Seguradora LÍDER

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 ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
0088-2018	10958027471	YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA	10958027471

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
ATENDENTE DE TELEM	RUA EMMANUEL LISBOA DE LUCENA	S/N	

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
MANGABEIRA	JOÃO PESSOA	PB	58057020

15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
yaramonara@hotmail.com	83 98846356

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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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: ( ) ( ) CONTA: ( ) ( )

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

☑ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil S/A

AGÊNCIA: 3501 (7) CONTA: 741317 (3)

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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(s)/aborto(s)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário (dedo indicador)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: MÁRCIA PAULA DE MAIA MACÊDO PORTO

CPF: 41449622453

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: PAULA GERTRUDES MACÊDO PORTO

CPF: 048.747.434-12

Assinatura da testemunha

Sergio Nicola Macedo Porto
Advogado
+55 (83) 99951-7113
+55 (83) 98810-8391

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 03 DE FEVEREIRO DE 2020

YARA MONARA DE O. BARBOSA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Sergio Nicola Macedo Porto
OAB/PB 13.250

FPS.001 V002/2019

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos à cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de Informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):
Deverão ser representados:
- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas à renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:
- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:
- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:
- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 26

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT	Responsável pelo Levantamento do Acidente:	Posto/Graduação:
0088 - 2018	JOSÉ AUGUSTO FERNANDES	CB/PM

Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:	Hora	Bairro	Município:	U F
Rua Joana de Barros Moreira Machado	22:35	Mangabeira VII	João Pessoa	PB

Data/Ocorrência	Dia da Semana	C/S Vítima (QT)	Natureza do Acidente	Tipo de pavimento	Condições/Via	Tempo
01-02-2018	Quinta - feira	Com	Colisão/Transversal	Asfalto	Seca	Bom

Envolvidos no acidente (Quantidade)	Controle do tráfego no local
02 Automóveis	Pista simples de duplo sentido

CONDUTOR 01

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Fabrício Regis Brilhante	Masculino	27-09-1971	1421673

Endereço
Avenida Julia Freire, 180, Torre, João Pessoa, PB – Tel.(083)98703-4460

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
15-02-1990	B	02546455580	PB	Sim	10-10-2022	Sim	

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor
Não	Permaneceu no local

VEÍCULO 01

Marca/Modelo	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.
Peugeot 207	Automóvel	NQO - 0619	Particular	João Pessoa	PB

Nome do Proprietário
Fabrício Regis Brilhante

Seguradora	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
DPVAT	013747082423	0016797113-1	20-10-2017

Defeitos
Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: Transitava na via A, na faixa da direita, no sentido Trevo das Mangabeiras/Detran, quando foi realizar uma manobra para retornar, no momento que parou no acostamento, olhou não viu veiculo na via, quando iniciou a manobra sentiu um forte impacto na lateral esquerda do V1 provocado pelo V2.

CONDUTOR 02

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Yara Monara de Oliveira Barbosa	Feminino	08-12-1994	3539047

Endereço
R: Zorilda Santos Cavalcante, sn, bloco 02, apto 102, Mangabeira VII, João Pessoa, PB – Tel.(083)98665-7501

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
17-03-2017	AB	06811834760	PB	Sim	17-03-2018	Sim	

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor
Não	Hospital de Trauma

VEÍCULO 02

Marca/Modelo	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.
I/ Shineray	Ciclomotor	QFO - 8418	Particular	João Pessoa	PB

Nome do Proprietário
Januário Leite da Silva

Seguradora	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
DPVAT	013027113720	0107391174-5	12-01-2017

Defeitos
Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Versão prejudicada pois até a presente data de 01/03/2018 o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 06/03/2018
ASSINATURA

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0088 - 2018

VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento
Yara Monara de Oliveira Barbosa	Feminino	08-12-1994

Endereço
R: Zorilda Santos Cavalcante, sn, bloco 02, apto 102, Mangabeira VII, João Pessoa, PB

	Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto
	02	

Condição da Vítima	Conduzida Para
Condutor	Hospital de Trauma

VÍTIMA 02

Nome	Sexo	Nascimento
Renata Kelly Justino da Silva	Feminino	27 anos

Endereço
Avenida Jacarandá, Paratibe, sn, João Pessoa, PB.

	Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto
	02	

Condição da Vítima	Conduzida Para
Passageiro	Hospital de Trauma

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: Através de vestígios e das sedes de impacto e das posições dos veículos envolvido o acidente ocorreu no lado direito da via, no momento em o que o V1 foi realizar uma manobra de retorna na via onde trafegava o V1 e V2. As vítimas foram socorridas pelo resgate AR 47 do CBM que socorreu ao Hospital de Trauma. V1 liberado do local e V2 removido ao pátio do Bptran. O acidente foi registrado na delegacia conforme ficha anexo.

João Pessoa – PB, 01 de Março de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 06/03/2018
ASSINATURA

José Augusto Fernandes CB PM
Responsável pelo Levantamento

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

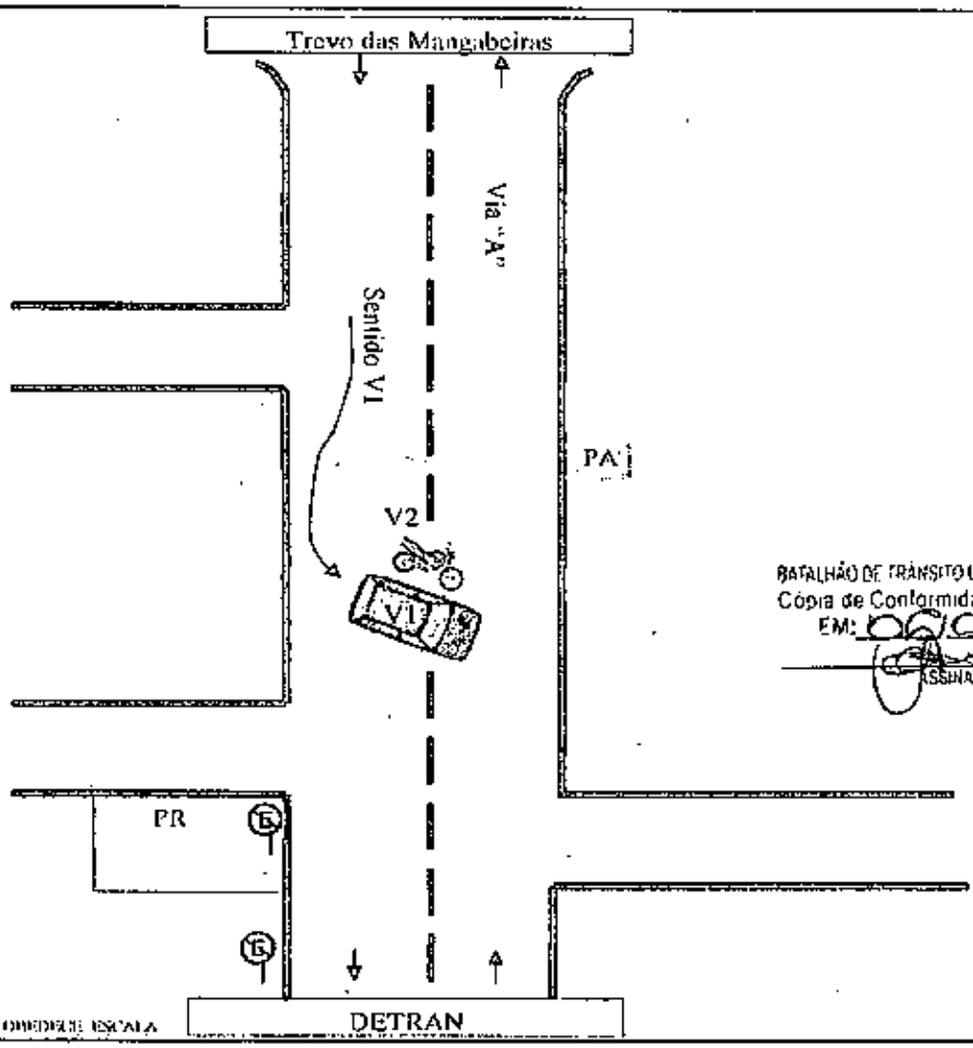
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0088/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Joana de Barros Moreira Machado 12,00metros

PR (Ponto de Referência) Bombeiro Militar
PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

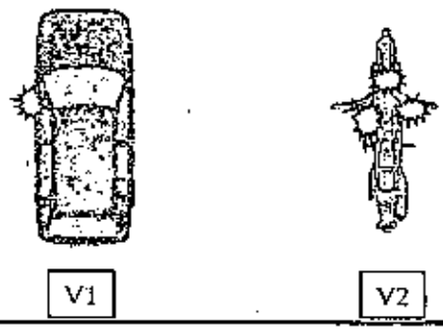
V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 05.30 e Traseiro Esquerdo 07.10 metros para (PA)
V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 05.70 e Traseiro Direito 06.30 metros para (PA)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 06/03/2018
ASSINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



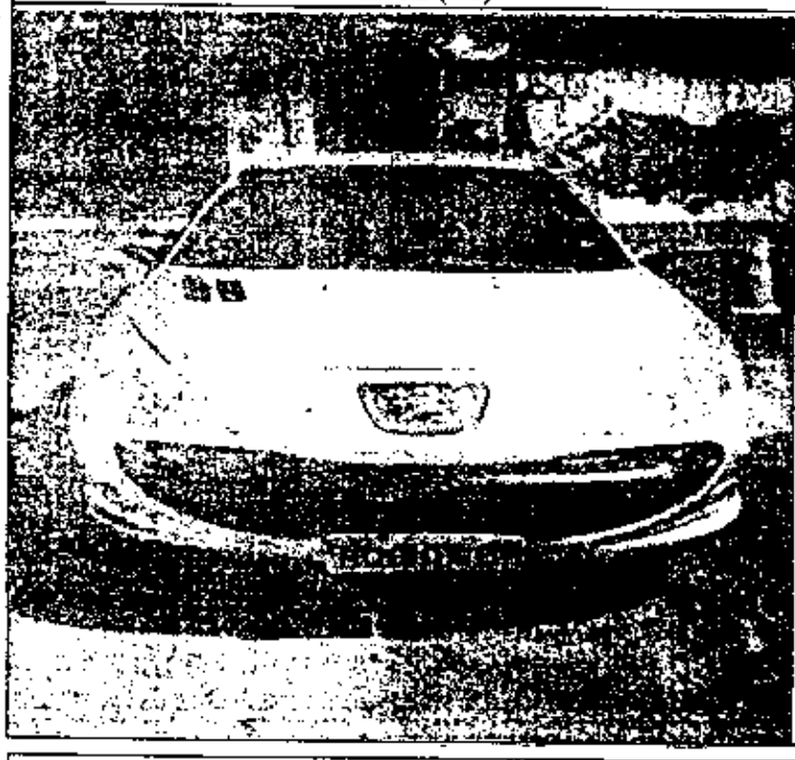
José Augusto Fernandes CB PM
Responsável pelo Levantamento

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0088/ 2018

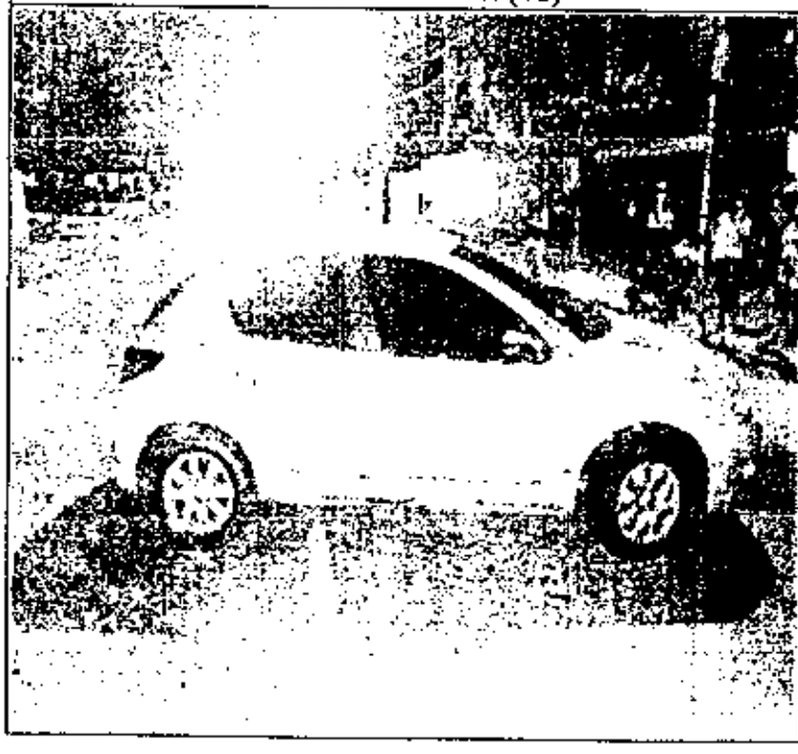
FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)

LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)

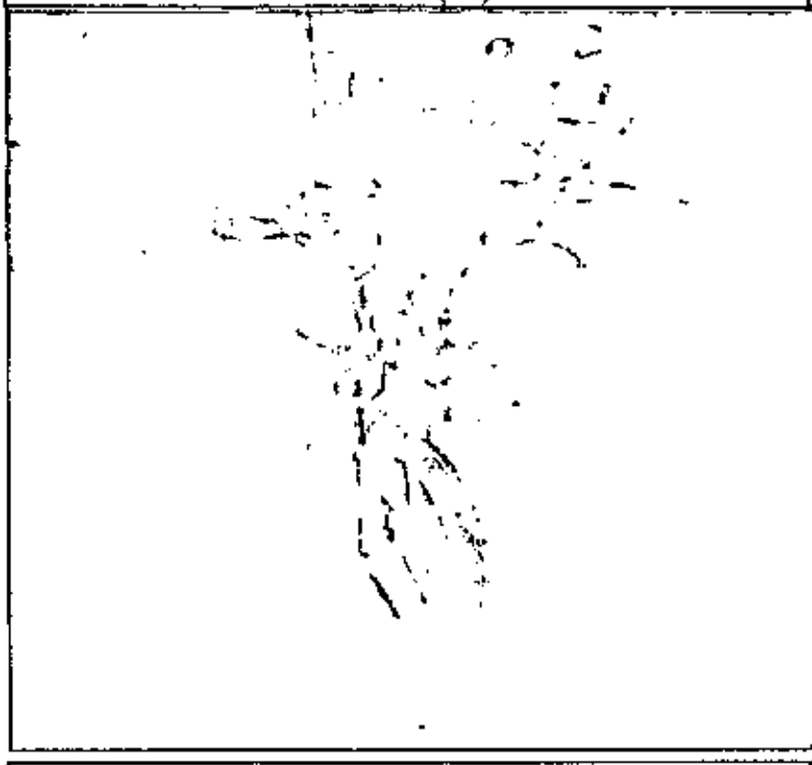
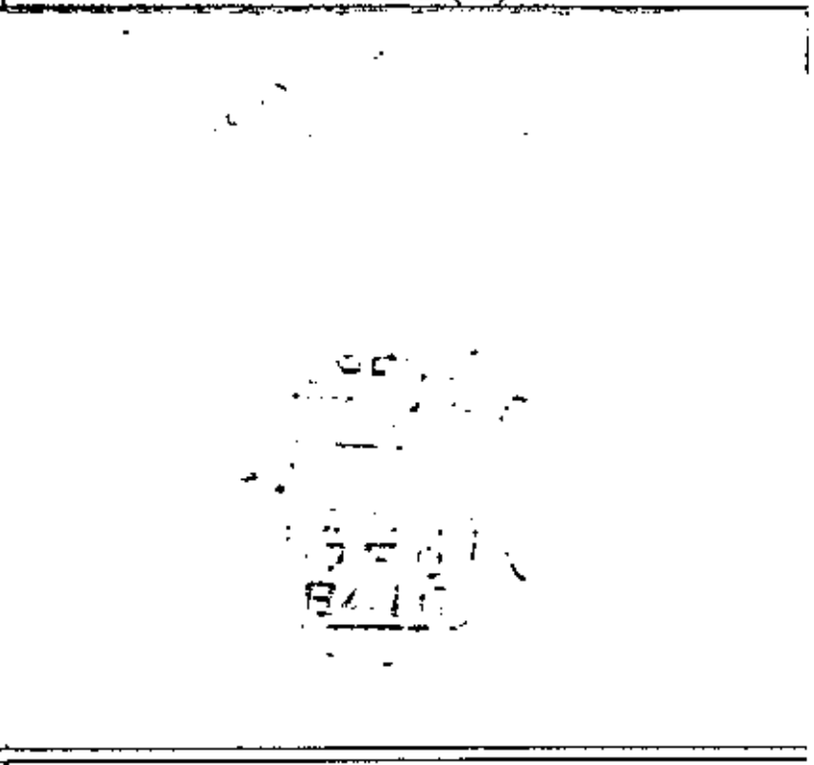
BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 06/03/2018
ASSINATURA

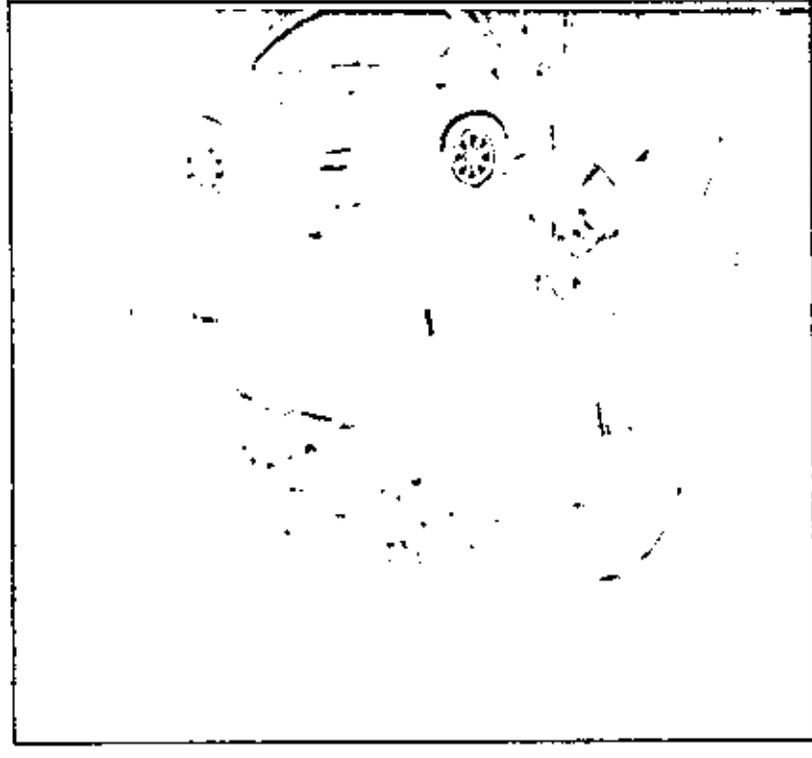
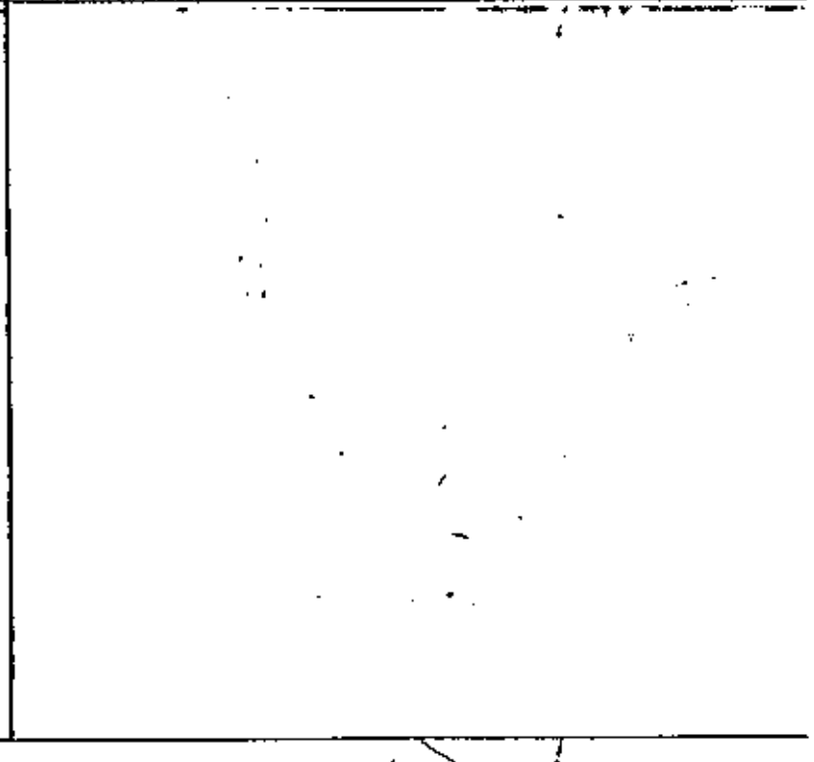
José Augusto Fernandes CB PM
Responsável pelo Levantamento

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0088/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)	TRASEIRA (V2)
	

LATERAL DIREITA (V2)	LATERAL ESQUERDA (V2)
	

José Augusto Fernandes CB PM
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 06/03/2018
ASSINATURA

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0088 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
Peugeot 207	NQO – 0619 PB	CB Fernandes	01-02-2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
						Total Geral (Sim + NA)	00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:	
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6	-> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
I / Shineray	QFO – 8418 PB	CB Fernandes	01-02-2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		x			Total Geral (Sim + NA)	00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:	
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	-> DANO DE GRANDE MONTA

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 06/03/2018
ASSINATURA

João Pessoa-PB, 01 de Março de 2018.

José Augusto Fernandes CB PM
Responsável pelo Levantamento

Seguradora LÍDER

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 ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
0088-2018	10958027471	YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA	10958027471

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
ATENDENTE DE TELEM	RUA EMMANUEL LISBOA DE LUCENA	S/N	

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
MANGABEIRA	JOÃO PESSOA	PB	58057020

15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
yaramonara@hotmail.com	83 98846356

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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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: ( ) ( ) CONTA: ( ) ( )

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

☑ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil S/A

AGÊNCIA: 3501 (7) CONTA: 741317 (3)

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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(s)/aborto(s)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário (dedo indicador)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: MÁRCIA PAULA DE MAIA MACÊDO PORTO

CPF: 41449622453

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: PAULA GERTRUDES MACÊDO PORTO

CPF: 048.747.434-12

Assinatura da testemunha

Sergio Nicola Macedo Porto
Advogado
+55 (83) 99951-7113
+55 (83) 98810-8391

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 03 DE FEVEREIRO DE 2020

YARA MONARA DE O. BARBOSA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Sergio Nicola Macedo Porto
OAB/PB 13.250

FPS.001 V002/2019

Documentação recebida na agência dos Correios, por favor pendenciar.

VISTO EM: 26 / 02 / 18

Comandante do BAPH

Katty Sabrina da Silva
TEN. CEL. QOBM- 521.264-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 21 de fevereiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 086/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 01/02/2018, conforme requerimento nº 088/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 22h43min o/a Sr.(a) **YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA** ID Nº 3539047 – SSP/PB, vítima de acidente *(colisão (moto x carro))*, ocorrido na Rua Joana de Barbosa de M. Machado, Mangabeira – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47, tendo como chefe o **SARGENTO BM JAIME** DOS SANTOS FERREIRA, Matricula 514.900-2. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com dores na região do quadril, dores e abrasão nos membros inferiores. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza, CB BM, Mat. 523.518-9, (_____) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JHARLIESON DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN. MAT. 527.841-2

Chefe da 3ª Seção

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro – Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

O PEDIDO DO SEGURO DPVAT ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Documentação recebida na agência dos Correios, por favor pendenciar.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA

HEETSHL

DATA: [illegible] PRONTUÁRIO: [illegible]

PACIENTE: [illegible]	SEXO: [illegible]	COR: [illegible]	IDADE: [illegible]

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUINEO

ESTADO GERAL (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO | RISCO CIRURGICO (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO | AP. CIRCULATÓRIO

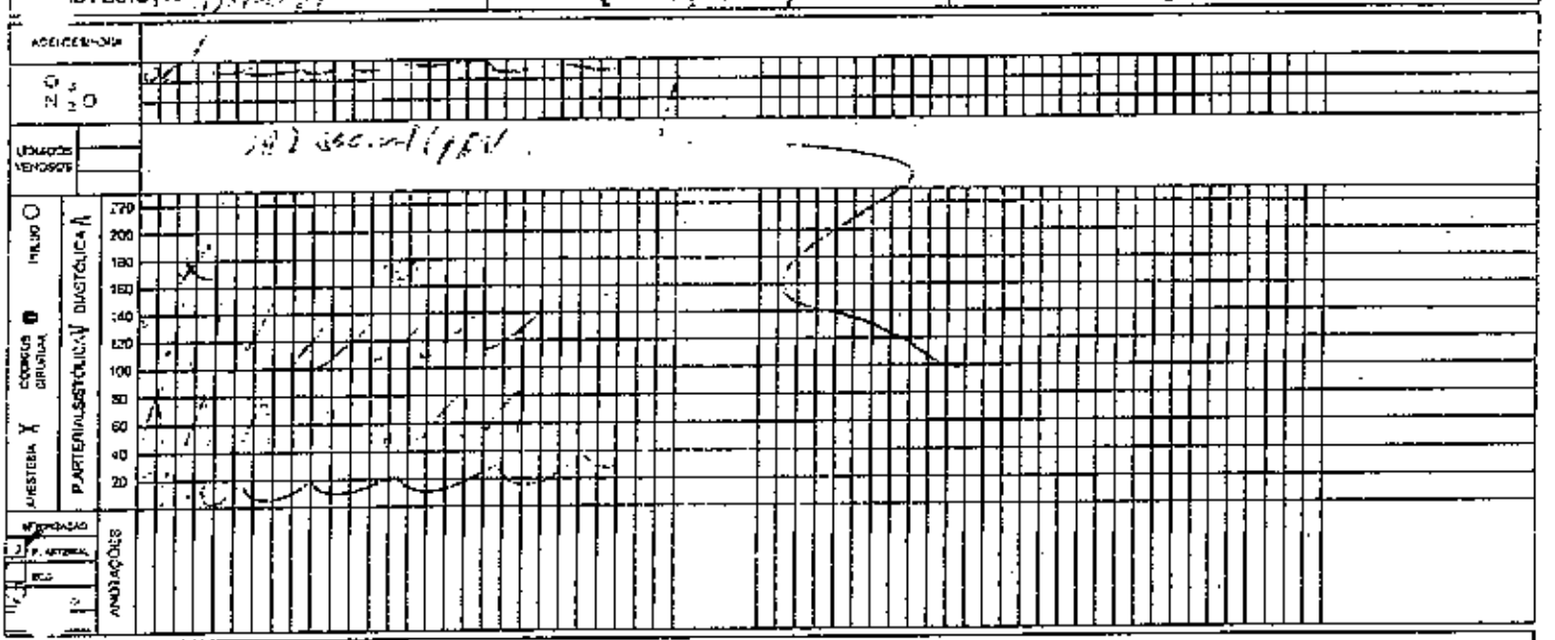
AP. DIGESTIVO | ESTADO MENTAL | DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA | ESTADO FÍSICO (ASA) [illegible]

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO [illegible]

CIRURGIA REALIZADA [illegible]

CIRURGIÃO [illegible]	AUXILIARES	
INÍCIO DA ANESTESIA [illegible]	TÉRMINO DA ANESTESIA [illegible]	DURAÇÃO DA ANESTESIA [illegible]
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R$
ANESTESISTA [illegible]	CPF [illegible]	CRM-PB [illegible]



☒ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ.PLEXO ☐ BLOQ.NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA [illegible]

USADOS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE	1 [illegible]	11
NACL	2 [illegible]	12
SANGUE	3 [illegible]	13
RINGER	4 [illegible]	14
TOTAL	5	15
DESTINO DO PACIENTE	6	16
☐ APT* ☒ ENFERMARIA	7	17
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8	18
	9	19
☐ OUTROS	10	20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA [illegible]

F.(NG)ASCIR.026-1

- Falta CNH ou RG e CPF
- Comprovante de res., caso não esteja nominal e ysne o comp. de residência, enviar o RG e CPF do titular (pai ou mãe)
- Conta bancária (corrente ou poupança)
- Ação judicial comprovante de renda e declaração de IRPF, exercício 2019.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA
DATA DE NASCIMENTO	08/12/94
NOME DA MÃE	ROSILDA ANDRADE DE OLIVEIRA
DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO	
PRONTUÁRIO N.º	106939
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1059910
DATA DO ATENDIMENTO	01/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	23:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA LUXAÇÃO DO QUADRIL E ACETABULO DIR.
CID 10	S73.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO . AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL E ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL DIR., RX COXA DIREITA

TC DE BACIA

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX QUADRIL- FRATURA LUXAÇÃO DO QUADRIL DIREITO, FRATURA DE ACETABULO DIR.

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE ACETABULO COM TRAÇÃO ESQUELETICA

ALTA HOSPITALAR: 16/02/18
DATA DA EMISSÃO: 07/05/18

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CVB/HEETSHL
CRM 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 25 - PEDRO GONDIM - CNES: 133312 - Tel.: 6332185700

Boletim de Atendimento: 1068910

Identificação do paciente

ID: 1257506
Nome: YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA
Sexo: Feminino
Data de nascimento: 08/12/1994
Idade: 23 anos 1 mês 24 dias
Estado civil:
Religião:
Prontuário:
Mãe: ROSILDA ANDRADE DE OLIVEIRA
Pai: JOSE ERIBERTO NOGUEIRA BARBOSA
Escolaridade:
Responsável (Parentesco): NATHALIA DA SILVA BARBOSA - PRIMO(A)
DDD Móvel: 83
Fone Móvel: 99455667
DDD Fixo:
Fone Fixo:
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)
Número documento: 3539047
Cns:
Local da procedência: MANGABEIRA VII
Tipo: BAIRRO
UF: PB
Cidade:
Nacionalidade: JOAO PESSOA
CBOR:

Endereço

CEP: 58063200
Município de residência: JOAO PESSOA
UF: PB
Logradouro: Liberto Moreira da Silva
Número: SN
Complemento:
Bairro: Valentina de Figueiredo

Admissão

Data e Hora: 21/02/2016 23:27:52
Número de prontuário: 100000511 7818
Convênio: SUS
Clínica:
Especialidade: CIRURGIA GERAL
Classificação de risco:
Origem do paciente: RUA
Caráter de atendimento:
Motivo de atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA
Data/Hora do acidente: VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Dado obtido: Não
Prisão de ventre: não
Uso de ambulância: não
Trauma: Não
Meio de transporte: RESGATE - BOMBEIROS
Quem transportou:

Sinais Vitais

PA: ____ X ____ mmHg
Peso:
Temperatura:

Exames complementares

Raio X ( ) Sangue ( ) Urina ( ) TC ( ) Outros ( ) ECG ( ) Ultrassonografia ( )
Outros exames:

CID:
Diagnóstico:
Tempo: 15seg
Atendido por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA
Assinatura:

Paciente chegou após acidente de moto, queixa-se de dor no ombro e dor no [illegible]

Joyce Joane V. Freire
Enfermeira
COREN-PB 371.350

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA		BAE 1059910	Data/Hora Entrada 01/02/2018 23:27:52	Data Baixa
ascimento 4	Idade 23	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 99459667
				Prontuário
ANDRADE DE OLIVEIRA				
oreira da Silva, SN		Bairro Valentina de Figueiredo	Município JOAO PESSOA	UF PB
X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8637/PB
Classificação B 23:27:52			Data/Hora Prescrição 02/02/2018 01:44:53	
		Nº Matrícula		Senha

nese

3

PEDIA#

TE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO
ME: DOR A MANIPULAÇÃO PASSIVA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
GRAFIA: EVIDENCIA LUXAÇÃO COXO FEMORAL À DIREITA

DO EM CONTATO COM ANESTESISTA NO BLOCO CIRURGICO (DR. PATRICK), QUE RECOMENDOU JEJUM, QUE A PACIENTE HAVIA SE ALIMENTADO POR VOLTA DAS 22:00HS E NECESSITARIA DE SEDAÇÃO PARA O EDIMENTO.

TA: JEJUM PARA REDUÇÃO
ESIA

ICAÇÃO

ESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

ICAM 20MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 MG

ESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., 6/6H

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

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

Diluir

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

CID10

Código	Descrição
S73.0	Luxação da articulação do quadril

Conduta

Em observação por: THAYANE MARQUES [illegible]

Secretaria Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA		BAE 1059910	Data/Hora Entrada 01/02/2018 23:27:52	Data Baixa
Data de nascimento 08/12/1994	Idade 23	Sexo Feminino	SNS	Telefone de Contato (83) 99459667
Mãe ROSILDA ANDRADE DE OLIVEIRA				Prontuário
Endereço Libério Moreira da Silva, SN		Bairro Valentina de Figueiredo	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional PEDRO ROMAO DANTAS	Nº Cons. Regional 9799/PB
Data/Hora Classificação 01/02/2018 23:27:52			Data/Hora Prescrição 02/02/2018 08:44:20	
Convenio SUS		Nº Matricula		Senha

Anamnese

PÓS DE REDUÇAO INCRUENTA DE LUXAÇAO DE QUADRIL DIREITO. FEITO REDUÇAO INCRUENTA PELA MANOBRA DE ALLIS E SEM COMPLICAÇÕES.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, 0.0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)

Diluir

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

CEFALOTINA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATORIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P/ ALAR/ OBTURATRIZ)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

Conduta

Internar Paciente

Yara Monara de Oliveira Barbosa
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA

PEDRO ROMAO DANTAS
(: 9799/PB)

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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

1221

DE OLIVEIRA BARBOSA		BAE 1058910	Data/Hora Entrada 01/02/2018 23:27:52	Data Baixa
nto	Idade 23	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 99459667
ADE DE OLIVEIRA				Prontuário
da Silva, SN		Bairro Valentina de Figueiredo	Município JOAO PESSOA	UF PB
O	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional JOSE PIRES DUTRA JUNIOR	Nº Cons. Regional 10650/PB
icação :52			Data/Hora Prescrição 01/02/2018 23:54:17	
		Nº Matrícula		Senha

e

ONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15, VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, EM USO DE
CHEGA AO SERVIÇO TRAZIDA PELA SAMU, EM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO, COM RELATO DE
ULDADE DE MOVIMENTAÇÃO NA TOPOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL DIREITA.
EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, ABDOME FLÁCIDO E SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL.
O RADIOGRAFIAS + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA. ALTA DA CIRURGIA GERAL

ÃO

ADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

S

DE PARECER ORTOPEDIA

IMAGEM

DE PELVE (ANTEROPOSTERIOR)

DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA

DE COXA DIREITA

Descrição
or não especificada

ção

YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR
(CRM: 10650/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 01/02/2018 23:28:07

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332185700

Impresso por: JACQUES PAIVA CAVALCANTI
Em: 04/02/2018 07:37:22

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA		**1059910**	**01/02/2018 23:27:52**	
Data de nascimento **08/12/1994**	Idade	Sexo **Feminino**	CNS	Prontuário **106939**
Tempo de Internação		Convênio **SUS**		Plantão **DIURNO**

EVOLUÇÃO MEDICA *(JACQUES PAIVA CAVALCANTI - 04/02/2018 07:37:16)*

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA LUXACAO DO QUADRIL DIREITO
FRATURA DE ACETABULO

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL
AGUARDA VAGA EM ENFERMARIA

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9004
Profissional responsável pela informação: JACQUES PAIVA CAVALCANTI

Número Conselho: 7625

Hospital Geral de Emergência e Trauma
Secretaria Adjunta de Saúde

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JACQUES PAIVA CAVALCANTI
Em: 03/02/2018 11:24:46

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA		1059010	01/02/2018 23:27:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
08/12/1994		Feminino		106939
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(JACQUES PAIVA CAVALCANTI - 03/02/2018 11:22:41)*

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRATURA LUXACAO DO QUADRIL DIREITO
FRATURA DE ACETABULO

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL
AGUARDA VAGA EM ENFERMARIA

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9004
Profissional responsável pela informação: JACQUES PAIVA CAVALCANTI **Número Conselho: 7625**

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEMOSUL

Nome: _____ BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: _____ Data: ___/___/___

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: _____ 1º Assistente: _____

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ___:___ Término ___:___

Diagnóstico Pós-Operatório	CID

Procedimentos Cirúrgicos	Código

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, ___/___/___

Médico/CRM: _____

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HRETSUL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

Observação:

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

CIRURGIÃO

ANESTESIA

INSTRUMENTADOR

DATA ... TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO ... FIM ... CIRURGIA: INICIO ... FIM

GRAU DE RISCO DA CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA I - ASA II - ASA III - ASA IV - ASA V - ASA VI

OPÇÃO DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA - CONTAMINADA - INFECTADA - POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.			MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA				JELCO Nº14		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAINA ISOBÁRICA				JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAINA PESADA				JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DIPROPERIDOL				KIT ANST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE CATGUT Nº	
FENTANILA		ANTI DEFERVESCENTE		LÂMINA BISTURI Nº20		FIO POLIGLECTIN Nº	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLECTIN Nº	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLECTIN Nº	
MIDAZOLAM		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENCERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
BUPIVACAINA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº6,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CADARÇO	
MYDFLAM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MICROPORE		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFUSADOR DE SORO		CURATIVO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SLAP Nº14		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		TOALETA		FIO DE KIRSCHNNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
DOPAMINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELÉIA		ELÉTRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR	
TENONICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES		FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº		( ) CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº		( ) DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14				( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16				( ) FOCO CENTRAL	
						( ) MICROSCÓPIO	
						( ) ONIMETRO DE PULSO	
						( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
						( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
						( ) SERRA	
						CIRCULANTE	

FNOLASPTR 021-2

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 15/06/18 PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Maria Nazaré de L. Barbosa SEXO: F COR: IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL / PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

ESTADO FÍSICO (ASA)

PRÉ-ANESTÉSICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA Tumorectomia de parede interna

CIRURGIÃO : Cirlac AUXILIARES : Regina

INÍCIO DA ANESTESIA 09:15 TÉRMINO DA ANESTESIA 09:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA 15'

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R$

ANESTESISTA : Raimundo CPF : 045.042.654-49 CRM-PB : 1627

ANESTESISTA	09:15 09:30				
O N					
CIRURGIA INHOSE					
PULSO / PRESSÃO ARTERIAL	220 200 180 160 140 120 100 80				
TEMP. RETAL	40 39 38 37				

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ PLEXO ☐ BLOQ NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA Geral

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

SUCÇÃO	1	Fentanil 100mcg ev	11
MAL	2	Diprofol 3 + 3ml - Bomba	12
SANGUE	3		13
DRENOS	4		14
FETAL	5		15
DESTINO DO PACIENTE	6		16
☐ APA ☐ ENFERMARIA	7		17
	8		18
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	9		19
☐ OUTROS	10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F (NG) ASCIR.026-1

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Data: ___/___/___

Paciente: [illegible]

Prontuário: [illegible]

Data: [illegible]

Reposição: _____

Caixa Prouta: _____

Médico: [illegible]

Hospital: [illegible]

Mapa: [illegible]

DISPENSAÇÃO OPME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
[illegible]	[illegible]	1		

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Addison de Carvalho
Addison de Carvalho
COREN-PB 405250

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

Luci Cristina da Silva
TÉCNICA EM ENFERMAGEM
COREN

FIRULAPC.016-2

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Nota de Sala Cirúrgica

Nº 7861

NOME DO PACIENTE [illegible]

IDADE 23 SEXO [illegible] PRONTUÁRIO ENFERMARIA LEITO

CIRURGIA [illegible]

CIRURGIÃO DR [illegible] AUX. [illegible]

ANESTESIA

ANESTESISTA DR [illegible]

INSTRUMENTADOR

DATA [illegible] TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO [illegible] FIM CIRURGIA: INÍCIO [illegible] FIM [illegible]

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS)

ASA I ( ) ASA II ( ) ASA III ( ) ASA IV ( )

GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.			MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA				JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAINA ISOBÁRICA				JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAINA PESADA				JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
MIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	2X	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
MOBUPIVACAINA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAINA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTERIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL Nº7,5	1	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X09	1	LUVA ESTERIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12	1	LUVA ESTERIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº15		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTITAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	1	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº 4,5	1
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT FAMILIA	
DIPIRONA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
NITROPRUSSIA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELÉIA		ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	1	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	1	FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES		FIO ALGODÃO S/A Nº		(X) CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº		( ) CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº		( ) DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14				( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº15				( ) FOCO CENTRAL	
						( ) MICROSCÓPIO	
						( ) OXÍMETRO DE PULSO	
						( ) PRESSÃO ARTERIAL NÃO INVASIVA	
						( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
						( ) [illegible]	
						CIRCULANTE [illegible]	

FORM ASCIR 301-2

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA BE/PRONTUÁRIO 1059910
IDADE: 23 SEXO: ☐ MASC ☒ FEM COR: DATA: 2/2/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: REDUÇÃO INCRUENTA DO QUADRIL D + TRAÇÃO TRANSESQUELTICA DE FEMUR DIR

CIRURGIÃO: DR CARLOS 1º ASS: MR1 PEDRO ROMAO
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIMEDULAR HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DE QUADRIL DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
REDUÇÃO INCRUENTA DE QUADRIL DIREITO	
TRAÇAO TRANSEQUELETICA DE FEMUR DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NAO
DESCRIÇÃO:
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NAO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
X ENFERMARIA ___ TERAPIA INTENSIVA
___ RESIDÊNCIA ___ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: 2/2/2018

Anexo II

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE — 2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE — 4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) — 8 - DATA DE NASCIMENTO / / — 9 - SEXO Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL — 11 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA — 14 - CÓD. IBGE. MUNICÍPIO — 15 - UF — 16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

[ ] MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR — 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA — 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL — 23 - CID 10 PRINCIPAL — 24 - CID 10 SECUNDÁRIO — 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

[ ] SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL — 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

[ ] DIÁRIA DE ACOMPANHANTE [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO I [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO II [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE — 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /

41 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF — 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE — 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR — 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

47 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF — 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE — 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

Incisão:
SEM INCISAO

Achados:
LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DE QUADRIL DIREITO

Conduta:
REDUÇÃO INCRUENTA DE QUADRIL DIREITO
VERIFICADA ESTABILIDADE DA ARTICULAÇÃO ATRAVÉS DE MOVIMENTAÇÃO PASSIVA
PASSAGEM DE FIO DESTEIMEN 4.5 EM FEMUR DIREITO
CCGG SSVV
CURATIVOS ESTÉREIS

Fechamento:

Observação:
RAIO-X CONTROLE

João Pessoa, **2/2/2018**

Médico/CRM:

NOME
YARA MOARA DE OLIVEIRA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2534014 / SSP/ PB

CPF
109.380.274-71

DATA NASCIMENTO
08/12/1994

FILIAÇÃO
JOSE ERIBERTO NOGUEIRA BARBOSA
ROSILDA ANDRADE DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA

Nº SEGURANÇA
[illegible]

VÁLIDA
[illegible]

1ª HABILITAÇÃO
17/03/2017

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
14688441450

PROIBIDO PLASTIFICAR
14688441450

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

EMISSÃO
20/03/2017

18006273610
20033423504

PARAÍBA

Jan / 2020 22/01/2020 20/02/2020

Data Leitura Data Leitura

Demonstrativo

Documentação recebida na agência dos Correios, por favor pendenciar.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA PARA FINS DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DE CUSTAS e DEMAIS DESPESAS PROCESSUAIS

Declaro, sob as penas da lei, que eu, **Yara Monara De Oliveira Barbosa**, brasileira, solteira, atendente de telemarketing, RG nº. 3539047 SSDS/PB, com CPF nº. 109.580.274-71, residente e domiciliada na Rua Emmanuel Lisboa de Lucena, S/N, Mangabeira, João Pessoa - PB, CEP: 58. 057-020, não tenho condições de arcar com as custas processuais e demais despesas da Ação judicial, sem prejuízo do sustento próprio e de meus familiares, enquadrando-se nos termos do **art. 98 "*caput*" do CPC/2015 e demais dispositivos legais pertinentes**, e, portanto, fazemos *jus* aos benefícios da assistência judiciária gratuita.

JOÃO PESSOA, 03 DE FEVEREIRO DE 2020.

Yara Monara de Oliveira Barbosa

Yara Monara De Oliveira Barbosa

Seguro
DPVAT
O Seguro do Acidente de Trânsito

SEDEX
9912280636/2016 – SE/RJ
Seguradora Líder-DPVAT
Correios

Correios | SEDEX
PESO (kg) | ☐ AR ☐ MP
Recebedor
Assinatura | Documento
OD 57620786 5 BR

30/11

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / *Recipient*	Seguradora Lider do Consócio do Seguro DPVAT S.A Rua: Assembleia, 100 24°- Centro 2001-904 Rio de Janeiro/RJ	TELEFONE / *Phone Number*	
ENDEREÇO / *Address*			
CEP *Zip* ☐☐☐☐☐ – ☐☐☐	CIDADE *City*	UF / *State*	PAÍS / *Country*

ATENDIMENTO

Correios

Seguro
DPVAT
O Seguro do Acidente de Trânsito

SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

PEDIDO DE SEGURO DPVAT
site: www.seguradoralider.com.br
Central de Atendimento:
4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.
0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.
SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

dpvat_oficial | DPVATofficial | DPVATofficial | seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENT

Correio

REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number
YARA LIONARA DE OLIVEIRA BARBOSA	83 99884 6356

ENDEREÇO / Address
RUA EMANUEL LISBOA DE LUCENA - Nº 519 B

CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAIS / Country
58057-070	JOÃO PESSOA	PB	BR

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

DEVOLUÇÃO (Return) (Cn
- ☐ MUDOU-SE (Moved)
- ☐ FALECIDO (Deceased)
- ☐ RECUSADO (Refused)
- ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)
- ☐ DESCONHECIDO (Unknown)
- ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDI (Non-existing Number)
- ☐ NÃO PROCURADO (Unclaimed)
- ☐ OUTROS (Other)
- ☐ AUSENTE (Absent)

TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)
1ª __/__/__ às __ 2ª __/__/__ às __ 3ª __/__/__

☐ Informação prestada pelo porteiro ou sínd (Information provided for doorman or condo manager)
☐ Reintegrado ao serviço postal em __/__/ (Reinstated to service post)

Data __/__/__ Responsável

05/20

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30301912 - AC MANGABEIRA
JOAO PESSOA - PB
CNPJ....: 34028316820410 Ins Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 402385915
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao..: 62267655

Movimento..: 26/11/2020 Hora.....: 14:28:49
Caixa.....: 98752211 Matricula..: 81309791
Lancamento.: 046 Atendimento: 00032
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1923458930

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R$)
SEGURO OPVAT STER	1	25.09+
Valor do Porte(R$)..:	25.09	
POSTAL RESPOSTA OPV	1	31.16+
Valor do Porte(R$)..:	31.16	
Cep Destino: 21021-020 (RJ)		
Peso real (G).....:	168	
Peso Tarifado:.....:	0.168	

Protocolo STER :20120003852728

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Identificação do sinistro:
ASL-0339761/20
Vitima:
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA
CPF:
109.580.274-71
CPF de:
Proprio
Titular do CPF:
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA
Data do acidente:
01/02/2018

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro:
Lista de documentos de sinistro:
-Outros
-Boletim de ocorrência
-Documentação médico-hospitalar
-Documentos de identificação
-Certidão de nascimento
-Comprovação de Registro de Acidente Declarado
-Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
-Declaração do Proprietário do Veículo
-Laudo do IML - Lesões corporais

Envolvidos:
Lista de documentos de Envolvidos:
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA - Formulário de P
edido do Seguro DPVAT
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA - 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.seguradoralider.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R$ 13.500,00. Metade desse valor é paga ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.
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.

VIA CORREIOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Identificação do sinistro:
ASL-0339761/20
Vítima:
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA
CPF:
109.580.274-71
CPF de:
Proprio
Titular do CPF:
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA
Data do acidente:
01/02/2018

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro:
Lista de documentos de sinistro:
-Outros
-Boletim de ocorrência
-Documentação médico-hospitalar
-Documentos de identificação
-Certidão de nascimento
-Comprovação de Registro de Acidente Declarado
-Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
-Declaração do Proprietário do Veiculo
-Laudo do IML - Lesões corporais

Envolvidos:
Lista de documentos de Envolvidos:
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA - Formulário de P
edido do Seguro DPVAT
YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA - Comprovante de
residência

...zo 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.seguradoralider.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

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.

TOTAL DO ATENDIMENTO(R$) 56,25

Valor Declarado não solicitado(R$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheco a prestação do(s) servico(s) acima descrito(s). Os valores constantes neste comprovante serao pagos, por meio de fatura, pelo responsavel do contrato e poderao sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais

Nome: VERA M. O. BARBOSA RG: 3539047

Ass. Usuário.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

O acompanhamento desses objetos poderá ser realizados pelos remetentes e destinatários por meio do Portal dos Correios https://www.correios.com.br/ ou pelo aplicativo de rastreasento

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios

Tenha sempre em mãos o número do ID Tíquete deste comprovante, para eventual contato com os Correios.

VIA-AGENCIA SARA B.2.03

ATENÇÃO

JOSE MARIO PORTO & MAIA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO *AD JUDICIA ET EXTRA*

OUTORGANTE: **Yara Monara De Oliveira Barbosa**, brasileira, solteira, atendente de telemarketing, RG nº. 3539047 SSDS/PB, com CPF nº. 109.580.274-71, residente e domiciliada na Rua Emmanuel Lisboa de Lucena, S/N, Mangabeira, João Pessoa – PB, CEP: 58. 057-020.

OUTORGADOS: **Sérgio Nicola Macêdo Porto**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB deste Estado sob os nº. 13.250, todos integrantes do escritório JOSÉ MÁRIO PORTO & MAIA ADVOGADOS ASSOCIADOS com endereço profissional na Av. Duarte da Silveira, 516, Centro, CEP 58.013-260, João Pessoa - PB.

PODERES: Poderes da cláusula **ad judicia**, expressos e especiais, com a finalidade especifica de ajuizar em nome da outorgante toda e qualquer ação judicial defendendo os interesses do outorgante podendo confessar, transigir, desistir, recorrer para qualquer Instância ou Tribunal, requerer junto às repartições federais, estaduais e municipais da Administração direta ou indireta, suscitar incidente de falsidade, impetrar mandado de segurança, bem como receber e dar quitação, renunciar o direito sobre o qual se funda a ação, fazer acordos, firmar compromisso, substabelecer, agindo em conjunto ou separadamente, com ou sem reserva de poderes, tudo para o fiel desempenho do presente mandado, ratificando-se, inclusive, todos os atos já praticados.

João Pessoa, 03 de fevereiro de 2020.

Yara Monara De Oliveira Barbosa

Yara Monara De Oliveira Barbosa

Av. Duarte da Silveira, 516 Centro – João Pessoa/PB – CEP 58013-280 - Tel.: (83) 3221-4088 – Fax.: (83) 3241-2221
www.portoemaia.adv.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339761/20

Vítima: YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA **Data do acidente:** 01/02/2018

CPF: 109.580.274-71 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

YARA MONARA DE OLIVEIRA BARBOSA : 109.580.274-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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