



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.108.948 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	29/10/2018
NOME NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA			
FILIAÇÃO ANTONIO FELIX DA COSTA NEIDE DO NASCIMENTO FERREIRA			
NATURALIDADE SÃO PAULO-SP		DATA DE NASCIMENTO 21/08/1998	
DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº164.996 - L.V.A.257 - FLS.054 - CARTORIO 2º SUB. SÃO PAULO SP			
CPF 078.950.914-84			

Assinatura: [Assinatura]

LEI Nº 7512 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPT. TÓXICO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236

Nayara F. Felix da Costa

CARTeira DE IDENTIDADE




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.108.946 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 29/10/2018

NOME
NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

FILIAÇÃO
ANTONIO FELIX DA COSTA
NEIDE DO NASCIMENTO FERREIRA

NATURALIDADE SÃO PAULO-SP DATA DE NASCIMENTO 21/08/1998

DOC. ORDEM
CERT. NASC. Nº154.996 - LIV.A-257 - FLS.054 - CARTORIO
2ª SUB. SÃO PAULO SP

CPF
078.950.914-84

Julio Pessoa - PE

LEI Nº 7.111 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

~~_____~~

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013136479385

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVALT 2017000069544 EXERCÍCIO

0027434273-1

00/000000000

2017

NOME

JOZELIA TEIXEIRA DE VASCONCELOS

CPF/CNPJ

02060613400

PLACA

NOI6356/PB

PLACA ANT/UF

NOVO

PB

CHASSI

93YRSR7RNB1654669

ESPÉCIE TIPO

PAS/AUTOMÓVEL/

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

RENAULT/SANDERO EXP1016V

ANO FAB

2010

ANO MOD

2011

CAP/POT/CIL

5 P/77 /CV

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

AZUL

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC/COTAS

IPVA

IPVA PAGO EM

00/00/0000

1º

2º

3º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

PAGO

DATA DE PAGAMENTO

06/03/2017

OBSERVAÇÕES

A.F BV FINANCEIRA S.A.

COMP. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21.FEV. 2019

NÃO VALIDO PARA PROTOCOLO

LOCAL

JOÃO PESSOA

DATA

14/03/2017

15245

17168

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013136479385

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD. RENAVAM RT 2017000069544 EXERCICIO
0027434272-1 00/000000000 2017

NOME

JOZELIA TEIXEIRA DE VASCONCELOS

CPF/GNPJ

02060613400

PLACA

NOI6356/PB

PLACA ANT/UF

NOVO

PB

CHASSI

93VRSR7RHPJ654669

ESPECIE TIPO

PAS/AUTOMOVEL

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

RENAULT/SANDERO EXP1016V

ANO FAB.

2010

ANO MOD.

2011

CAP/POT/CIL

5 P/77 /CV

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

AZUL

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

IPVA

IPVA PAGO EM

00/00/0000

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

0

VENC/COTAS
COMPREV

1º COMPREV PREVIDENCIA

2º 16 MAIO 2019

3º PROTOCOLC

AG. JOAO PESSOA

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

P A G O

DATA DE PAGAMENTO

06/03/2017

OBSERVAÇÕES

A.F. BV FINANCEIRA S.A.

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

ACORDADO PARA

PROTOCOLC

AG. JOAO PESSOA

JOAO PESSOA

LOCAL

DATA

14/03/2017

15745

17108

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190327697 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA / OSTEOSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 12, 15 E 18

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 26/04/2019, EMITIDO PELO DR. ALISSON F. F. VIEIRA, CRM No. 6913.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190327697 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA / OSTEOSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 26/04/2019, EMITIDO PELO DR. ALISSON F. F. VIEIRA, CRM No. 6913.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190163573 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.
DATA DO ACIDENTE: 08/12/2018.
VITIMA EM TRATAMENTO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190163573 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.
DATA DO ACIDENTE: 08/12/2018.
VITIMA EM TRATAMENTO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064767/19

Vítima: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

CPF: 078.950.914-84

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: NAYARA FERREIRA FELIX
DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA : 078.950.914-84

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2019
Nome: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA
CPF: 078.950.914-84

NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0164755/19

Vítima: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

CPF: 078.950.914-84

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA : 078.950.914-84

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/05/2019
Nome: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA
CPF: 078.950.914-84

NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190163573

Vítima: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190163573

Vítima: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	07895091484	Nayara Ferreira Félix da Costa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
Nayara Ferreira Félix da Costa	07895091484		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Estudante	Arismaraldo F. de Andrade	175	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fres de Mauro	João Pessoa	PB	58025-030
E-mail:	Tel (DDD):		
	83 998418296		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1729 ☐ CONTA: 1000226 ☐ 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 21 de fevereiro de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Nayara F. Félix da Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

Assinatura _____

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

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



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Gerência Executiva de Polícia Civil
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

CERTIDÃO 223/2019



CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 223/2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos vinte dias do mês de fevereiro, do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, compareceu o Sr. **Nayara Ferreira Felix da Costa**, brasileiro, solteira, natural de São Paulo/SP, nascido aos 21/08/1998, filha de Antonio Felix da Costa e de Neide do Nascimento Ferreira, portadora da cédula de identidade nº 4 108 946 Seds.PB, CPF nº 078 950.914 - 84, residente (no) rua Professor Irácio Serrano de Andrade nº 175, conjunto 13 de maio, nesta capital, e notificou que, na manhã do dia 08 de dezembro do ano próximo passado, por volta das 11:00 horas aproximadamente, quando conduzia o veículo Sandeiro de placas NQI = 6356/PB, ano 2010, chassi nº 93YBSR7RHB1654669, cadastrada em nome de **Jozelia Teixeira de Vasconcelos**, pela PB 008, sentido Jacuman, distrito do Conde/PB e, após uma curva sinuosa à direita ali existente, quando tentou livrar um cachorro que atravessava a estrada, perdeu o Controle, vindo a capotar para o lado esquerdo da rodagem, consequentemente, a Notificante e as ocupantes do veículo, as Sras. **Lidiane Santos da Silva** e **Beatriz Santos Balbino**, sofreram ferimentos com características grave e assim, foram socorridas às pressas para o Hospital de Emergência e Trauma, Senador Humberto Lucena, conforme Laudos Médico apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 20 de fevereiro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Nayara F. Felix da Costa





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Gerência Executiva de Polícia Civil
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

C E R T I D ã O
223/2019

CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº **223/2019**, na mesma continha o seguinte teor: Aos vinte dias do mês de fevereiro, do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, compareceu o Sr. **Nayara Ferreira Felix da Costa**, brasileiro, solteira, natural de São Paulo/SP, nascido aos 21/08/1998, filha de Antonio Felix da Costa e de Neide do Nascimento Ferreira, portadora da cédula de identidade nº 4 108 946 Seds.PB, CPF nº 078 950.914 - 84, residente (no) rua Professor Irácio Serrano de Andrade nº 175, conjunto 13 de maio, nesta capital, e notificou que, na manhã do dia 08 de dezembro do ano próximo passado, por volta das 11:00 horas aproximadamente, quando conduzia o veículo Sandeiro de placas NQI = 6356/PB, ano 2010, chassi nº 93YBSR7RHBJ654669, cadastrada em nome de **Jozelia Teixeira de Vasconcelos**, pela PB 008, sentido Jacuman, distrito do Conde/PB e, após uma curva sinuosa à direita ali existente, quando tentou livrar um cachorro que atravessava a estrada, perdeu o Controle, vindo a capotar para o lado esquerdo da rodagem, conseqüentemente, a Notificante e as ocupantes do veículo, as Sras. **Lidiane Santos da Silva e Beatriz Santos Balbino**, sofreram ferimentos com características grave e assim, foram socorridas às pressas para o Hospital de Emergência e Trauma, Senador Humberto Lucena, conforme Laudos Médico apresentado. O referido é verdade, dou **ê**

João Pessoa (PB), 20 de fevereiro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.

Nayara F. Felix da Costa



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	07895091484	Nayara Ferreira Félix da Costa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
Nayara Ferreira Félix da Costa	07895091484		
Profissão:	Número:	Complemento:	
Estudante	175	Corso	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fres de Mauro	João Pessoa	PB	58025-030
E-mail:	Tel (DDD):		
	83 998418296		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1729 ☐ CONTA: 4000226 ☐ 5

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

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <u>João Pessoa, 21 de fevereiro</u>	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
	Nome: _____	
	CPF: _____	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		PROTOCOLADO 21.02.2019 JOÃO PESSOA
<u>Nayara F. Félix da Costa</u>		
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

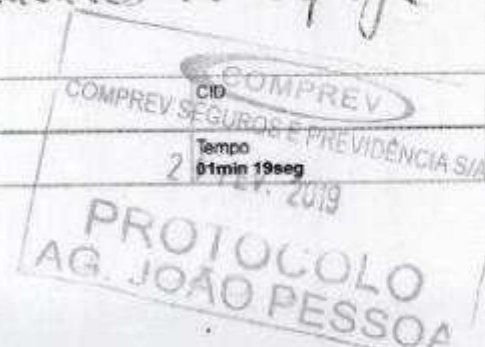
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1127958



Identificação do paciente				
ID 1353511	Nome NAYARA FELIX	Sexo Feminino		
Data de nascimento 21/08/1998	Idade 20 anos 3 meses 17 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe NEIDE DO NASCIMENTO FERREIRA	Pai WELLINGTON ARAUJO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) WELLINGTON - PAI			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 999639220	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CPF	Número documento 07895091484	Nº Cns		
Local de procedência PB 008	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58025130	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PROFESSOR INACIO SERRANO DE ANDRADE	
Número 175	Complemento	Bairro TREZE DE MAIO		
Admissão				
Data e Hora 08/12/2018 12:26:10	Número da pulseira 100006925627	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 140 x 80 mmHg	Pulso 87	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Paciente ECR, vítima de capotamento, suspeita de fratura MCII, ferimentos nos membros da região de plantas.				
Diagnóstico				
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA				

Imprimir



BANCO BRADESCO 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: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	27/05/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	319032769701
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01729

CONTA: 000001000226

Número da Autenticação

BANCO BRADESCO 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: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	27/05/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	319032769701
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

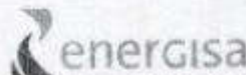
BANCO: 237

AGÊNCIA: 01729

CONTA: 000001000226

Número da Autenticação

NEWMANN DO NASCIMENTO FERREIRA BRAUJO
RUA ARIOSVALDO F DE ANDRADE, 175 - TREZE DE MAIO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58025-000 (A.G. 1)
Emissão: 04/02/2019 Referência: Fev / 2019
Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B120, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
Roteiro: 2 - 1 - 77 - 5190 Nº medidor: 0000783666



ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.085.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.928-9

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica Nº 019-567.161
Cód. para Des. Automático: 9002590300

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	04/02/2019	06/03/2019	604.444.094-01 Ins. Est.

