FRATURA PRÉVIA NO FÊMUR ESQUERDO. AO EXAME:
- FRATURA SERVICAL OU BRANCA RÍGIDA VIAS AÉREAS PÉRVIAS.

A. SEM COLAR CERVICAL OU PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.
B. VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM ABRASÕES OU CREPITACÕES.

C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO. ABDOME PLANO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PULSE ESTÁVEL.

D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MIE PREJUDICADA.
E: SEM SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE, MIE IMOBILIZADO COM TALA FLEXÍVEL.

E. SEM SÓ
CONDUZA:

CONDLTA:
1) RX DE JOELHO ESQUERDO/ COXA ESQUERDA/ PERNA ESQUERDA/ RX TORAX/ USG FAST
2) PARECER DA ORTOPEDIA
3) ANALGESIA

MEDICAÇÃO

MEDICAÇÃO
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Conduta

Em observação



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

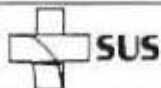
Tel:

CNES: 6121221

Paciente SIDNEI LAURENTINO DA SILVA		BAE 1109330	Data/Hora Entrada 18/09/2018 18:25:48	Data Baixa
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51a 11m 3d	Sexo Masculino	CNS 206597155590018	Telefone de Contato (83) 986151379
Mãe SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA				Prontuário
Endereço CUIABÁ, 14		Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE		Nº Cons. Regional 3374/PB
Data/Hora Classificação 18/09/2018 18:25:48		Data/Hora Prescrição 18/09/2018 20:48:22		
anamnese				
CONTINUAÇÃO ATENDIMENTO				
ALTA DA CIRURGIA GERAL, <i>USAROS P/ CLAMOR TROUXO.</i>				
Conduta				
Em observação				

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Wandemberg G. de Albuquerque,
Cir. Geral
CRM-PB. 3374WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE
(3374/PB)



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

H.E.E.T.S.H.L.

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1009330

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/10/66

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

João Pessoa

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. 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 - COD. 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

07 MAR. 2019

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

PROTOCOLO

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

03 - parafuso de amarração m-80 e elástico (artefato).
Tm amarração
01 - parafuso de 14 pontos
01 - parafuso deslizante m-80
01 - controlador
01 - parafuso deslizante m-80
01 - parafuso deslizante m-80
02 - ...
03 - fios de Kirschner m-2,9
usado como guia

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

1 - CNS 1 - CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

1 - CNS 1 - CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: JOÃO PEDRO DE SOUZA BE/Prontuário: 1130
 Idade: 25 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: BRANCO Data: 1/1/2019
 Clínica/Setor: CLÍNICA DE CIRURGIA EMP: 1 LR: 1
 Cirurgia: COLELITOMIA COM COLELITOMIA
 Cirurgião: DR. EDSON 1º Assistente: DR. JOÃO
 2º Assistente: DR. JOÃO 3º Assistente: DR. JOÃO
 Instrumentador: DR. JOÃO Anestesista: DR. JOÃO
 Tipo de Anestesia: RAPID Horário: Início 8 Término 12

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>COLELITOMIA</u>	<u>57.22</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>COLELITOMIA</u>	<u>57.22</u>

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: NAO

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: DR. EDSON D. THOCCO

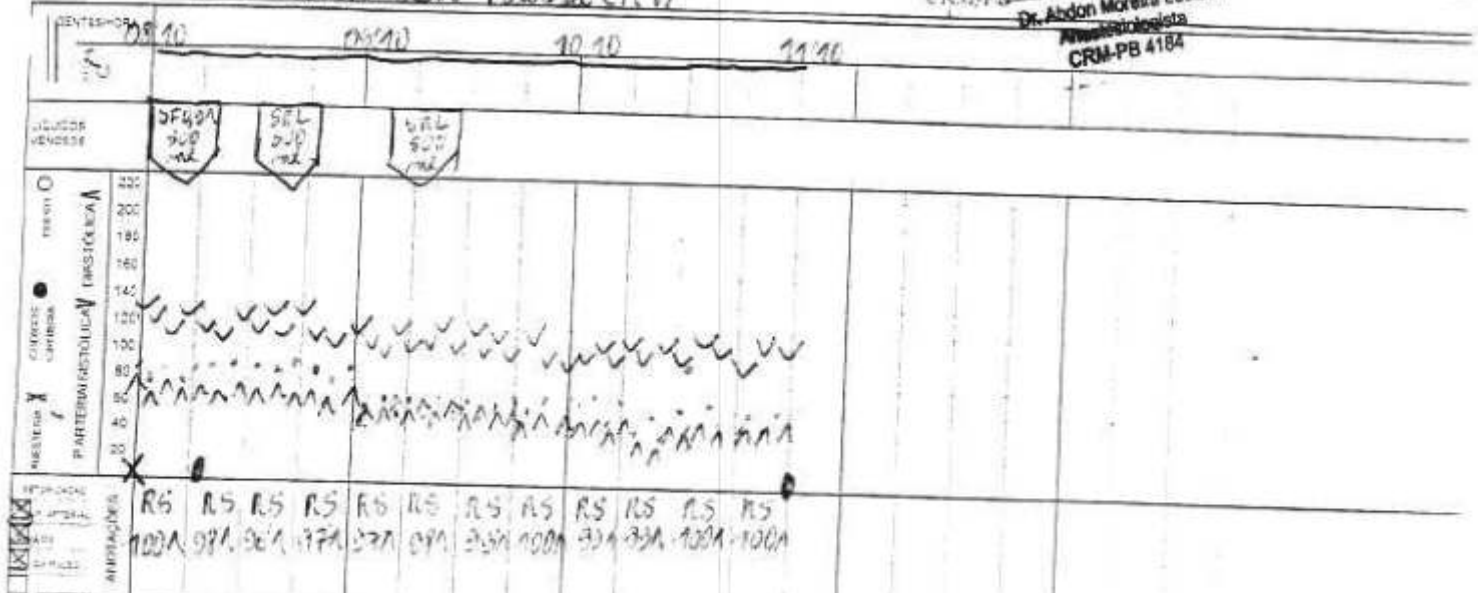
João Pessoa, 26/10/2019



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 26/10/18

PRONTUÁRIO: 1109330

PACIENTE: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA SEXO: M COR: IDADE: 51PRESSÃO ARTERIAL 130x70 PULSO 76 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA 36 PESO 85 GRUPO SANGÜÍNEO ESTADO GERAL ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAL ☐ PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAL ☐ PÉSSIMOEXAMES COMPLEMENTARES VFMAP. RESPIRATÓRIO impairado AP. CIRCULATÓRIO estável e moderadamenteAP. DIGESTIVO em jejum ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO PRE-ANESTÉSICO MDi 3mg DOSE/HORA II ESTADO FÍSICO (ASA) IIDIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO Fratura de fêmur ECIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR ECIRURGIÃO Dr. Edson AUXILIARES Dr. EvistonINÍCIO DA ANESTESIA 08:10 TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA 03hCÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS ANESTESISTA Dr. Edson + Dr. Prissa (R1) CRM-PB Dr. Abdon Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM-PB 4184ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☒ OUTROS Sedação

Paciente intubado, mantendo-se Paciente intubado com MSDC 15-18. Sedação com (B) Realizada em pr.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Bupivacaína hiperbarica 17,5mg	11
2	Morfinina 80mg	12
3	Propofol 2g	13
4	Propofol 8mg	14
5	Dilamatoxona 10mg	15
6	Cetoprofeno 100mg	16
7	Diprivena 2g	17
8	MDi 3mg	18
9	Epidura 5mg	19
10		20

07 MAR. 2019
PROTOCOLO
DE CUIDADO PESSOAL

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

1. Paciente intubado com tubo a 70cm. Paciente intubado com MSDC 15-18, com agulha 26G (Duraclon). In-

tubado (P2) LAR, com Paciente intubado com MSDC 15-18, com agulha 26G (Duraclon). In-

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Edson

CRM-PB 4184

F. INQ. ASCP 028-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HISTORIAL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Supino

Incisão:

Uma incisão oblíqua de 3 cm

Achados:

Fratura fechada de fêmur distal

Conduta:

Redução fechada com placa e parafusos
fixação interna

Fechamento:

Curativo e curativo com curativo

Observação:

07 MAR. 2013
PROTOCOLO
DO HOSPITAL

Médico/CRM:

Dr. Edson D. Tinoco
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 7102

João Pessoa,

20/03/13

F(NG).ASCIR.009-1

ex: DCS/DHS Richard T.M. Cirurgião

01 - placa DCS C/14 furos

01 - parafuso deslizante n° 80

01 - costura fino

01 - parafuso espongoso n° 80

01 - " " costural n° 42

02 - " " " n° 44

01 - " " " n° 46

03 - fios de Kirichinner usado como agulha
ortolize

01 - parafuso canulado ~~80~~ 7.0 n° 80 C/acetato

Dr. Sérgio Miguel R. dos Santos
Téc. em Ortognatim
COREN-PB 250.852

07 MAR. 2013
PROTOCOLO
DR. JOÃO PESSOA

22.1.2012

NOME DO PACIENTE		Siclei Laurentino da Silva	
IDADE	51	DATA DO NASCIMENTO	19 04 1933
PROFISSÃO	Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur distal esquerdo		
ENDEREÇO	Av. S. João, 200 - Jd. S. João		
CIDADE	Maringá - Paraná		
CEP	81100-000		
TEL. RESIDENCIAL	(41) 3333-1111		
TEL. CELULAR	(41) 9999-9999		
TEL. TRABALHO			
DATA DO EXAME	22/09/12		
EXAME	Exame físico e radiológico da fratura de fêmur distal esquerdo.		

DATE: 10/10/18

INFORMACIÓN DE CONTACTO: (Opcional)

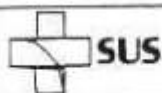
[illegible]

U7 MAR. 2019

PROTOCOLLO

1040 PESSOA

TSE de Enfermagem
 COREN - 220.652



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 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. 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 - COD. 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 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 fio de Kirschner nº 4.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

49 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO

() CNS () CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Felipe Lourenço BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/09/18
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Troca Transilial + correção (E)
 Cirurgião: Dr. Kontney 1º Assistente: Dr. Victor 1º
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Felipe 1º
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Exatidão</u>	
<u>do Fêmur Distal</u> (E)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Troca Transilial</u>	
<u>Transossealética</u> (F)	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 18/09/18

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE Sidnei Lourenço da Silva

IDADE 51 SEX M DATA DE NASCIMENTO 11/08/30 FONECELA 1 LITO 1

CIRURGIA Tratamento transosteal transesquelético (E)

CIRURGIÃO Dr. Karthay + Dr. Victor R12

ANESTESIA Sedação

ANESTESISTA Dr. Felipe Oliveira

INSTRUMENTADOR

DATA 18/09/18 INÍCIO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO 23:30 FIM 23:45

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST):
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº
FENTANILA	1	PVPi DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº
FENTANILA		PVPi TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº
ISOFLURANO		PVPi TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA Nº
BUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO	1	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIGLACTAPRONE Nº
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEDA Nº
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDIACA
NIMBÍUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	QTD.
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	CATETER DE PIC
PROPÓFOL	1	AGULHA RAQUÍ Nº25G		SCALP Nº14	CIMENTO CIRÚRGICO
RANFENTANILA		AGULHA RAQUÍ Nº26G		SCALP Nº21	CLIP TITÂNIO LIGADURA
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER 40 01
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	FIO STEINMAN Nº
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	HEMOST. ABSORVÍVEL
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT DERIVA VENTRICULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PROTESE VASCULAR
RA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT PAM
C' ZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIXADOR EXTERNO
1ª METASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA
2ª JONA SODICA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
EFEDRINA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CÁLCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAÍNA GELEIA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
ONDASENTRONA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	ELACA
PLASIL		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	ELACA
PROSTIGMINE		EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE (LATEX)	
PROTAMINA		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
TENOXICAN		ESPONJA DE PVPi		FIOS	QTD.
		ESPARADRAPO		() ASPIRADOR	
		GAZES (Bawter) OK		() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS		() CAPNÓGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO		() CARDIOMONITOR	
		JELCO Nº14		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº16		() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

57 MAR. 2013

PROTOCOLO

452-321

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. D.D.H. do Anterior
2. Incisão Transversária

Incisão:

Achados:

Fratura de Fêmur distal

Conduta:

Tratamento Transversário
Transversário
Fio Nº 4,0

Fechamento:

curativo estéril

Observação:

1. 1.000 am T. 1.000
2. 1.000 am T. 1.000

07 MAR 2019
PROTOCOLO

João Pessoa, 17/03/17

Médico/CRM:

[Handwritten signature]



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/04/13

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Sônia Lúcia Silva

SEXO: M COR:

IDADE: 51

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 OK

AP. DIGESTIVO

OK ESTADO MENTAL

LUTE

DROGAS EM USO

Não

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA Tumor anexa em ME

CIRURGIÃO Dr. Karim

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 23:30h

TÉRMINO DA ANESTESIA 23:45h

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA

CPF

CRM-PB

AGENTES-HORA

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

em 15 min

QUANT. DE VENCEDOS

12/3

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

NOTAÇÕES

A. Gent + Amarelo
B. Veneza (MSE) (ponta)

C = Gent. U2

☐ ANESTESIA GERAL

☐ RADIOANEST.

☐ ESPINAL

☐ BLOC PLEXO

☐ BLOC NERVOS

☒ OUTROS Sedação

TECNICA Pc + um ventilador espontâneo com O2

USUÁRIOS MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLICOSE	1 Fenitoina 50mg	11
INGL	2 Propofol 150mg	12
SANGUE	3 Zivoxona 2g	13
INGL	4 Lidocaina 10mg (EV)	14
TOTAL	5	15
DESTINO DO PACIENTE	6	16
☐ APT* ☐ ENFERMARIA	7	17
☐ UTI ☐ RESIDENCIA	8	18
☒ OUTROS SRFA	9	19
	10	20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Sim algumas, sem prob. paradas c/ anest
 - Encaminhado à SRFA isaneq brevemente e p/ quiron

ASSINATURA DO ANESTESISTA



Receituário Médico

HEETSHL



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sentido: Número 1.123.456



GOVERNO
DA PARAÍBA

PACIENTE: SIDNEI LAURENTINO
DA SILVA

LAUDO

PACIENTE VITIMA DE
QUEDA DE MOTO HÁ 05
MESES, SENDO SUBMETIDO

A CIRCUNDA EM FÊMUR
ESTABENDO. APRESENTA
SEQUELA DE FRATURA DO
MESMO FÊMUR. FRATURA
ATUAL AINDA
CONSIDERADA.

CID: S72.4

Data: 31/01/19

Médico - CRM

FINCJ/CC.002-1

Receituário

Paciente: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data: 11/10/2018 15:25:43

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 51
BAE: 1114561

RELATÓRIO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO 18/09/18, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA EM
28/10/18 PARA FRATURA DO FÊMUR. PERMANECE EM ACOMPANHAMENTO POS
OPERATÓRIO SEM PREVISÃO DE ALTA.

CID: S724, Z988



DR. EDSOM DELGADO TINOCO

7142/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE Ô (A) SR.(A)
SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

RG (IDENTIDADE)
1094926

FOI ATENDIDO (A) POR **BRENO COUTINHO TORRES**

DO (A) **HTOP - APARTAMENTO 03**

NO DIA **18/09/2018 18:26:00** , NECESSITANDO DE **90** - **NOVENTA**

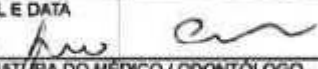
DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S72.3**
V29.9

OBSERVAÇÃO

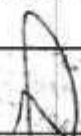
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(Carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO



BRENO COUTINHO TORRES
(7332/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



Documento de Alta

Nome: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA		Número Prontuário: 111159	
Data de 15/10/1966	Sexo: Masculino	Data de Internação: 18/09/2018 22:55:52	Data de Alta: 28/09/2018 14:35:44
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DO FEMUR ESQ SEM INTERCORRENCIAS PELA EQUIPE DO DR EDSON EM 28/9/18. EVOLUI SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA MEDICA COM ORIENTAÇÕES.			
Resumo da Internação: PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DO FEMUR ESQ SEM INTERCORRENCIAS PELA EQUIPE DO DR EDSON EM 28/9/18. EVOLUI SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA MEDICA COM ORIENTAÇÕES.			
Resultado de Exames: FRATURA DO FEMUR ESQ			
Tratamento: OSTEOSINTESE DO FEMUR			
Diagnóstico: S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur			
Recomendações: CARGA ZERO, ADM JOELHO PERMITIDA, VERSA, CEFALEXINA, AINE, RETORNO COM DR EDSON			

Data: 28/09/2018

BRENO COUTINHO TORRES
CRM: 7232 - PB07 MAR. 2019
PROTOCOLO
CÓDIGO PESSOA

07 MAR. 2019
PROTOCOLLO
CANTO PESCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÙBLICA SOCIAL
ALFABETO DE POLÍCIA CENTRAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
V-02 P-917

Sérgio Soutinho da Silva

CARTeira DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 014082163308

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD REN REG 20180009936079219 RCI010

1 0104295531-7 00/00000000 2018

CARLOS ALBERTO M DO MONTE



06095033837 OFY0983/PB

NOVO PB 9C6DG2510F0024736

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC ALCO/GASOL

YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED

2 P/149 /CI PARTIC CINZA

1 IPVA PAGO EM 00/00/0000

1 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 18/05/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

JOAO PESSOA - PB DATA 15/06/2018

42218 7003781

LAURE 0094102047

PB Nº 014082163308

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCICIO 2018 DATA EMISSÃO 15/08/2018

1 06095033837 OFY0983/PB

01042955317 YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED

2014 9 9C6DG2510F0024736

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

***** SEGURO P A G O

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

***** PARCELADO 18/05/2018

COTA UNICA

7003781-1145205-201800815

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

7003781-1145205-201800815

8102-103

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



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelia. em 07/03/2019 09:01:39
Emol:R\$2,49 FEPI R\$0,12 FAREN:R\$0,41 ISS R\$ 0,11. Selo Digital- AIF80742-FLX4 Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



07 MAR. 2019
PROTOCOLO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114091/19

Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

CPF: 552.515.874-49

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2018

Titular do CPF: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA : 552.515.874-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2019
Nome: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
CPF: 552.515.874-49

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190256993 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER/ PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00