
Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655494

Vítima: ANDRESSON FELICIO DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRESSON FELICIO 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, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655494

Vítima: ANDRESSON FELICIO DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRESSON FELICIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ANDRESSON FELICIO DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000044**

Conta: **00000100028-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655494 **Cidade:** Mataraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRESSON FELICIO DA SILVA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 11.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: **ANDRESSON FELIPE DA SILVA** 6 - CPF: **127.514.514-03**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **SITIO URUBA** 9 - Número: **SIN** 10 - Complemento: **ZONA RURAL**
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **MATARACA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **58242-000**
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): **83-98626-6117**

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0044** CONTA: **00100028** **6** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **JOÃO PESSOA 25.11.2019**
Andresson Felipe da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13488.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13488.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:36 horas do dia 25 de novembro 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Anderson Felício da Silva**, CPF nº 127.514.514-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Trabalhador Rural, filho(a) de Maria Célia da Silva Damião e José Reginaldo Felício dos Ramos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/09/1996 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Uruba, Nº S/N, tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98626-6447.

Dados do(s) Fatos:

Local: Entrada da Cidade de Mataraca, Mataraca/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/06/19 23:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 29/06/2019 por volta das 23:00 horas quando transitava, pelo Centro da cidade de Mataraca-PB; nas imediações da entrada da cidade, com o veículo tipo HONDA/NXR 150 BROS ES ano e modelo: 2013/2013, de cor preta de placa: OFX2638/PB CHASSI: 9C2KD0550DR217091 pertencente ao Sr. Izaias Nascimento da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando de repente perdeu o controle da moto numa curva "sobrando na curva" vindo a colidir com um poste; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU, conforme declaração em anexo, sendo conduzido ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde veio a ser atendido, devido ao deslocamento, às 00:50 do dia 30/06/2019, onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 116.640, FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQUERDO CID S 72.3 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM 2516/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 25 de novembro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


ANDERSON FELÍCIO DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: **ANDRESSON FELIPE DA SILVA** 6 - CPF: **127.514.514-03**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **SITIO URUBA** 9 - Número: **SIN** 10 - Complemento: **ZONA RURAL**
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **MATARACA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **58242-000**
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): **83-98626-6117**

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0044** CONTA: **00100028** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

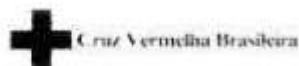
38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **JOÃO PESSOA 25.11.2019**
Andresson Felipe da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1173939



Identificação do paciente			
ID 1417122	Nome ANDRESSON FELICIO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 14/09/1996	Idade 22 anos 9 meses 16 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA CELIA DA SILVA DAMIAO	Pai JOSE REGINALDO FELICIO DOS RAMOS		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Celular 83	Celular 90000000	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3879210	NP Cns 201132191770002	
Local de procedência PB 008	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR	
Endereço			
CEP 58292000	Município de residência MATARACA	UF PB	Logradouro URUBA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora 30/06/2019 00:50:33	Número da pulseira 1000007137951	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		
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 <i>Muito ruim do ponto de visto, cecata contra socos p/ exames. Atendido</i>			
Diagnóstico	CID		
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA	Tempo 01min 05seg		

Imprimir

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: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRESSON FELICIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000100028-6

Nr. da Autenticação 07D2EC5139D6ED17

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
16/08/19	6163	19/10/19	6245						
Descrição									
				Demonstrativo					
		Quantidade	Taxas	Valor Base Calc	Alq.	Imposto	Base Calc	Pag(P)	Cálculo(R\$)
		Total	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
001	Consumo ard 30kWh-GR	30,000	0,190890	5,72	0,00	0	0,00	5,72	0,05
001	Consumo - 31 e 100kWh-GR	32,000	0,229840	18,99	0,00	0	0,00	18,99	0,14
001	Adc B Vermelho			0,80	0,00	0	0,00	0,80	0,01
001	Adc R Amarelo			0,34	0,00	0	0,00	0,34	0,00
001	Susido			23,08	0,00	0	0,00	23,08	0,15
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA				12,00	0,00	0	0,00	12,00	0,00
PARCELAMENTO DE DÉBITO 03/E				27,21	0,00	0	0,00	27,21	0,00
Devolução Susido				-22,30	0,00	0	0,00	-22,30	0,00
TOTAL				64,14	0,00	0	0,00	64,14	0,00

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, IZAÍAS NASCIMENTO DA SILVA
RG nº 3.720.659, data de expedição 19/11/2008
Órgão SSDS, portador do CPF nº 098.505.504-90,
com domicílio na cidade de MATARACA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA EMÍLIA TAVARES BEZERRA, nº S/N,
complemento BAIRRO BOM JESUS declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ANDRESSON FELÍCIO DA SILVA, cujo o condutor era
ANDRESSON FELÍCIO DA SILVA
Veículo: MOTO Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano: 2013
Placa: 0FX-2638/PB Chassi: 9C2KDD550 DR 217091
Data do Acidente: 29/06/19

Local e Data: MATARACA 25.11.2019

Izaias Nascimento da Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE MATARACA
RUA DANIEL TOSCANO, 234 - CENTRO

RECONHEÇO: por Autenticidade a Firma de
IZAÍAS NASCIMENTO DA SILVA
Em test. Maria Jose do Nascimento Mataraca, 18/11/2019
Titular: Maria Jose do Nascimento
Selo Digital AJG59622-SIC6

Consulte autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ANDRESSON FELICIO DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 14/09/96
NOME DA MÃE MARIA CÉLIA DA SILVA DAMIÃO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.173.939
Nº PRONTUÁRIO 116.640
ATA DO ATENDIMENTO 30/06/19
HORA DO ATENDIMENTO 00:50
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente menor deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor na coxa E + deformidade e limitação funcional, sem outras queixas. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da bacia - AP
RX da coxa E - AP e P

TRATAMENTO:

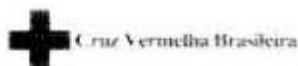
Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Thales Seabra e Dr. Lauri Ferreira da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 06/07/19
DATA DA EMISSÃO: 15/10/19

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
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. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1173939



Identificação do paciente						
ID 1417122	Nome ANDRESSON FELICIO DA SILVA	Sexo Masculino				
Data de nascimento 14/09/1996	Idade 22 anos 9 meses 16 dias	Estado civil	Religião			
Mãe MARIA CELIA DA SILVA DAMIAO		Pai JOSE REGINALDO FELICIO DOS RAMOS				
Escolaridade		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)				
DDD Celular 83	Celular 90000000	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3879210	NP Cns 201132191770002				
Local de procedência PB 008		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58292000	Município de residência MATARACA	UF PB	Logradouro URUBA			
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora 30/06/2019 00:50:33	Número da pulseira 1000007137951	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA					
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 <i>Pronto atendimento do acidente de trânsito, vítima com trauma fechado, sem ferimentos visíveis. Aferido.</i>						
Diagnóstico						CD
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA						Tempo 01min 05seg

Impressão



CRUZILHA A
BRASILEIR

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

Conf 18/05

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome:

Anderson Felício da Silva

BE:

1173939

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 reconhecidamente aceitas.



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEI 131

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.



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

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.

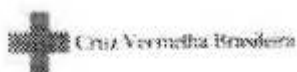
João Pessoa, 30.06.19.....

Paciente - RG

Yoremaide D. S. P.O.

Representante Legal - RG

2.952.81812



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ANDRESSON FELICIO DA SILVA	1173939	30/06/2019 00:50:33	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
14/09/1996	22a 9m 16d	Masculino	(83) 90000000
Mãe		CNS	Prontuário
MARIA CELIA DA SILVA DAMIAO		201132191770002	
Endereço	Bairro	Município	UF
URUBA, SN	ZONA RURAL	MATARACA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS	8618/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
30/06/2019 00:50:33		30/06/2019 02:43:42	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COXA ESQUERDA, SEM DEMAIS QUEIXAS ECG 15 HD. FRATURA SUBTROCANTERICA ESQUERDA CD. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHÃ, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO

CID10

S72.2 - Fratura subtrocanterica

Conduta

Internar Paciente

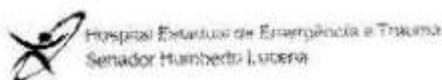
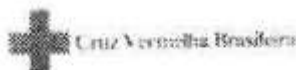
Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8612
CBO 3225
1407

ANDRESSON FELICIO DA SILVA

Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8518
CREMERL 22251
TEOT 15915

EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS
(CRM: 8618/PB)

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 30/06/2019 00:51:38



AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ANDRESSON FELICIO DA SILVA	1173939	30/06/2019 00:50:33	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
14/09/1996	Masculino	201132191770002	(83) 90000080
Mãe			Prontuário
MARIA CELIA DA SILVA DAMIAO			
Endereço	Bairro	Município	UF
URUBA, SN	ZONA RURAL	MATARACA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GERALDO CAMILO NETO	8089/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
30/06/2019 00:50:33		30/06/2019 00:57:14	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM COXA ESQUERDA, SEM DEMAIS EGR. LOTE ECG 15 ABDOME FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO AR.MV-AHT S/R. 1)RAIOX DE COXA ESQUERDA E BACIA 2)PARECER DA ORTOPEDIA 3)ALTA DA CIR.GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: 100ML SF0.9%)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA
RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

T07 - Traumatismos múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

ANDRESSON FELICIO DA SILVA

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 30/06/2019 00:51:38



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

Htop

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Htop

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

INDRESSON FELICIO DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masculino

9 - SEXO

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

COD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CX DHS/DCS - 01 7M

Fio KC 2,5

PLACA DCS 950 16VROS - 1

PARAFUSO DESLIZANTE Nº 70 - 1

PARAFUSO CORTICAL Nº 36 - 1

" " Nº 38 - 1

" " Nº 40 - 3

" " Nº 56 - 1

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/07/19

41 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. DO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HSE 1001

NOME: ANDERSSON FELICIO DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1173939
IDADE: _____ SEXO: MAS COR: _____ DATA: 4/7/2019
CLÍNICA / SETOR: ORTOPEDIA M03 2
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR THALES SEABRA 1º ASS: DR LAURI
2º ASS: MR1 JOÃO PAULO 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____

Dr. João Paulo S. Costa
MÉDICO
CRM-PB 115980

DATA: 4/7/2019

RELATÓRIO DE CIRURGIA

FEE ETS/ML

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA							
Posição e Preparo:							
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA EM MESA DE TRAÇÃO, REALIZADO REDUÇÃO FECHADA SOB							
AUXILIO DE ESCOPIA							
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA							
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS							
ANTIBIÓTICOPROFILAXIA							
Incisão:							
VIA DE ACESSO LATERAL DA COXA ESQUERDA (SUBVASTOLATERAL)							
HEMOSTASIA CRITERIOSA							
DISSECÇÃO POR PLANOS							
Diagnóstico:							
FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR ESQUERDO BASTANTE COMINUIDA							
Conduta:							
PASSAGEM DE FIO DE KC COMO GUIA PARA PARAFUSO DE PLACA DCS							
PASSAGEM DE PARAFUSO DESLIZANTE N 75							
FIXAÇÃO DE PLACA DCS DE 16 FUROS + 4 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS + 1 PARAFUSO CORTICAL							
PROXIMAL + CONTRAPINO, SOB AUXILIO DE ESCOPIA							
REVISÃO DA HEMOSTASIA							
LIMPEZA COM SF 0,9%							
Fechamento:							
SUTURA POR PLANOS							
CURATIVOS ESTÉREIS							
RX DE CONTROLE							
Observação:							

Médico/CRM:

Dr. João Paulo S. Cavalcante
MÉDICO
CRM-PR 11592

João Pessoa,

4/7/2019

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE		LUISSON FELICIO DA SILVA	
IDADE	22	PROFILARIO	ENFERMARIA 18
CIRURGO	FRANCISCO GUSTAVO CANTANHEIRA FARIAS ESQ.	LEITO	05
CIRURGO	DR. F. H. B. L.		
ANESTESIA	RAQU + SEDACAO		
ANESTESISTA	DR. K. B. L.		
INSTRUMENTADOR	CREMILDA		
DATA	04/07/19	TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO	10:00 - FIM 15:10
		CIRURGO INICIO	10:30 - FIM 15:00
CODICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA 1 - ASA 2 - ASA 3 - ASA 4 - ASA 5			
GRAU DE CONTAMINACAO - LIMPA - CONTAMINADA - INFECTADA - POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICACOES ANESTESICAS		QTD.	
ALFENTANIL	500	1	
BUPIVACAINA ISOBARICA			
BUPIVACAINA PESADA			
CETAMINA	500	1	
DRUPRIDOL			
ETOMIDATO	SOLUCOES	QTD.	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%		
FENTANIL	1		
FLUMAZENIL			
ISOFLURANO			
EVBUPIVACAINA X VASO	SABAO ANTISEPTICO		
EVBUPIVACAINA S VASO			
IDOCAINA X VASO			
LIDOCAINA S VASO			
MIIDAZOLAM			
MORFINA			
NIPIBILIM			
PANCLORONIO			
PETIDINA			
PROPORFOL			
RAMIFENTANIL 4			
ROCLORONIO			
SEVOFLURANO			
SLVAMETONIO			
TIOPENTAL			
MATERIAIS		QTD.	
AGULHA 13X4,5			
AGULHA 25X07			
AGULHA 25X08			
AGULHA 40X12			
AGULHA PERIDURAL N°10			
AGULHA PERIDURAL N°17			
AGULHA PERIDURAL N°18			
AGULHA RAQUI N°25G			
AGULHA RAQUI N°26G			
AGULHA RAQUI N°27G			
ALGODAO ORTOPEDICO			
ATADURA DE CREPOM			
ATADURA GESSADA			
BOLSA P. COLOSTOMIA			
CANULA P. TRAQUEOSTOMIA N°			
CATETER DE OXIGENIO			
CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°			
CATETER EPIDURAL N°16			
CATETER EPIDURAL N°17			
CATETER EPIDURAL N°18			
CERA PARA OSO			
COLET. URINA FECHADO			
COMPRESSAS CIRURGICAS			
COMPRESSAS CIRURGICAS			
DRENO DE PENROSE			
DRENO DE SUCCAO			
ELETRODOS			
EQUIPO MACROGOTAS			
EQUIPO TRANSF. SANGUE			
EQUIPO MICROGOTAS			
ESPONJA DE PUPI			
ESPARADRAPO			
GAZES			
GAZES ALGODOADAS			
GEL ELETROLITICO			
JELCO N°14			
JELCO N°16			
MATERIAIS CONT.		QTD.	
JELCO N°18			
JELCO N°20			
JELCO N°22			
JELCO N°24			
KIT SIST. DREN. TORACICA N°			
LAMINA BISTURI N°11			
LAMINA BISTURI N°15			
LAMINA BISTURI N°23			
LAMINA BISTURI N°24			
LAMINA DE DERMATOMO			
LAMINA DE ENXERTO			
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.			
LUVA ESTERIL N°7,5			
LUVA ESTERIL N°7,5			
LUVA ESTERIL N°8,0			
LUVA ESTERIL N°8,5			
MASCARA CIRURGICA			
MULTIVIAS			
PERFURADOR DE SORO			
SCALP N°14			
SCALP N°21			
SERINGA 3ML			
SERINGA 5ML			
SERINGA 10ML			
SERINGA 30ML			
SONDA ASP. TRAQUEAL N°8			
SONDA ASP. TRAQUEAL N°10			
SONDA ASP. TRAQUEAL N°12			
SONDA ASP. TRAQUEAL N°14			
SONDA ASP. TRAQUEAL N°16			
SONDA FOLEY 2VIAS N°12			
SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
SONDA NASOG. CURTA			
SONDA NASOG. LONGA			
SONDA URETRAL N°			
TORNEIRINHA			
TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
TUBO SILICONE (LATEX)			
FIO CAT. GLT. CROMADO N°			
FIO CAT. GLT. CROMADO N°			
FIO DE ACO N°			
FIO DE ACO N°			
FIO DE NYLON N°			
FIO DE NYLON N°			
FIO DE NYLON N°			
FIO POLIGLACTINA N°			
FIO POLIGLACTINA N°			
FIO POLIGLACTINA N°			
FIO POLIPROPILENO N°			
FIO POLIPROPILENO N°			
FIO POLIPROPILENO N°			
FIO POLIGLECAPRONE N°			
FIO SEDA N°			
FITA CARDIACA			
MATERIAL ESPECIAL		QTD.	
CATETER DE PIC			
CIMENTO CIRURGICO			
CLIP TITANIO LIQADURA			
FIO DE KIRSCHNER N°			
FIO DE KIRSCHNER N°			
FIO STEINMAN N°			
FIO STEINMAN N°			
GRANDEADOR CIRURGICO			
HEMOST. ABSORVIVEL			
KIT DERIVA VENTRICULAR			
PROTESE VASCULAR			
KIT PAM			
FIXADOR EXTERNO			
EMPRESA			
PARAFUSOS CORTICAIS			
PARAFUSOS CORTICAIS			
PARAFUSOS ESPONJOSO			
PARAFUSOS ESPONJOSO			
PARAFUSOS MALLEOLAR			
PARAFUSOS MALLEOLAR			
PLACA			
PLACA			
EQUIPAMENTOS			
ASPIRADOR			
BISTURI ELETRICO			
CAPNOGRAFO			
CARDIOMONITOR			
DEFIBRILADOR			
FOCO AUXILIAR			
FOCO CENTRAL			
MICROSCOPIO			
OXIMETRO DE PULSO			
IP & INVASIVAO INVASIVA			
PERFURADOR ELETRICO			
SERRA			
CIRCLANTA			

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Mamanguape, 21 de Novembro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Andresson Felício da Silva, Queda de moto, no dia 29 de Junho de 2019, foi atendido pela a Unidade de Suporte Básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape prestou atendimento à vítima, removida para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Josimeri Arruda dos Santos
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape-PB
COREN-PB 417778

Josimeri Arruda dos Santos
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape/PB
CNPJ 08674396000164

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236

Andresson Felício da Silva

SECRETARIA GERAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.879.210 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 24/08/2018

NOME ANDRESSON FELICIO DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ REGINALDO FELICIO DOS RAMOS MARIA CÉLIA DA SILVA DAMIÃO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 14/09/1996

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº5956 - L.V.A-8 - FLS.290 - CARTÓRIO MATARACA-PB

CNPJ 127.514.514-03

João Pessoa - PB

Andresson Felício da Silva

Assessoria Jurídica

LEI Nº 4.719 DE 29/06/83

A+

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012153043664
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM EXERCÍCIO
1 0055678544-4 00/00000000 2014

IZAAS NASCIMENTO DA SILVA

09850550490

PLACA
OFX7638/PB

PLACA ANT/UT CHASSI
NOVO PB 9C2KD0550DR217091

HONDA/NXR150 BROS ES

2013 2013

CAP/POT/CL
2 P/149 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM 01/09/2014

PARA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
***** 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 01/09/2014

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

MAMANGUAPE - PB
14265

DATA
29/07/2015

31054

PB Nº 012153043664

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014 29/07/2015

RENAVAM MARCA/MODELO
00556785444 HONDA/NXR150 BROS ES
ANO FAB. CATE. Nº CHASSI
2013 9 9C2KD0550DR217091

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) *****	DETRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURO	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) PAGO
PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO 01/09/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

31054-0850423-20150729

101-2015

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS
CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE
VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

• O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS
CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA
TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO.

• ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O
TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELAS MOTORISTAS,
PASSAGEIROS OU PEDESTRES.

• SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE,
INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS
DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMIS).

• SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EM
BENEFICÁRIO DA INDENIZAÇÃO, RECLAME A DOCUMENTAÇÃO
PARA INDENIZAÇÃO E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS
PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-OS
EM www.dpvatsegurodetransito.com.br). SE TIVER
DÚVIDAS, LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

• VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E
DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMIS (3)
R\$ 15 MILH.	até R\$ 15 MILH.	até R\$ 2 MILH.

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO
PELA AUTORIDADE POLICIAL, COMPETENTE, CERTIDÃO DE
ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA
VÍTIMA E CÓPIA DESEMPENHADA E PROVA DA QUALIDADE
DE ESPÓCIO (ATUALIZADO EM 01/09/2014).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA
EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL, COMPETENTE, CERTIDÃO DE
ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA
VÍTIMA E CÓPIA DESEMPENHADA E PROVA DA QUALIDADE
DE ESPÓCIO (ATUALIZADO EM 01/09/2014).

(3) DAMIS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E
SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA
EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL, COMPETENTE,
SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU
DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS
DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS POSSAM
OCCORRER DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS
CORPORAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO
VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA
DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA
ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU
DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE
TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS,
RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS
E, AINDA, OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR
UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E
PROFISSIONAIS QUANDO ESTES FORAM CONTRATADOS
DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, NATURAIS
OU FISCIS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O
PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, INSCRIÇÃO
REGISTRAR, ENTÃO, EM NOME DA VÍTIMA, OU
CONJUGADOS, DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU
PROFISSIONAL, CONSTATANDO DATA, ASSINATURA,
CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CRM, NÚMERO
DO CPF OU CNPJ E A APROPRIAÇÃO DO SERVIÇO
EFETUADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O
ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLOGICO
OU LAUDO E CÓPIA DO EXAME REALIZADO EM DIÁRIAS.

• PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS
COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO A
RESOLUÇÃO CNRP Nº 273/2013.

• IMPORTANTE:

NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU
QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O
ANDAMENTO DO PROCESSO.

• O REEMBOLSO DE DANOS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES
DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO
ART. 15 DA RESOLUÇÃO CNRP Nº 273/2013.

• PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU
REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO
DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

• A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR
VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

• O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS
PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº
6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO
LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULO.

• PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO
A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE
BILHETE.

• O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUSTAMENTE COM A
PRIMEIRA COTA, OU COM A COTA ÚNICA DO APOSTO
DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA,
CASO SEJA FEITA A QUITAÇÃO PELO PARCELAMENTO. O
VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO
PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA, OS VEÍCULOS
NÃO SUBSTITUÍ.

• O VEÍCULO NÃO DEVERÁ DESEMPENHAR LICENCIAMENTO SE
O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO
CONTRAT Nº 1000).

• 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO
PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO
MINISTÉRIO DE SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA
MÉDICA HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE
TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI Nº 8.213/91).

• 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO -
DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS
DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
PARADIGMA UNICO DO ART. 18 DA LEI Nº 9.503/1997 -
CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO.



ATENÇÃO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.dpvatsegurodetransito.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE
INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES,
LOCOS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS
E DEMAIS DÚVIDAS.



DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS -
AUTORIDADE NACIONAL RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO,
NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE
SEGUROS PRIVADOS (SEGUROS DE VIDA, ACIDENTES E DOENÇAS).

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN