

---

**Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210019199**

**Vítima: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA**

**Data do Acidente: 19/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MICHEL DE MOURA DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CHARLENE DOS SANTOS SOUZA**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **CHARLENE DOS SANTOS SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001635-7**

Conta: **0000065980-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 048.340.424-13 4 - Nome completo da vítima: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

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

5 - Nome completo: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA 6 - CPF: 048.340.424-13  
 7 - Profissão: \_\_\_\_\_ 8 - Endereço: RUA MANOEL ALVES DE OLIVEIRA 9 - Número: 58 10 - Complemento: CASA  
 11 - Bairro: TIBIRI 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-00  
 15 - E-mail: charlene.souza@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 03-988734828

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL  
 AGÊNCIA: 1635 7 CONTA: 65980 0  
(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 (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.

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 (vairasero)?  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 pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

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

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Charlene dos Santos Souza  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00340.01.2021.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00340.01.2021.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:15 horas do dia 08 de janeiro de 2021, 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 Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Charlene dos Santos Souza**, CPF nº 048.340.424-13, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Vendedora, filho(a) de Marlene Souza dos Santos e Severino Pontes de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/10/1983 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua. Manoel Alves, Nº 521, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Panificadora Bom Jesus, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98649-7106.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Assis Jatobreado, Em Frente a Padaria Bom Jesus, Santa Rita/PB, bairro Tibiri II; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/10/20 08:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO NO DIA 19/10/2020, POR VOLTA DAS 08H30MIN, VINHA NA GARUPA DA MOTO DE MARCA-HONDA/CH 160 START, DE COR-PRETA, ANO-2016/2016, DE PLACA-QFN5787/PB, CHASSI-9CK2500GR019037, DE PROPRIEDADE DA PESSOA, ANTONIO BELARMINO FERREIRA FILHO, CPF-450.975.344-68, QUANDO EM DADO MOMENTO, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, (MOTO X MOTO), QUE FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.TARCISIO BURITY, SENDO TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI DIAGNOSTICADA COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E, DE ACORDO COM O CID S 82.1, ONDE FOI CIRURGIADA, COM ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/11/2020, ASSINADA PELO DR. 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 presenté Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de janeiro de 2021.

  
GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA  
Agente de Investigação

  
CHARLENE DOS SANTOS SOUZA  
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 ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 048.340.424-13 4 - Nome completo da vítima: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

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

5 - Nome completo: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA 6 - CPF: 048.340.424-13  
7 - Profissão: \_\_\_\_\_ 8 - Endereço: RUA MANOEL ALVES DE OLIVEIRA 9 - Número: 58 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: TIBIRI 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-00  
15 - E-mail: charlene.souza@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 03-988734828

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 1635 7 CONTA: 65980 0  
(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 (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.

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 (vairasero)?  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 pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

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

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Charlene dos Santos Souza  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

08/02/2021

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

321001919901

**VALOR TOTAL:**

1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 01635

**CONTA:** 000000065980

---

---

**Número da Autenticação**

368F4F5691CECBC2

MARCONE BEZERRA LIRA  
 RUA MAA OEL ALVES DE OLIVEIRA, S/NY CASA B - TIERRI  
 SAZTA RITA / PB CEP: 58200000 (AG. 1)



CPF/CNPJ/RNAN: 048.340.424-12

UF: JO CONVENIÇÃO: BAMA TENSÃO / Subgrupo: B1  
 CUB: 88 REB: MTC B1 / Subgrupo: BAMA RENDIA  
 L: 14290 MONOFÁSICO  
 R: 14-9-98C-2-88 MP Medidor: 0220726680

**UNIDADE CONSUMIDORA (UC)**  
**5/1746245-8**

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017462455

<b>VALOR DA FATURA</b> <b>R\$ 69,25</b>	<b>VENCIMENTO</b> <b>29/10/2020</b>
<b>REFERÊNCIA</b> <b>Out / 2020</b>	<b>CONSUMO</b> <b>111kWh</b> 3,70 kWh MÉDIA C/USUÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CC	Descrição	Quant	Taxa ou Tributos	Valor Total (R\$)	Valor Base (R\$)	Cat. (R\$)	Alíq. (%)	Alíq. (%)	Alíq. (%)	Alíq. (%)	Alíq. (%)	Alíq. (%)	Alíq. (%)
001	Consumo em kWh-ER	30	0,227700	6,83	6,83	27	2,18	6,73	0,05	0,25			
001	Consumo 30 x 1000Wh-ER	70	0,424610	29,72	29,72	27	5,74	32,38	0,21	0,96			
001	Consumo 101 x 2000Wh-ER	11	0,600800	6,61	6,61	27	7,08	7,62	0,05	0,23			
009	Imposto			37,46	37,46	27	10,11	37,46	0,26	1,15			
007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS												
004	CONTRIB SERV LUM PLUBICA			3,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			
004	SERV DE MORA 09/2020			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			
006	MULTA 08/2020			0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			
008	Débito Subido			26,96	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			

CC: Código de Classificação do Item  
 Taxas e Tributos: AN 20kWh 0,19500 AN 100kWh 0,32070 AN 200kWh 0,48240

**RESERVADO AO FISCO** **5cc: a797.6055.770e.a5e6.53d0.8106.072a**

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo em kWh-ER	13,92	19,97
Consumo 30 x 1000Wh-ER	14,29	20,63
Consumo 101 x 2000Wh-ER	2,59	3,74
Imposto	37,46	53,64
CONTRIB SERV LUM PLUBICA	3,27	4,72
SERV DE MORA 09/2020	0,11	0,16
MULTA 08/2020	0,28	0,40
Débito Subido	26,96	38,89
<b>Total</b>	<b>69,25</b>	<b>100,00</b>

**PRÓXIMA LEITURA**  
**23/11/2020**

\*Fica anexo pela Medição

**INDICADORES DE QUALIDADE**

ÍNDICE	VALOR	LIMITE DE TENSÃO (V)
Índice de Qualidade de Energia (DQ)	5,21	ACORDADA
Índice de Qualidade de Tensão (DT)	3,32	CONTRATADA
Índice de Qualidade de Interrupção de Energia (DIE)	3,03	LIMITE SUPERIOR
Índice de Qualidade de Interrupção de Energia (DIE)	12,22	LIMITE SUPERIOR

**ATENÇÃO**

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 4.314, de 26 de abril de 2002.
- Este cliente, mantendo seu cadastro no sistema de distribuição do Distrito Federal.
- Procura o setor responsável pelo Bolsa Família e Cadastro Único de sua cidade para alinhar o seu uso de tarifa social de energia elétrica e não perder o desconto em sua conta, procure o Enefisa, e sua tarifa de energia pode ter desconto de até 65%.
- Para preservar sua saúde, a Enefisa está pronta para atender desde o conforto virtual. Atenda-se ao e-mail: 0800 301 38 8840.
- Sua unidade foi faturada como BAMA RENDIA, tendo um desconto de R\$35,85.

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - R. 220, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 50071-680  
 CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 18215.823-0

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta e pagamento a partir de 02/10/2020

**BANCO DO BRASIL** PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
 00190.00009 03268 826007 03080.742178 6 84230000006925

EMISSOR: MARCONE BEZERRA LIRA - CPF/CNPJ: 048.340.424-12  
 RUA MAA OEL ALVES DE OLIVEIRA, S/NY CASA B - TIERRI  
 SAZTA RITA / PB CEP: 58200000

Folha Nº	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
12159250000080742	001746245202010	29/10/2020	R\$ 69,25	

RECEBIMENTO: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - CNPJ: 09.095.183/0001-40  
 R. 220, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 50071-680  
 Agência / Código de benefício: 3004-52447-3





Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MICHEL DE MOURA SANTOS  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 022.632.494-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Charlene dos Santos Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.340.203-13  
do sinistro de DPVAT cobertura danos biomédicos da vítima CHARLENE DOS SANTOS SOUZA  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.340.424-19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua José Patrocinio Casimiro Moura</u>	Número: <u>510</u>	Complemento: <u>AV 402</u>
Bairro: <u>JARDIM CÍVIL VERDE</u>	Cidade: <u>José Patrocinio</u>	Estado: <u>PS</u>
E-mail: <u>lucilene.machado@guarant.com.br</u>		CEP: <u>58052-150</u>
		Tel.(DDD): <u>83 988734723</u>

Local e Data: José Patrocinio, 08 Janeiro 2021

Assinatura do Declarante



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE CHARLENE DOS SANTOS SOUZA  
DADOS DE NASCIMENTO 16/10/83  
NOME DA MÃE MARLENE SOUZA DOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.264.048  
Nº PRONTUARIO 125.482  
DATA DO ATENDIMENTO 19/10/2020  
HORA DO ATENDIMENTO 09:07  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E  
CID 10 S 82.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), encaminhada do Ortopedia, apresentando fratura do platô tibial E, além de dor em joelho D. Alega ser hipertensa e vem com imobilização no joelho E. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do joelho D - AP e P  
RX do joelho E - AP e P

### TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia E ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Thales Seabra e Dr. Everton Silveira da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 02/11/20  
DATA DE EMISSÃO: 30/12/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORTOPEDIA  
CRM 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA  
Governador do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1264048



Identificação do paciente

ID 1544131	Nome CHARLENE DOS SANTOS SOUZA		Sexo Feminino	
Data de nascimento 16/10/1983	Idade 37 anos 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARLENE SOUZA DOS SANTOS	Pai SEVERINO PONTES DE SOUZA		Responsável (Parentesco) CASSIO JONAS FERREIRA DE MOURA - ESPOSO(A)	
Escolaridade	DDD Celular 83		Celular 986497106	DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2863682	Nº Cns 709606675402172		
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICÍPIO		UF PB	
mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58300720	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro ANTÔNIO PEREIRA
Número 52 B	Complemento MANOEL ALVES DE OLIVEIRA	Bairro VILA TIBIRI	

Admissão

Data e Hora 19/10/2020 09:07:22	Número da pulseira 1000008748705	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Diagnóstico

*Paciente Proviniente do ortotrauma, consciente e orientada, regulada para a ortopedia com avaliação com relato de fratura platostibial*

Atendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA	<i>Maria Gonçalves</i> Coordenadora de Enfermagem	CID
		Tempo

Imprimir

*Documentos Anexados*



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

Nome	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ARLENE DOS SANTOS SOUZA	1264048	19/10/2020 09:07:22	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
10/1983	37a 3d	Feminino	(83) 986497106
Nome do Responsável	Bairro	Município	Prontuário
ARLENE SOUZA DOS SANTOS	VILA TIBIRI	SANTA RITA	
Endereço	Motivo	Profissional	UF
TÔNIO PEREIRA, 52 B - MANOEL ALVES DE OLIVEIRA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR	PB
Nome do Médico	Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional	12411/PB
Augusto X MOTO	19/10/2020 10:50:34		
Data/Hora Classificação			
10/2020 09:07:22			

**HISTÓRICO**

Ortopedia# Paciente vítima de trauma de moto, encaminhada do ortotrauma de mangabeira com fratura de platotibial, refere ser hipertensa, e esta com mobilização no joelho esquerdo, ainda tem dor no joelho direito, consegue movimentar, ef. taia mie joelho esquerdo com leve edema, abertura em val. com estresse rx evidenciando fratura de platotibial esq rx joelho direito sem sinais de fratura e luxação lesão lcn esq / lca? cd: interno para programaçã ruptica solicito tc de joelho esq imobilização com tala coxomaleolar

**EXAME**

ET /RE, VIA ORAL

**EDICAÇÃO**

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

ir

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

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

ir

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

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

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

**INDICADOS**

/O, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

RAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

CGG

ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES:: TROCA DE TALA DIARIA EM CASO DE FERIMENTO. OBRIGATORIO!!!)

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AXIAL - CORONAL - SAGITAL - 3D)

**EXAME LABORATORIAL**

HEMOGRAMA COMPLETO

URETININA

PROTEÍNE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

(ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

(ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

AM

HEMOGRAMA

Assinatura

Assinar Paciente

*Assinatura*  
19/10/2020 10:50:34

Item registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 19/10/2020 09:07:22

A handwritten signature in black ink is written over a faint, rectangular stamp. The signature is stylized and appears to be 'JOSINETE BARBOSA DA CUNHA'. The stamp is mostly illegible but seems to contain some text and possibly a date or time.



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Tel: 32165700 - CNES: 2393262



*Paraíba*  
**PARAIBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2393262

Paciente <b>CHARLENE DOS SANTOS SOUZA</b>	BAE 1264048	Data/Hora Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data Baixa
Data do nascimento 16/10/1983	Idade 37a 3d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 986497106
Mãe <b>MARLENE SOUZA DOS SANTOS</b>		CNS 709806675402172	Prontuário
Endereço <b>ANTÔNIO PEREIRA, 52 B - MANOEL ALVES DE OLIVEIRA</b>	Bairro <b>VILA TIBIRI</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FILIFE ALMEIDA BOTTER</b>	Nº Cons. Regional 10583/PB
Data/Hora Classificação 19/10/2020 09:07:22		Data/Hora Prescrição 19/10/2020 09:46:16	

## ANAMNESE

#ortopedia# Paciente vítima de trauma de moto, encaminhada do ortotrauma de mangabeira com fratura de platobial, refere ser hipertensa, e esta com imobilização no joelho esquerdo, ainda tem dor no joelho direito, consegue movimentar, e: tala mie joelho esquerdo com leve edema, abertura em valgo com estresse hd fratura de platobial esq lesão lom esq / lca? cc: rx dos joelhos, retro imobilização pra rx

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)  
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)  
PROCEDIMENTO

JOELHEIRA TALA, (OBSERVAÇÕES: RETIRAR PARA RX)

## CID10

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia

## Conduta

Em observação

Dr. Filipe Almeida Botter  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia Ombro e Cotovelo  
CRM 10583 / RBO-14193

Enfermeiro

FILIFE ALMEIDA BOTTER  
(CRM: 10583/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 19/10/2020 09:07:22



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 25000252

Nome do paciente <b>MARLENE DOS SANTOS SOUZA</b>	BAE <b>1264048</b>	Data/Hora Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/1983</b>	Idade <b>37a 3d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986497106</b>
Nome do responsável <b>MARLENE SOUZA DOS SANTOS</b>		CNS <b>709606675402172</b>	Prontuário
Endereço <b>ANTÔNIO PEREIRA, 52 B - MANOEL ALVES DE OLIVEIRA</b>	Bairro <b>VILA TIBIRI</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Evento <b>QTD X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA</b>	Nº Cons. Regional <b>9714/PB</b>
Classificação <b>19/10/2020 09:07:22</b>		Data/Hora Prescrição <b>19/10/2020 13:28:50</b>	

**DIAGNÓSTICO**

paciente com dores prescrevo tramadol

**INDICAÇÃO**

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2.0 ML VIA E.V. 3x/d, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF 0,9%)

**CONDIÇÃO**

Em observação

**Dr. André Cristiano C. Lima**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9714 / TEOT 15806

**ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA**  
(CRM: 9714/PB)

Enfermeiro

Prescrição registrada por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 19/10/2020 09:07:22



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Gerador: Humberto Lucena



*Sempre Unidos*  
**PARAÍBA**  
Governador: João Pessoa

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

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR  
Em: 02/11/2020 07:47:24

Nome <b>CHARLENE DOS SANTOS SOUZA</b>		Boletim de Atendimento <b>1264048</b>	Data/Hora Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>16/10/1983</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>709606675402172</b>	Prontuário <b>125482</b>
Tempo de Internação <b>13d 16h 54min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data Internação <b>19/10/2020 14:53:04</b>	Permanência na Unidade: <b>13d 22h 40min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 17h 7min</b>	

**EVOLUÇÃO MÉDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 02/11/2020 07:44:15)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#ORTOPEDIA

#3º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA POSTEROLATERAL COM PERDA ARTICULAR DO PLATO TIBIAL + FRATURA COMINUTIVA DA CABEÇA DA FIBULA E. REALIZADO ACESSO POSTEROLATERAL AO JOELHO ESQUERDO + RETIRADA DO ENXERTO DO ILIACO IPSILATERAL SEM INTERCORRENCIA, POR DR. THALES SEABRA.

CONDUTA: ALTA HOSPITALAR + ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST + MEDICAÇÕES VIA ORAL  
DR. NILVA LINHARES

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselho: 12411

**ALTA MÉDICA**

**ALTA MÉDICA**

USUÁRIO: **AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR**  
DATA E HORA: **02/11/2020 07:46:34**  
MOTIVO DA ALTA: **ALTA MEDICA**  
CONDUTA: **ALTA HOSPITALAR**

*Dr. Nilva Linhares*  
CRM: 50447-03/000856-01  
Ortopedia e Traumatologia



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



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Impresso por: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES  
Em: 27/10/2020 06:49:56

Nome <b>CHARLENE DOS SANTOS SOUZA</b>		Boletim de Atendimento <b>1264048</b>	Data/Hora Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>16/10/1983</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>709606675402172</b>	Prontuário <b>125482</b>
Tempo de Internação <b>7d 15h 56min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>NOTURNO</b>	
Data de Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data Internação <b>19/10/2020 14:53:04</b>	Permanência na Unidade <b>7d 21h 42min</b>	Permanência no Leito <b>2d 16h 43min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 27/10/2020 06:49:22)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

#FX DE PLATO TIBIAL ESQ - SCHATZKER III

#PRE-OP OK

#RISCO CIRÚRGICO GRAU I

PACIENTE EVOLUI EM EGR ESTAVEL SEM QUEIXAS

LÚCIDA E ORIENTADA

QUADRO ESTÁVEL

EXAMES LAB OK

OPME : PLACA EM L + CAIXA 4,5 MM

RISCO CIRURGICO: OK

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 018  
Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Número Conselho: 9456



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sumos todos  
**PARAIBA**  
Governo do Estado

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

Impresso por: SOAMY LIMA RAMALHO  
Em: 26/10/2020 07:21:35

Nome <b>CHARLENE DOS SANTOS SOUZA</b>		Boletim de Atendimento <b>1264048</b>	Data/Hora Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>16/10/1983</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>709606675402172</b>	Prontuario <b>125482</b>
Tempo de Internação: <b>6d 16h 28min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data Internação <b>19/10/2020 14:53:04</b>	Permanência na Unidade: <b>6d 22h 14min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 17h 15min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (SOAMY LIMA RAMALHO - 26/10/2020 07:21:30)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

#FX DE PLATO TIBIAL ESQ - SCHATZKER III

#PRE-OP OK

#RISCO CIRÚRGICO GRAU I

PACIENTE EVOLUI EM EGR ESTAVEL SEM QUEIXAS

LÚCIDA E ORIENTADA

QUADRO ESTÁVEL

EXAMES LAB OK

OPME : PLACA EM L + CAIXA 4,5 MM

RISCO CIRURGICO: OK

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO

DIAZEPAM 10 À NOITE (INSÔNIA)

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 018  
Profissional responsável pela informação: SOAMY LIMA RAMALHO

Número Conselho: 8598

Dr. Soamy Lima Ramalho  
Ortopedia Traumatologia  
CRM PB 8401 - RQE 14.170



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

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



Seamos todos  
**PARAIBA**  
Governo do Estado

Impresso por: FELIPE TAVARES SENA  
Em: 25/10/2020 09:17:33

Nome <b>CHARLENE DOS SANTOS SOUZA</b>		Boletim de Atendimento <b>1264048</b>	Data/Hora Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>16/10/1983</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>709606675402172</b>	Prontuário <b>125482</b>
Tempo de Internação <b>5d 18h 24min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data Internação <b>19/10/2020 14:53:04</b>	Permanência na Unidade: <b>6d 10min</b>	Permanência no Leito: <b>19h 11min</b>	

## EVOLUÇÃO MEDICA (FELIPE TAVARES SENA - 25/10/2020 09:17:26)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

#FX DE PLATO TIBIAL ESQ - SCHATZKER III

#PRE-OP OK

#RISCO CIRÚRGICO GRAU I

PACIENTE EVOLUI EM EGR ESTAVEL SEM QUEIXAS

LÚCIDA E ORIENTADA

QUADRO ESTÁVEL

EXAMES LAB OK

OPME : PLACA EM L + CAIXA 4,5 MM

RISCO CIRURGICO: OK

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO

DIAZEPAM 10 À NOITE (INSÔNIA)

Unidade: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO + 018

Profissional responsável pela informação: FELIPE TAVARES SENA

Número Conselho: 5349



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Secretaria Municipal de Saúde



*Paraíba*  
**PARAIBA**  
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031000  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: ANDRIER FARIAS DE ANDRADE  
Em: 24/10/2020 06:49:21

Nome <b>CHARLENE DOS SANTOS SOUZA</b>		Boletim de Atendimento <b>1264048</b>	Data/Hora Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>16/10/1983</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>709606675402172</b>	Prontuário <b>125482</b>
Tempo de Internação <b>4d 15h 56min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>NOTURNO</b>	
Data de Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data Internação <b>19/10/2020 14:53:04</b>	Permanência na Unidade <b>4d 21h 42min</b>	Permanência no Leito <b>4d 15h 56min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (ANDRIER FARIAS DE ANDRADE - 24/10/2020 06:49:16)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#ORTOPEDIA#

#FX DE PLATO TIBIAL ESQ - SCHATZKER III

#PRE-OP OK

#RISCO CIRÚRGICO GRAU I

PACIENTE EVOLUI EM EGR ESTAVEL SEM QUEIXAS

LÚCIDA E ORIENTADA

QUADRO ESTÁVEL

EXAMES LAB OK

OPME : PLACA EM L + CAIXA 4.5 MM

RISCO CIRURGICO: OK

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO

Seção: AREA AMARELA Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: ANDRIER FARIAS DE ANDRADE

Número Conselho: 5893

*Dr. Andrier Farias*  
Ortopedia  
CRM 5893



Nome: <b>MARLENE DOS SANTOS SOUZA</b>		Boleim de Atendimento: <b>1264048</b>	Data/Hora Entrada: <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data/Hora Saída:
Data de nascimento: <b>31/10/1983</b>	Idade: <b>37</b>	Sexo: <b>Feminino</b>	CNS: <b>709606675402172</b>	Prontuário: <b>125482</b>
Tipo de Internação: <b>117n 45min</b>		Convênio: <b>SUS</b>	Plantão: <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada: <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data Internação: <b>19/10/2020 14:53:04</b>	Permanência na Unidade: <b>1d 23h 31min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 17h 45min</b>	

**VOLUÇÃO MEDICA (FELIPE TAVARES SENA - 21/10/2020 08:37:06)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

DE PLATO TIBIAL ESQ

OLUI EM EGR ESTAVEL COM QUEIXAS ALGICAS LEVES

AMES LAB OK

OPME : PLACA EM L + CAIXA 4,5 MM

CD:

ORIENTAÇÕES

SOLICITO RISCO CIRÚRGICO

Seção: **AREA AMARELA** Leito: **LEITO - 003**  
Profissional responsável pela informação: **FELIPE TAVARES SENA**

Número Conselho: 5349

21/10/20 Serviço social

Documentação completa anexada ao prontuário.

**Santa**  
Mário Estival M. A. de Souza  
Assistente Social  
CRS 3399 78110



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, URB. O PESSOA - PB, 58031000  
Tel: 32165700 - CNES: 2593267

Impresso por: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES  
Em: 20/10/2020 06:23:41

Nome <b>CHARLENE DOS SANTOS SOUZA</b>	Boleim de Atendimento <b>1264048</b>	Data/Hora Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>16/10/1983</b>	Idade <b>37</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>709606675402172</b>
Tempo de Internação <b>15h 30min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>NOTURNO</b>	Prontuário <b>125482</b>
Data de Entrada <b>19/10/2020 09:07:22</b>	Data Internação <b>19/10/2020 14:53:04</b>	Permanência na Unidade: <b>21h 15min</b>	Permanência no Leito: <b>15h 30min</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 20/10/2020 06:23:38)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FX DE PLATO TIBIAL ESQ

EVOLUI EM EGR ESTAVEL COM QUEIXAS ALGICAS LEVES

EXAMES LAB OK

OPME : PLACA EM L + CAIXA 4,5 MM

CD: SOLICITO PROCEDIMENTO CIRURGICO

Seção: **AREA AMARELA** Leito: **LEITO - 003**

Profissional responsável pela informação: **MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES**

Número Conselho: **9456**



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL  
 ORTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número:                      Prontuário: 1264048  
 Paciente: Cherlene Dos Santos Souza Data: 30/10/2020  
 Procedimento: Met. Cir. de Fract. de Pto Tibial # deposição:                       
 SUS:  SUS ( )  
 Médico: Dr. Thales Scabrin Exento  não

Data:                       
 Caixa Pronta:                     

DISPENSÇÃO CME			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MARCA
<u>Premier</u>	<u>Caixa 3.5</u>		
	<u>Caixa Parafuso Camulada 3.5</u>	<u>01</u>	
	<u>Parafuso esponjoso nº 50</u>	<u>01</u>	
	<u>Parafuso camulada nº 48</u>	<u>01</u>	
	<u>1.1 1.1 nº 50</u>		

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MARCA
<u>Distribuidora</u>	<u>Fio de Kirschner nº 1.5 - usado como guia</u>	<u>06</u>	
	<u>Fio de Kirschner nº 1.0</u>	<u>02</u>	

Assinatura do Médico - CRM: Thales Scabrin  
 Assinatura Farmácia - COREN: Denise Cunha 70991  
 Assinatura Farmácia - Responsável: Gilene Cordeiro Alves  
 COREN: PA 148.180-7E



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - QUES

4 - QUES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
**Charmen Das Lemos Louza**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
**1264048**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO  
**M**

10 - RAÇA

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

### DADOS DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ATUAL

21 - COD. PROCEDIMENTO - ATUAL

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 OUTRAS ASSOCIAÇÕES

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMODANTE

DIÁRIA DE ACOMODANTE

DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO

DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO

DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QUES

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QUES

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QUES

### 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**Priorior-**

- 01 - Parafuso esponjoso nº 50
- 01 - Parafuso canulado nº 48
- 01 - Parafuso canulado nº 50

06 - Fios de Kirschner nº 1.5

02 - " " " " nº 1.5

usados como guia

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**Thales Souza**

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

**Thales F. Sedine**

**Carimbo + 12/11**

### AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

NOME: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA BE/PRONTUÁRIO 1264048  
 IDADE: 37 SEXO: FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: 30/10/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO: OSTEOSSINTESE FRATURA DA PLATO TIBIAL + NEUROLISE N. FIBULAR + ENXERTO ILIACO  
 #NOME?  
 CIRURGIÃO: THALES SEABRA 1º ASS: EVERTON  
 2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: ROBERTO  
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA COMPLEXA E COMINUTIVA POSTEROLATERAL DO PLATO TIBIAL ESQ	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO	
ENXERTO ILIACO ESQUERDO	
NEUROLISE DO NERVO FIBULAR	
OSTEOTOMIA TRANSFIBULAR ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

*Thales Seabra*

DATA: 30/10/2020

*Roberto*



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<b>ANTIBIOTICOPROFILAXIA NA INDUÇÃO ANESTESICA</b>
<b>POSICIONADO EM DEC LATERAL DIREITO</b>
<b>ASSEPSIA + ANTISSEPSIA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (MIE) ATE ABDOMEN INFERIOR</b>
<b>COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS</b>
Incisão:
<b>ACESSO POSTEROLATERAL CENTRADO NA CABEÇA DA FIBULA E LINHA ARTICULAR (LONGITUDINAL)</b>
<b>DISSECÇÃO POR PLANOS. HEMOSTASIA.</b>
<b>NEUROLISE EXTERNA DO NERVO FIBULAR</b>
Achados:
<b>VISUALIZADO FRATURA DA CABEÇA DA FIBULA COMINUTIVA. OPTADO POR OSTEOTOMIA</b>
<b>TRANSTIBIAL.</b>
<b>VISUALIZADO FRATURA COMINUTIVA DO PLATO POSTEROLATERAL ESQUERDO</b>
<b>REALIZADO ELEVAÇÃO DO AFUNDAMENTO. FIXAÇÃO COM FIOS KISCHNER 1.5</b>
Conduta:
<b>CONFIRMADO COM RADIOSCOPIA.</b>
<b>REALIZADO ACESSO SOBRE A CRISTA ILIACA ESQUERDA. DISSECÇÃO POR PLANOS. HEMOSTASIA.</b>
<b>RETIRADO ENXERTO TRICORTICAL + ESPONJOSO</b>
<b>LMC DO ACESSO AO ILIACO + REVISAO DA HEMOSTASIA. FECHAMENTO POR PLANOS.</b>
<b>COLOCADO ENXERTO NO AFUNDAMENTO DO PLATO LATERAL. FIXAÇÃO DE FRAGMENTO OSTEO-</b>
<b>CONDRAL PROVISORIAMENTE COM FIO K. FIXAÇÃO DA FRATURA COM PARAFUSOS</b>
Fechamento:
<b>CANULADOS 3.5. CONFIRMADO NA RADIOSCOPIA. REPARO DO MENISCO LATERAL.</b>
<b>REDUZIDO CABEÇA DA FIBULA. FIXAÇÃO COM PARAFUSO INTRAMEDULAR</b>
<b>RECONSTRUIDO LIGAMENTOS TIBIOFIBULAR PROXIMAL.</b>
<b>LMC COM SF. REVISAO DA HEMOSTASIA. FECHAMENTO POR PLANOS. CURATIVO</b>
Observação:
<b>UTILIZADO GARROTE POR 120 MINUTOS</b>
<b>REALIZADO PROTEÇÃO DO NERVO FIBULAR EM TODO O PROCEDIMENTO</b>
<b>TALA GESSADA INGUINOMALEOLAR</b>

Médico/CRM:

João Pessoa,

30/10/2020



NOME DO PACIENTE: **Charlene Dos Santos Souza**  
 IDADE: **37** ANOS  
 SEXO: **F**  
 CIRURGIA: **Trat. Cir. Frat. de Placa Tibial (E) + Enxerto Ósseo**  
 CIRCUNSCRIÇÃO: **Tibial Scapula**  
 ANESTESIA: **Raqui + Sedação**  
 ANESTESISTA: **Dr. Roberto Circolo Neto**  
 INSTRUMENTADOR: **Cida - Premier - Circulante - Grilene**  
 DATA: **30/10/20** HORA (CIRURGIA INÍCIO): **17:30** HORA (ANESTESIA INÍCIO): **17:30** HORA (FIM): **21:00**

(ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASS (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS))  
 ASA I (ASA 2) ASA 2 (ASA 3) ASA 4 (ASA 5)

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: (LIMPA) (CONTAMINADO) (INFECTADO) (POTENCIALMENTE CONTAMINADO)

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA	SFO 91.500 ml	JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BLPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BLPIVACAÍNA PESADA	SRL 500 ml	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETONIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	20 B
FENOBARBITAL	ALODOL ETILICO 10%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	3-0 B
FENTANILA	IMPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº20		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL	PVP I ENTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIOLACTINA Nº	1 U
FRASCO	PVP I TOPICO	LÂMINA DE DERNATOSIO		FIO POLIOLACTINA Nº	
TILPIVACAÍNA C VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENVERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
BLPIVACAÍNA S VASO	MATERIAIS	LUA DE PROCEDIMENTO PAR	00000	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C VASO	AGULHA 25X45	LUA ESTERIL Nº0	0000	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S VASO	AGULHA 25X27	LUA ESTERIL Nº5	0000	FIO POLIGLECERONE Nº	
INDAZOLAM	AGULHA 25X25	LUA ESTERIL Nº8	0000	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUA ESTERIL Nº8	0000	FITA CARDIACA	
NEBUUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRURGICA	0000	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANORÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	NEUTRALIAS		CATETER DE RIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI Nº230	SCALP Nº16		ELIP TITANIO LIGADURA	
RAMBENTANILA	AGULHA RAQUI Nº200	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	1.5 B
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº270	SERINGA 1ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	2.0 -
SEVOFLURANO	ALGODÃO CIRURGICO	SERINGA 2ML		FIO STEPMAN Nº	10 L
SCYAMETÔNIO	ATADURA DE CROTON	SERINGA 3ML		FIO STEPMAN Nº	
TIGRIDENTAL	ATADURA GOSSEADA	SERINGA 5ML		GRAPHEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA F. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA	CANULA F. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CÂTERETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
ÁLCOOL 70%	CATETER FIBROSC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
ÁGUA	CATETER URIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº18		FIXADOR EXTERNO	
ZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
MEFENÁMO	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
ÁGUA E SÓDIO	CERA PARA OSSE	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EPINEFRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FLORASEMIDA	COMPRESSAS CIRURGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRURGICAS	TORNEIRINHA		SABÃO-SOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENÇÃO Nº1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELADA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASÊNTRON	EQUIPO MACRODOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	1	PLACA	
PLÁSTIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE	EQUIPO MICRODOTAS				
PROTAMINA	ESPONJA DE PVP	FIOS	QTD.	EQUIPAMENTOS	
TRONICAN	ESPALADRAPO	FIO ALGODÃO S/A Nº		★ SPIRADOR	
PREMIER	OLZES	FIO ALGODÃO S/A Nº		★ DISTURBI ELÉTRICO	
Paula 3.5 Premier	ALZES ALGODADADA	FIO ALGODÃO C/A Nº		★ CAPNOGRAFO	
caixa parafuso	GEL ELETROLITICO	FIO ALGODÃO C/A Nº		★ CARDIOMONITOR	
canilado 3.5	JELCO Nº14			★ DESFIBRILADOR	
caixa parafuso canilado	JELCO Nº16			★ FOCO AULIAR	
caixa parafuso canilado				★ FOCO CENTRAL	
caixa parafuso canilado				★ MICROSCOPIO	
caixa parafuso canilado				★ OXÍMETRO DE PULSO	
caixa parafuso canilado				★ P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
caixa parafuso canilado				★ PERFURADOR ELÉTRICO	
caixa parafuso canilado				★ SERRA	
caixa parafuso canilado				★ CIRCULANTE	

usado como guia

Grilene Circolo Neto



# FICHA DE ANESTESIA



DATA: 30/10/20

PRONTUÁRIO: 262020

PACIENTE: Arvelene Dos Santos Souza SEXO: F COLETA: P IDADE: 37

PRESSÃO ARTERIAL: 100/70 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: 18 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 60 GRUPO SANGUÍNEO: B

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

EXAMES COMPLEMENTARES: URIN

AP. RESPIRATÓRIO: mv + S/A AP. CIRCULATÓRIO: mv + S/A

AP. DIGESTIVO: sem ESTADO MENTAL: claro DROGAS EM USO: sem

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE / HORA: sem ESTUDO DISCO (ASA): II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frotura Placa Tibial

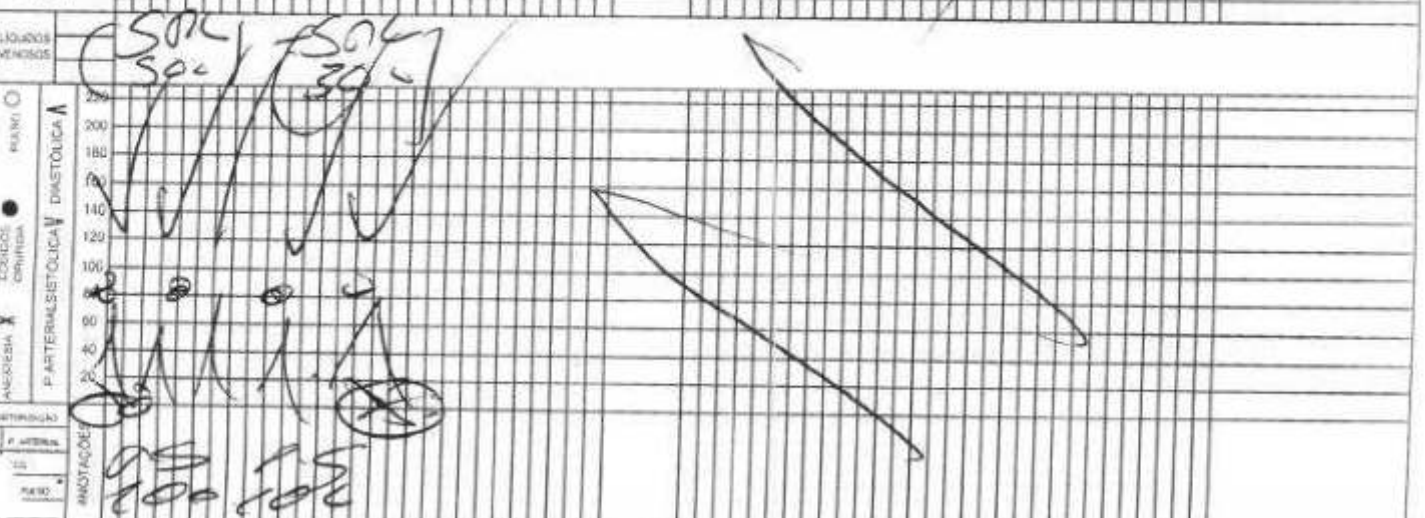
CIRURGIAS REALIZADAS: Dist. Cirúrgico de Frot. Placa Tibial

CIRURGIÃO: Roberto Ciralo AUXILIAR: Roberto Ciralo

INÍCIO DA ANESTESIA: 18:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 20:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: Dr. Roberto Ciralo Neto

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 95.389.222-9 VALORES R. Médico Anestesiologista: CRM-PB 10.718 / RQE 6405

ANESTESIA: Roberto Ciralo CRM-PB: 10.718 / RQE 6405



ANESTESIA GERAL  ENDOTRAQUEAL  EPIDURAL  BLOCO PLEXO  BLOCO NERVOS  OUTROS

TÉCNICA: Doguiquimética

USUÁRIO: Roberto Ciralo

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO		
1	<u>Alto 3</u>	11
2	<u>Fentanyl 50mcg</u>	12
3	<u>Propofol 1%</u>	13
4	<u>Propofol 1%</u>	14
5	<u>Propofol 1%</u>	15
6	<u>Propofol 1%</u>	16
7	<u>Propofol 1%</u>	17
8	<u>Propofol 1%</u>	18
9	<u>Propofol 1%</u>	19
10	<u>Propofol 1%</u>	20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

01) Doqui-quimica, sem pré-anestésico, com 27-14, cloroalco 25% de 10ml, 5 em 10ml, 10ml, 10ml, 10ml, 10ml, 10ml, 10ml, 10ml, 10ml.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Roberto Ciralo Neto  
 Médico Anestesiologista  
 CRM-PB 10.718 / RQE 6405



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

QUARTO  
SERIAL  
2.863.682 -2 VIA  
DATA DE  
EXPIRAÇÃO  
23/12/2014

NOME  
CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

FILIAÇÃO  
SEVERINO PONTES DE SOUZA  
MARLENE SOUZA DOS SANTOS

NATURALIDADE  
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO  
16/10/1983

CCO: 07005M

CAS. C/ AVERB N. 4534 P. 034 L. B. 016  
CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA/PB

048.340.424-13

LEI Nº 7.116 DE 2008 (Art. 1º)

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

V-02  
P-005




DETTRAN - PB Nº 015456298272  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VA 20190000508437-0  
CDD. RELEV. 0  
CDD. RELEV. 0  
I 0109211584-3 00/00000000 2019

ANTONIO BELARMINO FERRIRA FILHO

PLACA 45097534468  
PLACA QFN5187/PB  
NOVO PB 9C2KC2500GR019037

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC  
GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 160 ST-163  
ANO FAB 2016

CAP / POT / CL 2 B/162 / CI  
CATEGORIA PARTIC

DATA ÚNICA 00/00/0000  
VEIC. DATA ÚNICA  
VEIC. COTAS

FAIXA LTVAV 0  
PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIÁRIO (R\$) \*\*\*\*\*  
R\$ (R\$) \*\*\*\*\*  
PREMIO TARIÁRIO (R\$) \*\*\*\*\*  
R\$ (R\$) \*\*\*\*\*

SEM RESERVA DE DOMINIO  
SEM RESERVA

LOCAL JOAO PESSOA-PB

DATA 11/11/2019

39934



16331

SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS PESSOAS CASOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRES RE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTE ADMS OU MAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015456298272 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/11/2019  
VAL. 1 45097534468  
CDD. DPVAT QFN5187/PB

MARCA / MODELO HONDA / CG 160 ST-163  
ANO FAB 2016  
CATEGORIA PARTIC

PREMIO TARIÁRIO (R\$) \*\*\*\*\*  
R\$ (R\$) \*\*\*\*\*  
PREMIO TARIÁRIO (R\$) \*\*\*\*\*  
R\$ (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*  
R\$ (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*  
R\$ (R\$) \*\*\*\*\*

SEGURO DPVAT

39934-1002306-20191111





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210019199

**Cidade:** Santa Rita

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

**Data do acidente:** 19/10/2020

**Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 02/02/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.17  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210019199 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CHARLENE DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 19/10/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 02/02/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.17  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA**, brasileira, divorciada, portadora da cédula de identidade nº 2.863.682, 2º via SSP/PB, inscrita no CPF sob o nº 048.340.424-13, residente e domiciliada na Rua Manoel Alves de Oliveira, S/N casa B Tibiri Santa Rita/PB Cep 58300-000.

**OUTORGADO: MICHEL DE MOURA DANTAS**, OAB/PB 21938, com escritório no Parque Sólton de Lucena, 685, 1º andar, Centro, João Pessoa, CEP 58013-131, João Pessoa/PB, onde recebe intimações, fones: 83 3023-0087.

**PODERES:** A quem confere amplos e ilimitados poderes, para oforo em geral, com cláusula "ad judicium", em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendendo nas contrárias, seguindo umas e outras, até a decisão final, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda, substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, COM PODERES PARA DEFENDER O OUTORGANTE em todo e qualquer juiz ou tribunal, dando tudo por bem firme e valioso.

João Pessoa, 12 de novembro de 2020.

Charlene dos Santos Souza  
CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** CHARLENE DOS SANTOS SOUZA, portadora da cédula de RG 2.863.682, SSP/PB e CPF 048.340.424-13, residente e domiciliada na Rua Manoel Alves de Oliveira, S/N - Casa B - Tibiri, Santa Rita/PB, CEP 58300-000.

**OUTORGADOS:** MICHEL DE MOURA DANTAS, OAB/PB 21938, NIVALDO MOURA ALVES DE LIMA, OAB/PB 11607 e MATEUS VAGNER DE MOURA, OAB/PB 11605, com escritório na Rua Irineu Joffily, 254 A-Centro, João Pessoa, CEP 58011-110, João Pessoa/PB, onde recebe intimações, fones: 83 3023-0087.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante HOSPITAIS a fim de requerer e receber Laudos e Prontuários médicos, a DELEGACIAS ESPECIALIZADAS EM ACIDENTES DE TRÂNSITOS a fim de requerer e receber Boletins de Ocorrências, ao INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL a fim de requerer e receber toda documentação inerente a concessão dos seguros DPVAT, a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima.

João Pessoa, 08 de janeiro de 2021.

Charlene dos Santos Souza  
CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017545/21

**Vítima:** CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

**CPF:** 048.340.424-13

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 19/10/2020

**Titular do CPF:** CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MICHEL DE MOURA DANTAS : 022.632.494-00

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

### CHARLENE DOS SANTOS SOUZA : 048.340.424-13

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/01/2021  
Nome: MICHEL DE MOURA DANTAS  
CPF: 022.632.494-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2021  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MICHEL DE MOURA DANTAS

MARCELA DO CARMO DE LIMA