Ud (Unidade Consumidora) 6/2698330-0

Canal de contato

Apresentamos os postes acessos durante o dia ou ruins escuros à noite. Informe à prefeitura da sua cidade, cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de toda sociedade.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
07/01/19	22939	04/02/19	34196	1	265	28				
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alq	Impo(R\$)	Base Calc Por(R\$)	Colno(R\$)		
				Tributos Totais(R\$) ICMS(%)		ICMS	Por Consumo(R\$) 0,000000 (4,6604%)			
0601	Consumo em kWh	265,000	0,847720	218,17	218,17	27	56,36	218,17	2,14	9,86
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			9,79	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 225,90 218,17 56,36 218,17 2,14 9,86

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
R\$ 225,90
11/02/2019
Histórico de Consumo (kWh)

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 335 322 303
Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

RESERVADO AO FISCO

5f24.0bf5.7995.e697.eda1.55be.6c43.6147.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	9,07	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,15	
DIC ANUAL	20,30	
FIC MENSAL	9,23	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,47	
FIC ANUAL	12,95	
DMC	2,86	0,00
DCSI	12,22	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia (PD)	51,74	22,92
Compra de Energia	73,78	32,86
Serviço de Transmissão	0,00	0,00
Encargos Setoriais	12,20	5,41
Impostos Diretos e Encargos	60,00	26,45
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	225,90	100,00

Valor E-SD (R\$) 12/2018 18167,11

ATENÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 FEV. 2019
JOAO PESSOA

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
R\$ 225,90
11/02/2019

Roteiro: 2 - 1 - 77 - 5190
Matrícula: 269833-2019-02-4
83070000002-6 25900149000-4 02698332019-8 02400001019-9





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA
DADOS DE NASCIMENTO 21/08/98
NOME DA MÃE NEIDE DO NASCIMENTO FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.127.958
Nº PRONTUÁRIO 112.751
DATA DO ATENDIMENTO 08/12/18
HORA DO ATENDIMENTO 12:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de automóvel (capotamento), trazida pelo SAMU, apresentando queixas de dor na bacia e perna E com deformidade do membro inferior E + escoriações, além de suspeita de fratura. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX do quadril E - AP e P
RX da coxa E e joelho E - AP e P
RX da perna E e pé E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Lauri Junior e Dr. Teófilo Vanomark no 1º tempo e pelo Dr. Alisson Vieira e Dr. Roberto Correia no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 15/12/18
DATA DA EMISSÃO: 31/01/19

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente NAYARA FELIX	BAE 1127958	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:26:10	Data Baixa
Data de nascimento 21/08/1998	Idade 20a 3m 17d	Sexo Feminino	CNS
Mãe NEIDE DO NASCIMENTO FERREIRA			Telefone de Contato (83) 999639220
Endereço PROFESSOR INACIO SERRANO DE ANDRADE, 175	Bairro TREZE DE MAIO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 8089/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:26:10		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 12:35:22	

Anamnese

VÍTIMA DE CAPOTAMENTO, SEM CINTO DE SEGURANÇA, TRAZIDA POR SAMU COM IMBOLIZAÇÃO ROTOCOLAR, QUEIXA DE DOR NA BACIA E PERNA ESQUERDA, QUE APRESENTA DEFORMIDADE SEM FCC.

F:

A- VAP, SEM CERVICALGIA, RETIRO COLAR.

B- MV + AHT, SEM RA.

C- ESTÁVEL, SEM SANGRAMENTO EXTERNO, FC 97, SAT 02 100% AA, PA 120X70.

D- PIFR, SEM DEFICIT FOCAL, GSW 15.

E- ESCORIAÇÕES EM MMII, DEFORMIDADE DE MIE, SEM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

HD. POLITRAUMA.

CD.

HV, RADIOGRAFIAS.

FAST.

AVAL ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T07	Traumatismos múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente NAYARA FELIX	BAE 1127958	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:26:10	Data Baixa
Data de nascimento 21/08/1998	Idade 20a 3m 17d	Sexo Feminino	CNS
Mãe NEIDE DO NASCIMENTO FERREIRA			Telefone de Contato (83) 999639220
Endereço PROFESSOR INÁCIO SERRANO DE ANDRADE, 175	Bairro TREZE DE MAIO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	Nº Cons. Regional 3131/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:26:10		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 14:30:50	

Anamnese

VÍTIMA DE CAPOTAMENTO, SEM CINTO DE SEGURANÇA. TRAZIDA POR SAMU COM IMBOLIZAÇÃO ROTOCOLAR, QUEIXA DE DOR NA BACIA E PERNA ESQUERDA, QUE APRESENTA DEFORMIDADE SEM FCC. EM AVALIAÇÃO COM CIRURGIA GERAL.
DOR A PALPAÇÃO FEMUR E
RX FRATURA FEMUR
CD; INTERNAÇÃO.
AO BLOCO APOS LIBERAÇÃO DA CIRURGIA GERAL.

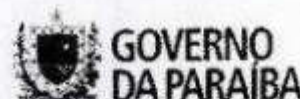
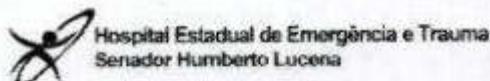
"LIBERADA" DA CIRURGIA GERAL PARA SER OPERADA PELA ORTOPEDIA E COM POSTERIORES REAVALIAÇÕES DA CIRURGIA GERAL.

Conduta

Internar Paciente

NAYARA FELIX

Lenisio Bragante de Araujo
CRM/34/31LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
(3131/PB)



AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente NAYARA FELIX	BAE 1127956	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:26:10	Data Baixa
Data de nascimento 21/08/1998	Idade 20a 3m 17d	Sexo Feminino	CNS
Mãe NEIDE DO NASCIMENTO FERREIRA			Telefone de Contato (83) 999639220
Endereço PROFESSOR INÁCIO SERRANO DE ANDRADE, 175	Bairro TREZE DE MAIO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR	Nº Cons. Regional 6918/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:26:10		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 15:15:57	

Anamnese

VÍTIMA DE CAPOTAMENTO, SEM CINTO DE SEGURANÇA, TRAZIDA POR SAMU COM IMBOLIZAÇÃO ROTOCOLAR, QUEIXA DE DOR NA BACIA E PERNA ESQUERDA, QUE APRESENTA DEFORMIDADE SEM FCC. * AVALIAÇÃO COM CIRURGIA GERAL. R A PALPAÇÃO FEMUR E RX FRATURA FEMUR ESQ

CD; INTERNAÇÃO.

COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESQUELETICA EM MIESQ SEM INTERCORRENCIAS

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, 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

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

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 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

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, (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

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

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

CUIDADOS dado por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 08/12/2018 12:27:30

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA**SSVV + CCGG****EXAME LABORATORIAL****HEMOGRAMA COMPLETO****COAGULOGRAMA COMPLETO****EXAME DE IMAGEM****RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA****Conduta**

Internar Paciente

NAYARA FELIX

LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR
(CRM: 6918/PB)

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: ALISSON FABIO
FERNANDES VIEIRA
Em: 09/12/2018 08:10:14

Nome NAYARA FELIX		Boletim de Atendimento 1127958	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:26:10	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/08/1998	Idade 20	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 112751
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 08/12/2018 12:26:10	Data Internação 08/12/2018 15:30:29	Permanência na Unidade: 19h 44min	Permanência no Leito: 16h 31min	

EVOLUÇÃO MEDICA (ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - 09/12/2018 08:09:53)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PCT COM HISTORIA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
APRESENTA FRATURA DO FEMUR ESQ
EM TTE SEM FERULA
AGUARVA PRE OP, VAGA EM ENFERMARIA

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9005

Profissional responsável pela informação: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Número Conselho: 6913

Dr. Alisson
Ortopedia - Trauma
CRM-PB 6913/CRM-DE 1774
SBOT 12814



**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

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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

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

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Núbia Fêllo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Mês

1

Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

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

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

L cauda 4.5 TMC
1 Placa DCP larg 10 Furos
24 Paraf. cortical nº 30
1 Paraf. cortical nº 28
1 Agulha de Placa A50 CV490

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 fev. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO DE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

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

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

() CNS () CPF

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

Dr. Márcio S. L. de F. L. S.
Ortopedia e Traumatologia

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

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

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

() CNS () CPF

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA



ALCANTARA

Nome: Mayara Felix BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino (☒) Feminino Cor: _____ Data: _____/_____/____

Clinica/Setor: Leopoldo EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Procedimento cirurgico prostatectomia de glândula

Cirurgião: Dr. Gilson Viana 1º Assistente: Dr. Roberto Correia

2º Assistente: Dr. Matheus Enomoto Ra 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Procedimento de prostatectomia de glândula</u> (B)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Procedimento cirurgico prostatectomia de glândula</u>	
<u>glândula removida</u>	

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



Dr. João de Luna R. Almeida
MEDICO
CRM-PB 19075

João Pessoa, 13/12/2018

Médico/CRM: _____

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE		Nayara Felix	
IDADE	20	PROVEDOR	ENFERMEIRA
SEXO	F	LEITO	
DIAGNÓSTICO	Tat. Cir. Tat. de Dispositivo Feminin E		
ANESTESIA	Ragui + Sedação + Bloqueio de Plexo		
ANESTESISTA	Dra. Berrama		
INSTRUMENTADOR			
DATA	13.12.18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO	10:20 (CIRURGIA INICIO) 11:30
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ASA II			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (LIMPA) CONTAMINADA (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)			
MATERIAIS E EQUIPAMENTOS			
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
ALUFENTANIL V		JELCO Nº 18	
BUPIVACAÍNA ISOMÉRICA	1	JELCO Nº 20	1
BUPIVACAÍNA PENADA		JELCO Nº 22	
CLONIDINA		JELCO Nº 24	
CRUVERIDOL		KIT SIST DREN TORÁCICA Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº 11	
FEPROFARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº 13	
FLUOXETIDINA		LÂMINA BISTURI Nº 23	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº 24	
INCHETURANO		LÂMINA DE DERMATÓMIO	
LEVOPRIVACAÍNA C.VASO	1	LÂMINA DE ENXERTO	
LEVOPRIVACAÍNA S.VASO		LUXA DE PROCEDIMENTO PAR	1
NEALINA C.VASO	1	LUXA ESTÉRIL Nº 7	1
NEALINA S.VASO		LUXA ESTÉRIL Nº 7.5	1
NEALINA		LUXA ESTÉRIL Nº 8	1
MORFINA	1	LUXA ESTÉRIL Nº 8.5	1
NIMBEX		MÁSCARA CIRÚRGICA	1
PANCLORÓNO		MULTIVIAS	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO	
PROPURIDE		SCALP Nº 1	
RAMIFEXTANIL		SCALP Nº 21	
ROCTRONO		SERINGA 3ML	1
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML	1
SULAMETONIO		SERINGA 10ML	1
TIOPENTAL		SERINGA 20ML	1
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	1
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	
BLENFAX		CATETER EPIDURAL Nº 16	
CLONIDINA	1	CATETER EPIDURAL Nº 17	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº 18	
DIPLOFONA SÓDICA	1	CERA PARA OSO	
ERINA	1	COLET. URINA FECHADO	
ESMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1
GLUCONATO DE CÁLCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENROSE	
LIDOCANA GELÉIA		DRENO DE SUÇÃO	
ONDASETRONA	1	ELETRODOS	1
PLASIL		EQUIPO MACROGOTAS	1
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	
PROTAMINA		ESFONJA DE PVPI	1
TENOXICAN		ESPARADRAPO	1
Ureapropeno	1	GAZES	1
		GAZES ALGODOADAS	1
		GEL ELETROLÍTICO	1
		JELCO Nº 14	
		JELCO Nº 16	
		JELCO Nº 18	
		JELCO Nº 20	
		JELCO Nº 22	
		JELCO Nº 24	
		KIT SIST DREN TORÁCICA Nº	
		LÂMINA BISTURI Nº 11	
		LÂMINA BISTURI Nº 13	
		LÂMINA BISTURI Nº 23	
		LÂMINA BISTURI Nº 24	
		LÂMINA DE DERMATÓMIO	
		LÂMINA DE ENXERTO	
		LUXA DE PROCEDIMENTO PAR	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 7	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 7.5	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 8	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 8.5	1
		MÁSCARA CIRÚRGICA	1
		MULTIVIAS	
		PERFURADOR DE SORO	
		SCALP Nº 1	
		SCALP Nº 21	
		SERINGA 3ML	1
		SERINGA 5ML	1
		SERINGA 10ML	1
		SERINGA 20ML	1
		BOLSA P. COLOSTOMIA	
		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	
		CATETER DE OXIGÊNIO	1
		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	
		CATETER EPIDURAL Nº 16	
		CATETER EPIDURAL Nº 17	
		CATETER EPIDURAL Nº 18	
		CERA PARA OSO	
		COLET. URINA FECHADO	
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1
		DRENO DE PENROSE	
		DRENO DE SUÇÃO	
		ELETRODOS	1
		EQUIPO MACROGOTAS	1
		EQUIPO MICROGOTAS	
		ESFONJA DE PVPI	1
		ESPARADRAPO	1
		GAZES	1
		GAZES ALGODOADAS	1
		GEL ELETROLÍTICO	1
		JELCO Nº 14	
		JELCO Nº 16	
		JELCO Nº 18	
		JELCO Nº 20	
		JELCO Nº 22	
		JELCO Nº 24	
		KIT SIST DREN TORÁCICA Nº	
		LÂMINA BISTURI Nº 11	
		LÂMINA BISTURI Nº 13	
		LÂMINA BISTURI Nº 23	
		LÂMINA BISTURI Nº 24	
		LÂMINA DE DERMATÓMIO	
		LÂMINA DE ENXERTO	
		LUXA DE PROCEDIMENTO PAR	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 7	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 7.5	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 8	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 8.5	1
		MÁSCARA CIRÚRGICA	1
		MULTIVIAS	
		PERFURADOR DE SORO	
		SCALP Nº 1	
		SCALP Nº 21	
		SERINGA 3ML	1
		SERINGA 5ML	1
		SERINGA 10ML	1
		SERINGA 20ML	1
		BOLSA P. COLOSTOMIA	
		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	
		CATETER DE OXIGÊNIO	1
		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	
		CATETER EPIDURAL Nº 16	
		CATETER EPIDURAL Nº 17	
		CATETER EPIDURAL Nº 18	
		CERA PARA OSO	
		COLET. URINA FECHADO	
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1
		DRENO DE PENROSE	
		DRENO DE SUÇÃO	
		ELETRODOS	1
		EQUIPO MACROGOTAS	1
		EQUIPO MICROGOTAS	
		ESFONJA DE PVPI	1
		ESPARADRAPO	1
		GAZES	1
		GAZES ALGODOADAS	1
		GEL ELETROLÍTICO	1
		JELCO Nº 14	
		JELCO Nº 16	
		JELCO Nº 18	
		JELCO Nº 20	
		JELCO Nº 22	
		JELCO Nº 24	
		KIT SIST DREN TORÁCICA Nº	
		LÂMINA BISTURI Nº 11	
		LÂMINA BISTURI Nº 13	
		LÂMINA BISTURI Nº 23	
		LÂMINA BISTURI Nº 24	
		LÂMINA DE DERMATÓMIO	
		LÂMINA DE ENXERTO	
		LUXA DE PROCEDIMENTO PAR	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 7	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 7.5	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 8	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 8.5	1
		MÁSCARA CIRÚRGICA	1
		MULTIVIAS	
		PERFURADOR DE SORO	
		SCALP Nº 1	
		SCALP Nº 21	
		SERINGA 3ML	1
		SERINGA 5ML	1
		SERINGA 10ML	1
		SERINGA 20ML	1
		BOLSA P. COLOSTOMIA	
		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	
		CATETER DE OXIGÊNIO	1
		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	
		CATETER EPIDURAL Nº 16	
		CATETER EPIDURAL Nº 17	
		CATETER EPIDURAL Nº 18	
		CERA PARA OSO	
		COLET. URINA FECHADO	
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1
		DRENO DE PENROSE	
		DRENO DE SUÇÃO	
		ELETRODOS	1
		EQUIPO MACROGOTAS	1
		EQUIPO MICROGOTAS	
		ESFONJA DE PVPI	1
		ESPARADRAPO	1
		GAZES	1
		GAZES ALGODOADAS	1
		GEL ELETROLÍTICO	1
		JELCO Nº 14	
		JELCO Nº 16	
		JELCO Nº 18	
		JELCO Nº 20	
		JELCO Nº 22	
		JELCO Nº 24	
		KIT SIST DREN TORÁCICA Nº	
		LÂMINA BISTURI Nº 11	
		LÂMINA BISTURI Nº 13	
		LÂMINA BISTURI Nº 23	
		LÂMINA BISTURI Nº 24	
		LÂMINA DE DERMATÓMIO	
		LÂMINA DE ENXERTO	
		LUXA DE PROCEDIMENTO PAR	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 7	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 7.5	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 8	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 8.5	1
		MÁSCARA CIRÚRGICA	1
		MULTIVIAS	
		PERFURADOR DE SORO	
		SCALP Nº 1	
		SCALP Nº 21	
		SERINGA 3ML	1
		SERINGA 5ML	1
		SERINGA 10ML	1
		SERINGA 20ML	1
		BOLSA P. COLOSTOMIA	
		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	
		CATETER DE OXIGÊNIO	1
		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	
		CATETER EPIDURAL Nº 16	
		CATETER EPIDURAL Nº 17	
		CATETER EPIDURAL Nº 18	
		CERA PARA OSO	
		COLET. URINA FECHADO	
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1
		DRENO DE PENROSE	
		DRENO DE SUÇÃO	
		ELETRODOS	1
		EQUIPO MACROGOTAS	1
		EQUIPO MICROGOTAS	
		ESFONJA DE PVPI	1
		ESPARADRAPO	1
		GAZES	1
		GAZES ALGODOADAS	1
		GEL ELETROLÍTICO	1
		JELCO Nº 14	
		JELCO Nº 16	
		JELCO Nº 18	
		JELCO Nº 20	
		JELCO Nº 22	
		JELCO Nº 24	
		KIT SIST DREN TORÁCICA Nº	
		LÂMINA BISTURI Nº 11	
		LÂMINA BISTURI Nº 13	
		LÂMINA BISTURI Nº 23	
		LÂMINA BISTURI Nº 24	
		LÂMINA DE DERMATÓMIO	
		LÂMINA DE ENXERTO	
		LUXA DE PROCEDIMENTO PAR	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 7	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 7.5	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 8	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 8.5	1
		MÁSCARA CIRÚRGICA	1
		MULTIVIAS	
		PERFURADOR DE SORO	
		SCALP Nº 1	
		SCALP Nº 21	
		SERINGA 3ML	1
		SERINGA 5ML	1
		SERINGA 10ML	1
		SERINGA 20ML	1
		BOLSA P. COLOSTOMIA	
		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	
		CATETER DE OXIGÊNIO	1
		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	
		CATETER EPIDURAL Nº 16	
		CATETER EPIDURAL Nº 17	
		CATETER EPIDURAL Nº 18	
		CERA PARA OSO	
		COLET. URINA FECHADO	
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1
		DRENO DE PENROSE	
		DRENO DE SUÇÃO	
		ELETRODOS	1
		EQUIPO MACROGOTAS	1
		EQUIPO MICROGOTAS	
		ESFONJA DE PVPI	1
		ESPARADRAPO	1
		GAZES	1
		GAZES ALGODOADAS	1
		GEL ELETROLÍTICO	1
		JELCO Nº 14	
		JELCO Nº 16	
		JELCO Nº 18	
		JELCO Nº 20	
		JELCO Nº 22	
		JELCO Nº 24	
		KIT SIST DREN TORÁCICA Nº	
		LÂMINA BISTURI Nº 11	
		LÂMINA BISTURI Nº 13	
		LÂMINA BISTURI Nº 23	
		LÂMINA BISTURI Nº 24	
		LÂMINA DE DERMATÓMIO	
		LÂMINA DE ENXERTO	
		LUXA DE PROCEDIMENTO PAR	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 7	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 7.5	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 8	1
		LUXA ESTÉRIL Nº 8.5	1
		MÁSCARA CIRÚRGICA	1
		MULTIVIAS	
		PERFURADOR DE SORO	
		SCALP Nº 1	
		SCALP Nº 21	
		SERINGA 3ML	1
		SERINGA 5ML	1
		SERINGA 10ML	1
		SERINGA 20ML	1
		BOLSA P. COLOSTOMIA	
		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	
		CATETER DE OXIGÊNIO	1
		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	
		CATETER EPIDURAL Nº 16	

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/12/18

PRONTUÁRIO: 11.24952

PACIENTE: NAVAPA TEIX SEXO: --- COR: --- IDADE: ---

PRESSÃO ARTERIAL 95 PULSO 95 RESPIRAÇÃO --- TEMPERATURA --- PESO --- GRUPO SANGÜÍNEO ---

ESTADO GERAL BOM (BOM) (REGULAR) (MAL) (PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO BOM (BOM) (REGULAR) (MAL) (PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES HAEMATOLOGIA

AP. RESPIRATÓRIO EUPNEICA AP. CIRCULATÓRIO NORMOCÁRDICA

AP. DIGESTIVO EM JEJUN ESTADO MENTAL LUC DROGAS EM USO ---

PRE-ANESTÉSICO --- ESTADO FÍSICO (ASA) II

DOSE MORA ---

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FX DE FÊMUR

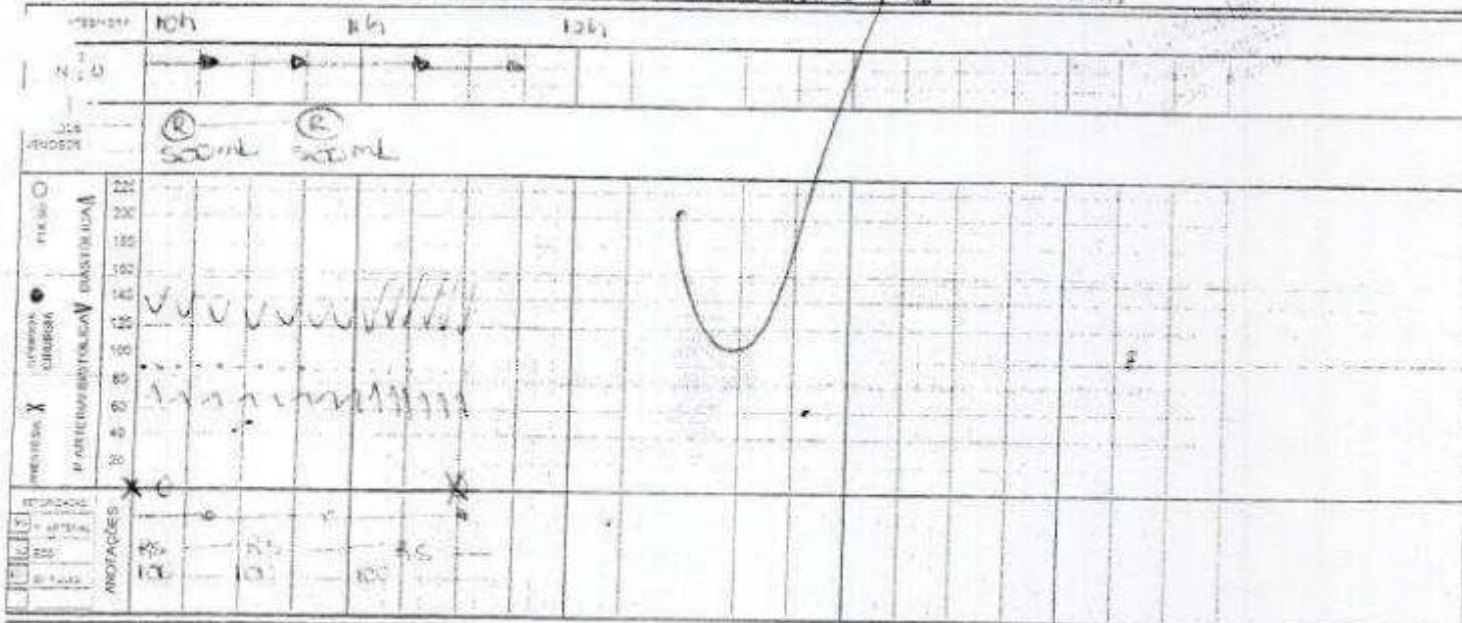
CIRURGIA REALIZADA TIO CIR DE FRATURA DO DIÁFISE DE FÊMUR ESQ.

CIRURGIÃO DA --- AUXILIARES ---

INÍCIO DA ANESTESIA 10:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 11:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA 1:30

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO --- QUANT. DE CH --- VALORES RS ---

ANESTESISTA DRA. ROSANA T. LOPES (CRM-PB 4225)



ANESTESIA GERAL ☐ RACHIDIANA ☐ ESPINAL ☐ BLOQ PLEXO ☒ BLOQ NERVOS ☐ OUTROS ---

ANESTESIA GERAL, ANESTESIA DE BLOCO EM L2-L4, COM 200 mg de Bupivacaína 0,5% e 20 mg de Lidocaína 2%

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1 Lidocaína 2%	11 Lidocaína 2% 20ml BP
2 Fentanyl 100mcg	12
3 Bupivacaína 0,5% 150cc 20mg	13
4 Lidocaína 0,2% 100ml 20mg	14
5 Cetarizina 10mg	15
6 Dexametasona 10mg	16
7 Clorazepato 10mg	17
8 Dipirona 2g	18
9 Cetarizina 10mg	19
10 Morfina 10mg	20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: 1) ANESTESIA GERAL, ANESTESIA DE BLOCO EM L2-L4, COM 200 mg de Bupivacaína 0,5% e 20 mg de Lidocaína 2%

2) SONDAGEM VENTROSA, BLOQUEIO DE NEUROMUSCULAR E INTERCURENTES

3) DIL. PROTETOR PERITONEAL

4) ANESTESIA GERAL, ANESTESIA DE BLOCO EM L2-L4, COM 200 mg de Bupivacaína 0,5% e 20 mg de Lidocaína 2%

5) Lidocaína 2% + S. 200

ASSINATURA DO ANESTESISTA

[Signature]

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 fev. 2019

PROTOCOLO
DO PESSOAL

P. (10) ABCR 0201

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEC001

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DD/3 no oratório
Anestesia + oxigenação
Curações de campos cirúrgicos

Incisão:

Incisão na coxa esquerda
Prolongação por plano
Cuidado de hemostasia

Achados:

Fratura distal do fêmur

Conduta:

Redução direta da fratura
Fixação com placa DCP + parafusos
Cortina

Fechamento:

Limpagem obtendo-se 15 SP0,9%
Sutura por plano
Cortina e dreno

Observação:

Placa e cortina

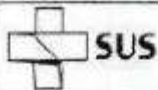
CUMPREV
CONFREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Bruno de Lencastre
MÉDICO
CRM-PB 10075

João Pessoa, 13/02/2018

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



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

Nayara Felix

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1127958

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

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 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Rio de Janeiro. 4.0001

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO P. SOUZA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: NAYANA FELIX BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 08/12/18
 Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: União Vansesqueletica
 Cirurgião: DR LAURI 1º Assistente: DR VEDILLO
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FRATURA DIFUSA DE FEMUR ESQ</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>União Vansesqueletica</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

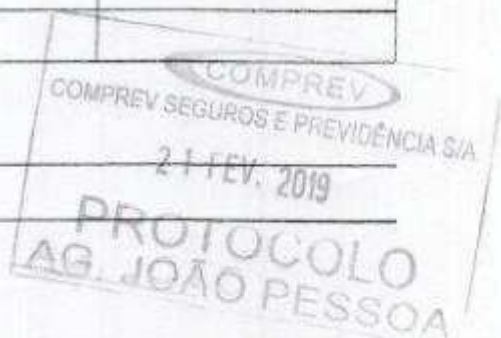
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Lauri F. C. M. Silva
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM: 15500 - 10007-13013

João Pessoa, 08/12/18



NOME DO PACIENTE Waxera Felix

IDADE 20 **SEXO** M **HISTÓRIA CLÍNICA** MI E

CIRURGIÃO Francisco Gulelisen MIE

ANESTESIA Sedação

ANESTESISTA Evelton

INSTRUMENTAÇÃO

DATA 8/12/2019 **HORA INÍCIO ANESTESIA** 14:50 **HORA FIM ANESTESIA** 15:15

INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA I AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

ASA 1 () **ASA 2** () **ASA 3** () **ASA 4** ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMP () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	5 NL 500	JELCO Nº18		FIO CAT.GUT.CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT.GUT.CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST.DREN.TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PAPI Degermante	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PAPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PAPI TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/VASO	AGULHA 13x4.5	LUVA ESTERIL Nº7.6		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/VASO	AGULHA 25x17	LUVA ESTERIL Nº7.8		FIO POLIOLECAPRONE Nº	
NUDIZOLAN	AGULHA 25x38	LUVA ESTERIL Nº8.0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40x12	LUVA ESTERIL Nº8.2		FITA CARDIACA	
NIMBILIM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTINIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFORADOR DE SORO		CSMTO CIRURGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO/LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	4.01
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEENMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREpom	SERINGA 10ML		FIO STEENMAN Nº	
TIOFENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLÔSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	HEMOST. ADSORATIVO
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
BEXTRA		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
EFEORINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
FIROSEMIDA		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 SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PAPI		FIOS	QTD.
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A Nº	() ASPIRADOR
		GAZES		FIO ALGODÃO S/A Nº	() BISTURI ELÉTRICO
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO S/A Nº	() CAPNOGRAFO
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO S/A Nº	() CARDIOMONITOR
		JELCO Nº14		FIO ALGODÃO S/A Nº	() DESFIBRILADOR
		JELCO Nº16			() FOCO AUXILIAR
					() FOCO CENTRAL
					() MICROSCOPIO
					() NIMETRO DE PULSO
					() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
					() PERFURADOR ELÉTRICO
					() SERRA
					CIRCULANTE

PROTOCOLO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Assinatura: Marcos Amato



ASSISTENTE

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 08/03/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: NAYARA FELIX SEXO: F COR: B IDADE: 20A

PRESSÃO ARTERIAL: 110/70 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: 18 TEMPERATURA: 36,4 PESO: 50,0 GRUPO SANGÜÍNEO: B

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

EXAMES COMPLEMENTARES: Hemograma

AP. RESPIRATÓRIO: Bom AP. CIRCULATÓRIO: Bom

AP. DIGESTIVO: Bom ESTADO MENTAL: Bom DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: Dose: 100mg ESTADO FÍSICO (ASA): II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ex. de coluna L5-S1

CIRURGIA REALIZADA: Laminectomia - L5-S1

CIRURGIÃO: Nayara Felix AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 14h30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 15h30 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h

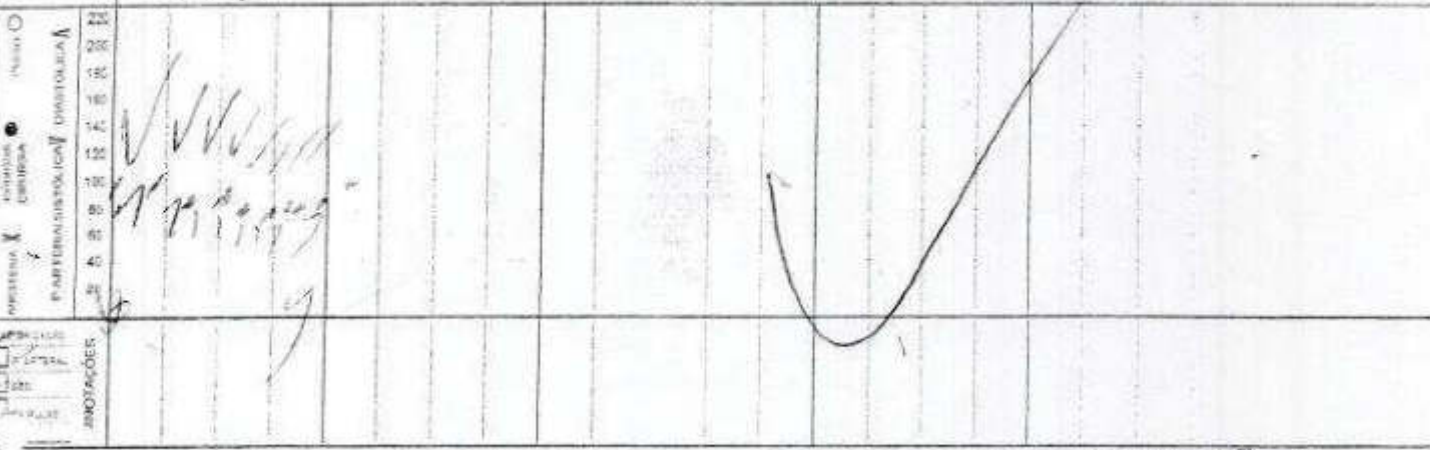
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES R\$:

ANESTESISTA: Nayara Felix CPF: 000.000.000-00 CRM-PB: 634-PB

ADITIVAÇÃO:

U:

ALÍQUOTA VENCIDA:



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOSO ☒ OUTROS: Sítio de

LOCAL: Sala de cirurgia 01 em NE 105 Nayara Felix de C.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

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

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. 000.000.000-00

Clóvis Y. Aratani
Médico Anestesiologista
CRM 10.297/PB

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTONIL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDA sob anestesia
Aséptica e antisséptica
Aplicação de campo estéril

Incisão:

Achados:

Deficiência em coto (E)
Sem áreas de pele.

Conduta:

Passagem de Preenchimento Transilabial (E)

Fechamento:

Contínua.

Observação:

Bom perfusão distal



Lauri F. C. Junior
CRM - RJ 001618020 - 13033

João Pessoa, 08.12.18

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA