



Número: **0801932-98.2023.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **22/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

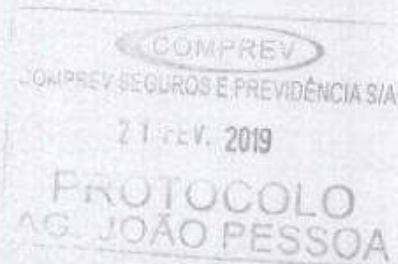
Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA (AUTOR)		BRUNA SOUSA QUEIROZ GREGORIO (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA registrado(a) civilmente como ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72440 245	27/04/2023 12:43	2882610_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013136479385

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVALT 2017000069544 EXERCÍCIO
0027434272-1 00/000000000 2017

NOME

JOZELIA TEIXEIRA DE VASCONCELOS

CPF/GNPJ

02060613400

PLACA

NOI6356/PB

PLACA ANT/UF

NOVO

PB

CHASSI

93YBSR7RNB1654669

ESPECIE TIPO

PAS/AUTOMOVEI/

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

IPVA PAGO EM

VENC COTA UNICA

00/00/0000

VENC/COTAS

IPVA

FAIXA I.P.V.A

PARCELAMENTO/COTAS

0

1ª
2ª
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

PAGO

DATA DE PAGAMENTO

06/03/2017

OBSERVAÇÕES

A.F BV FINANCEIRA S.A.

COMPANHIA SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

27.FEV. 2019

INAD VALIDO PARA PROTOCOLO

LOCAL

JOAO PESSOA

DATA

14/03/2017

15245

17108

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013136479385

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVALT 20170000069544 EXERCICIO

0027434273-1

00/000000000

2017

NOME

JOZELIA TEIXEIRA DE VASCONCELOS

CPF/CNPJ

02060613400

PLACA

NOI6356/PB

PLACA ANT/UF

NOVO

PR

CHASSI

93VRSR7RHPJ654669

ESPÉCIE TIPO

PAS/AUTOMÓVEL/

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

IPVA PAGO EM

VENC. COTA UNICA

00/00/0000

IPVA

FAIXA I.P.V.A

PARCELAMENTO/COTAS

0

VENC/GOTAS

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA

2º 16 MAIO 2019

3º PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PRÊMIO TARIFÁRIO (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 PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLADO

PROTOCOLADO

JOAO PESSOA

LOCAL

DATA

14/03/2017

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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,

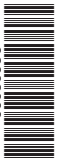
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13993617

Pag. 01871/01872 - carta_01 - INVALIDEZ

00030936





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00161/00162 - carta_07 - INVALIDEZ

00040081



Carta nº 14018016



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	Naupira 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:	
Naupira Ferreira Félix da Costa	07895091484	
Profissão:	Número:	Complemento:
Estudante	175	Caraca
Endereço:	Estado:	CEP:
Arismaraldo F. de Andrade	PB	58025-030
Bairro:	Cidade:	Tel (DDD):
Fres de Novo	João Pessoa	83 998418296
E-mail:		

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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1729 ☐ CONTA: 1000226 ☐ 5	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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: ☐ Falecidos: ☐	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	

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

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	
Naupira F. Félix da Costa		
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		
Assinatura do Procurador (se houver)		

TESTEMUNHAS	
1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª Nome:	
CPF:	
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 93YBSR7RHB654669, 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, 5N, 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 Teixelra 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.

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	Naupira 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:	
Naupira Ferreira Félix da Costa	07895091484	
Profissão:	Número:	Complemento:
Estudante	175	Casa
Endereço:	CEP:	
Arismaraldo F. de Andrade	58025-030	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Fres de Novo	João Pessoa	PB
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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 1729	CONTA: 1000226	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	

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

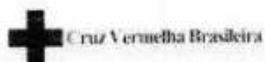
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data:	João Pessoa, 21 de fevereiro de 2019
	Nome:	
	CPF:	
	Assinatura de quem assina A ROGO Naupira F. Félix da Costa Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS	
1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura:	
2ª Nome:	
CPF:	
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.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

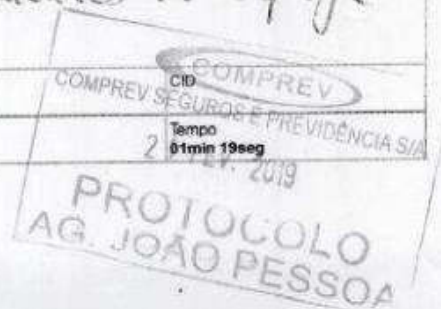
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 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
Mãe NEIDE DO NASCIMENTO FERREIRA	Pai WELLINGTON ARAUJO	Prontuário	
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	Clinica	Origem do paciente RODOVIA	
Classificação de risco		Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
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 MTO, permanece aos cuidados da equipe de plantão.			
Diagnóstico			
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA			

Imprimir



08/12/2018 12:25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 12:43:44

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042712434331600000068299243>

Número do documento: 23042712434331600000068299243

Num. 72440245 - Pág. 17

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:

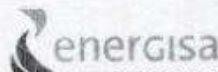
CLIENTE: NAYARA FERREIRA FELIX DA COSTA

BANCO: 237
AGÊNCIA: 01729
CONTA: 000001000226

Número da Autenticação



NEWMANN DO NASCIMENTO FERREIRA ARAUJO
RUA AROVALDO DE ANDRADE, 175 - TRÊS DE MAIO
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58026-055 (AG-1)
Emissão: 04/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classif. Subst: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B200, Km25 - Grato Redentor, João Pessoa/PB - CEP: 58071-600
Roteiro: 2 - 1 - 77 - 5190 IP Medidor: 0000783666



ENERGISA PARAÍBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.008.153/0001-40 Insc. Est. 16.015.122-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 016.567.161
Cód. para Deb. Automático: 9020260330

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Fev / 2019	04/02/2019	06/03/2019	604.444.084-91 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora) 6/269833-0

Canal de contato

As semelhanças dos postes acionados durante o dia ou suas escaras à noite, informo à prefeitura da sua cidade, cuidar da iluminação pública e responsabilidade do município e de toda cidade.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
07/01/19	22039	04/02/19	34196	1	255	28	
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa(s)	Valor Base Calc. Anq. (R\$)	Base Calc. Pro(R\$)	Coluna(R\$)	
			Tributos Totais(R\$) ICM(%) ICM(%)	Pa/Coluna(R\$) (0,0000%) (1,0000%)			
0601	Consumo em kWh	255,000	0,047120	218,17	218,17	2,14	9,86
LANÇAMENTO DE SERVIÇOS							
0807	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA	9,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do tom TOTAL 225,90 218,17 99,36 218,17 2,14 9,86

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

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230 240 250 260 270 280 290 300
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 PRIN

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

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
VIC MENSAL	5,07	0,00	NOMINAL	Serviço de Dist. da Energisa/PB	51,74	22,92
DIC TRIMESTRAL	15,15			Compra de Energia	71,19	31,55
DIC ANUAL	20,30			Serviço de Transmissão	8,09	3,59
FC MENSAL	3,23	0,00	CONTRA TACA	Impostos Diretos e Enxargos	12,23	5,41
FC TRIMESTRAL	6,47		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	60,09	26,45
FC ANUAL	17,96				0,00	0,00
DMC	2,86	0,00		Total	225,90	100,00
DICI	12,22					

Valor E-SD (R\$) 12/2019: R\$ 12,31

ATENÇÃO: Retorno em 15 dias
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 FEV. 2019
PROCOLO
PESSOA

ENERGISA PARAÍBA
Roteiro: 2 - 1 - 77 - 5190
Matrícula: 269833-2019-02-4
VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
11/02/2019 R\$ 225,90
83670000002-6 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 PRONTUARIO 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:

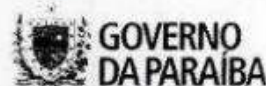
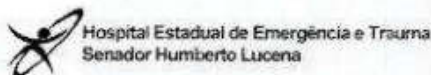
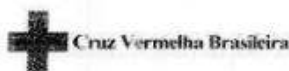
Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Lauri Junior e Dr. Teófilo Vanomark no 1º tempo e pelo Dr. Alisson Vieira e Dr. Roberto Correia no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

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
			Prontuário
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 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.

L.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

Boletim registrado por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 08/12/2018 12:27:30



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 12:43:44

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042712434331600000068299243>

Número do documento: 23042712434331600000068299243



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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		Prontuário
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 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

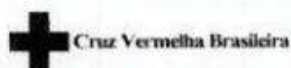
Lenisio Bragante de Araújo
CRM/34/31

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
(: 3131/PB)



Boletim registrado por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 08/12/2018 12:27:30





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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 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	Prontuário

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. 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

CAPTOPRIL 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: feito 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

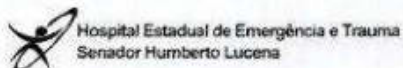
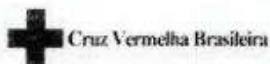
RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

Conduta

Internar Paciente

NAYARA FELIX

LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR
(CRM: 6919/PB)



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso 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-PE 1774
SBOT 12814



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
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

Nayara Felice

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino

Feminino

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 - OTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - OTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - OTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

L. eadica 4.5 TMC
1. Placa DCP largura 10 Fios
2. Placa DCP largura 10 Fios
3. Placa DCP largura 10 Fios
4. Placa DCP largura 10 Fios
5. Placa DCP largura 10 Fios
6. Placa DCP largura 10 Fios
7. Placa DCP largura 10 Fios
8. Placa DCP largura 10 Fios
9. Placa DCP largura 10 Fios
10. Placa DCP largura 10 Fios
11. Placa DCP largura 10 Fios
12. Placa DCP largura 10 Fios
13. Placa DCP largura 10 Fios
14. Placa DCP largura 10 Fios
15. Placa DCP largura 10 Fios
16. Placa DCP largura 10 Fios
17. Placa DCP largura 10 Fios
18. Placa DCP largura 10 Fios
19. Placa DCP largura 10 Fios
20. Placa DCP largura 10 Fios
21. Placa DCP largura 10 Fios
22. Placa DCP largura 10 Fios
23. Placa DCP largura 10 Fios
24. Placa DCP largura 10 Fios
25. Placa DCP largura 10 Fios
26. Placa DCP largura 10 Fios
27. Placa DCP largura 10 Fios
28. Placa DCP largura 10 Fios
29. Placa DCP largura 10 Fios
30. Placa DCP largura 10 Fios
31. Placa DCP largura 10 Fios
32. Placa DCP largura 10 Fios
33. Placa DCP largura 10 Fios
34. Placa DCP largura 10 Fios
35. Placa DCP largura 10 Fios
36. Placa DCP largura 10 Fios
37. Placa DCP largura 10 Fios
38. Placa DCP largura 10 Fios
39. Placa DCP largura 10 Fios
40. Placa DCP largura 10 Fios
41. Placa DCP largura 10 Fios
42. Placa DCP largura 10 Fios
43. Placa DCP largura 10 Fios
44. Placa DCP largura 10 Fios
45. Placa DCP largura 10 Fios
46. Placa DCP largura 10 Fios
47. Placa DCP largura 10 Fios
48. Placa DCP largura 10 Fios
49. Placa DCP largura 10 Fios
50. Placa DCP largura 10 Fios
51. Placa DCP largura 10 Fios
52. Placa DCP largura 10 Fios
53. Placa DCP largura 10 Fios
54. Placa DCP largura 10 Fios
55. Placa DCP largura 10 Fios
56. Placa DCP largura 10 Fios
57. Placa DCP largura 10 Fios
58. Placa DCP largura 10 Fios
59. Placa DCP largura 10 Fios
60. Placa DCP largura 10 Fios
61. Placa DCP largura 10 Fios
62. Placa DCP largura 10 Fios
63. Placa DCP largura 10 Fios
64. Placa DCP largura 10 Fios
65. Placa DCP largura 10 Fios
66. Placa DCP largura 10 Fios
67. Placa DCP largura 10 Fios
68. Placa DCP largura 10 Fios
69. Placa DCP largura 10 Fios
70. Placa DCP largura 10 Fios
71. Placa DCP largura 10 Fios
72. Placa DCP largura 10 Fios
73. Placa DCP largura 10 Fios
74. Placa DCP largura 10 Fios
75. Placa DCP largura 10 Fios
76. Placa DCP largura 10 Fios
77. Placa DCP largura 10 Fios
78. Placa DCP largura 10 Fios
79. Placa DCP largura 10 Fios
80. Placa DCP largura 10 Fios
81. Placa DCP largura 10 Fios
82. Placa DCP largura 10 Fios
83. Placa DCP largura 10 Fios
84. Placa DCP largura 10 Fios
85. Placa DCP largura 10 Fios
86. Placa DCP largura 10 Fios
87. Placa DCP largura 10 Fios
88. Placa DCP largura 10 Fios
89. Placa DCP largura 10 Fios
90. Placa DCP largura 10 Fios
91. Placa DCP largura 10 Fios
92. Placa DCP largura 10 Fios
93. Placa DCP largura 10 Fios
94. Placa DCP largura 10 Fios
95. Placa DCP largura 10 Fios
96. Placa DCP largura 10 Fios
97. Placa DCP largura 10 Fios
98. Placa DCP largura 10 Fios
99. Placa DCP largura 10 Fios
100. Placa DCP largura 10 Fios

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 fev. 2019

PROTOCOLO
JOÃO PEDRO

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

Dr. Marcelo Antônio de
Ortopedia e Traumatologia

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Isaque Felix BE/Prontuário: _____

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

Clinica/Setor: Urologia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Prostata cirurgia prostatectomia

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

2º Assistente: Dr. Marcos Ennes 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Prostata de origem fêmea (B)</u>	

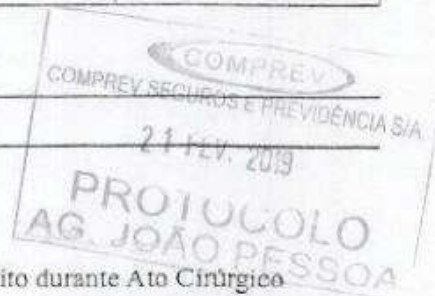
Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Prostata cirurgia prostatectomia</u>	
<u>fêmea superior</u>	

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. Bruno de Lencastre
MEDICINA
CRM-PA 10075

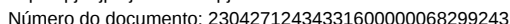
João Pessoa, 13/12/2018

Médico/CRM: _____



7

PREV
E PREVIDÊNCIA S/A
2019
COLO
PESSOA



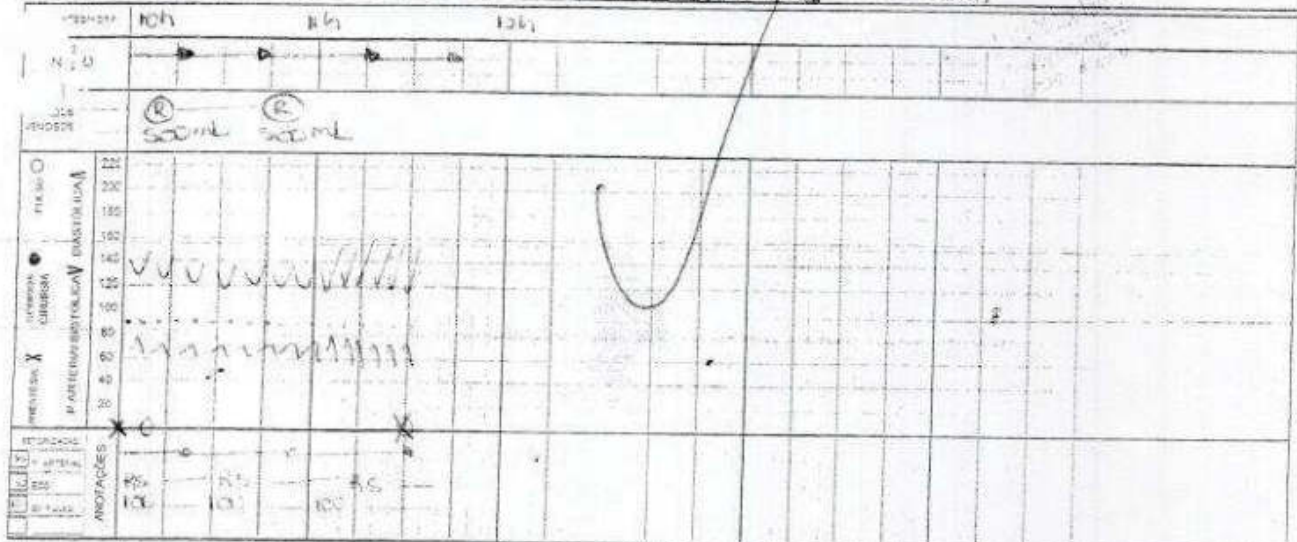
22/02/2019

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/12/18

PRONTUÁRIO: 1124952

PACIENTE: NAYARA FELIX	SEXO: COR: IDADE:
RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:	
ESTADO GERAL (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)	
EXAMES COMPLEMENTARES: PACTOPREMA	
AP. RESPIRATÓRIO: EUPNEICA	AP. CIRCULATÓRIO: NORMOCARDÍAS
AP. DIGESTIVO: EM JEJUN	ESTADOMENTAL: LOTO
PRE-ANESTÉSICO: ---	ESTADO FÍSICO (ASA): 1
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx de FÊMUR	
CIRURGIA REALIZADA: TIO CIR. DE FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQ.	
CIRURGIÃO DR. AUXILIARES:	
INÍCIO DA ANESTESIA: 10:00	TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:30
DURAÇÃO DA ANESTESIA: 4:30	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RS	
ANESTESISTA DRA. ROSANA F. LOPES (CRM-PB 4229)	



ANESTESIA GERAL	☐ RACHIDIANA	☐ ESPINAL	☐ BLOC PLEXO	☒ BLOC NERVOS	☐ OUTROS
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1. Lidocaina 1mg	11. Lidocaina 2% 20ml BP				
2. Propofol 100mg	12. Lidocaina 2% 20ml BP				
3. Propofol 100mg	13. Lidocaina 2% 20ml BP				
4. Lidocaina 2% 20ml BP	14. Lidocaina 2% 20ml BP				
5. Lidocaina 2% 20ml BP	15. Lidocaina 2% 20ml BP				
6. Lidocaina 2% 20ml BP	16. Lidocaina 2% 20ml BP				
7. Lidocaina 2% 20ml BP	17. Lidocaina 2% 20ml BP				
8. Lidocaina 2% 20ml BP	18. Lidocaina 2% 20ml BP				
9. Lidocaina 2% 20ml BP	19. Lidocaina 2% 20ml BP				
10. Lidocaina 2% 20ml BP	20. Lidocaina 2% 20ml BP				

Observações importantes: 1) Anestesia Geral, BLOC DE N. FEMURAL P. ANTERIOR, 50ml de 1% Lidocaina. 2) Sonda Venosa, BLOQUEIO DE N. FEMURAL SI INTERCURENTES. 3) DDI, P. 200mg. 4) Anestesia, BLOC DE N. FEMURAL P. ANTERIOR, 50ml de 1% Lidocaina. 5) Lidocaina 2% 20ml BP.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21.FEV.2019
PROTÓCOLO
P. 101/ABRIL/2017



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDG na ortotomia
Anestesia + oxigenação
Curação de campos cirúrgicos

Incisão:

1. Incisão na coxa esquerda
direção por plano
curvatura do membro

Achados:

Fratura distal do fêmur

Conduta:

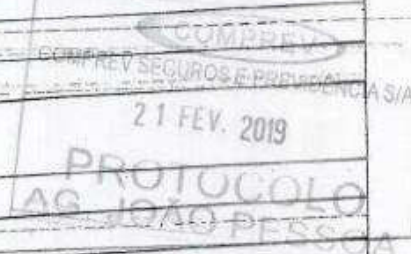
Redução direta da fratura
Fixação com placa DCP e parafusos
curvatura

Fechamento:

Limpeza abundantemente com SP0,9%
Sutura por plano
Curativos e fixação

Observação:

Painel e curativo



Dr. Suelio de Lencastre
MEDICO
CRM-PB 10075

João Pessoa, 13, 12, 2018

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Nayara Felix

1127958

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO 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

Do de xiradom. 4.000



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: LAYANA 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. Vedeilo
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Diáfisea de Fêmur Esq.</u>	

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

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

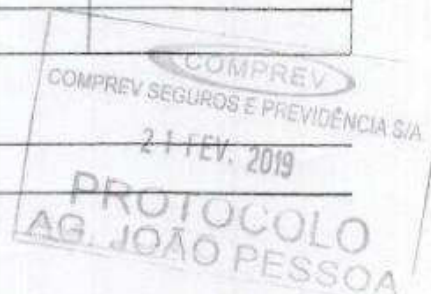
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

[Assinatura]
 Lauri F. C. Torres
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 1207-13043

João Pessoa, 08/12/18



Nota de Sala Cirúrgica



1

02

01

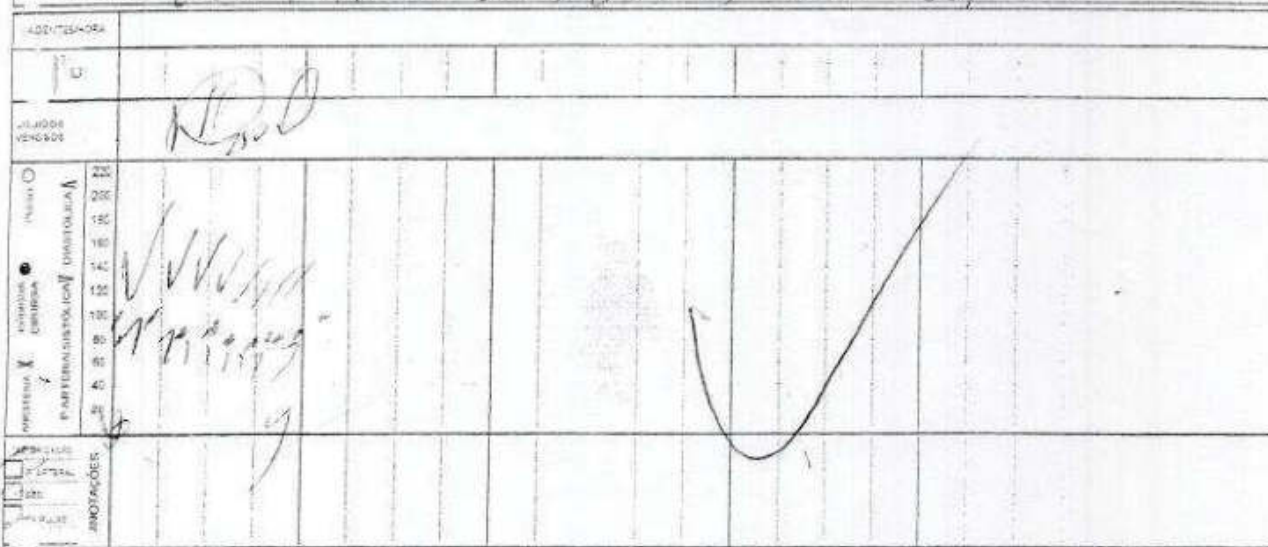
NOME DO PACIENTE: **Nayara Felix**
 IDADE: **20** DE **12/09/98**
 CIRURGIA: **Transfere a quileira MIE**
 CATEGORIA: **Transfere**
 ANESTESIA: **Sedação**
 ANESTESISTA: **E. Verlan**
 DATA: **8/12/2019** CIRÚRGICO: **74:50** ANESTESIA INÍCIO: **75:15**
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): **ASA II (ASA II, ASA II, ASA II)**
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA))
 MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.
 ALFENTANIL 5 NL 5001 JELCO Nº 18 FIO CAT GUT CRONADO Nº 1
 BUPIVACAÍNA ISOBARICA JELCO Nº 20 FIO CAT GUT CRONADO Nº 1
 BUPIVACAÍNA PESADA JELCO Nº 22 FIO DE AÇO Nº 1
 CETAMINA JELCO Nº 24 FIO DE AÇO Nº 1
 DROPERIDOL KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº 1 FIO DE NYLON Nº 1
 ETOMIDATO SOLUÇÕES QTD. LÂMINA BISTURI Nº 11 FIO DE NYLON Nº 1
 FENOBARBITAL ALCOOL ETILICO 70% LÂMINA BISTURI Nº 13 FIO DE NYLON Nº 1
 FENTANILA PIPIT DERMATANTE LÂMINA BISTURI Nº 23 FIO POLIGLACTINA Nº 1
 FLUMAZENIL PIPIT TINTURA LÂMINA BISTURI Nº 24 FIO POLIGLACTINA Nº 1
 ISOFLURANO PIPIT TÓPICO LÂMINA DE DERMATÓMIO FIO POLIGLACTINA Nº 1
 LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO SABÃO ANTISÉPTICO LÂMINA DE ENXERTO FIO POLIPROPILENO Nº 1
 LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO MATERIAIS QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR FIO POLIPROPILENO Nº 1
 LIDOCAÍNA C/ VASO AGULHA 10X4,5 LUVA ESTERIL Nº 2 FIO POLIPROPILENO Nº 1
 LIDOCAÍNA S/ VASO AGULHA 25X17 LUVA ESTERIL Nº 3 FIO POLIGLACTINA Nº 1
 MIDAZOLAM AGULHA 25X18 LUVA ESTERIL Nº 8 FIO SEDA Nº 1
 MORFINA AGULHA 40X12 LUVA ESTERIL Nº 8,5 FITA CARDIACA
 NIMBÍUM AGULHA PERIDURAL Nº 16 MÁSCARA CIRÚRGICA MATERIAL ESPECIAL QTD.
 PANCURÔNIO AGULHA PERIDURAL Nº 17 MULTIVIAS CATETER DE PIC
 PETIDINA AGULHA PERIDURAL Nº 18 PERFURADOR DE SORO CIMENTO CIRÚRGICO
 PROPOFOL AGULHA RAQUÍ Nº 25G SCALP Nº 19 CLIP TITÂNIO LIGADURA
 RAMIFENTANILA AGULHA RAQUÍ Nº 26G SCALP Nº 21 FIO DE NIRSCHNER Nº 401
 ROCURÔNIO AGULHA RAQUÍ Nº 27G SERINGA 3ML FIO DE NIRSCHNER Nº 1
 SEVOFLURANO ALGODÃO ORTOPÉDICO SERINGA 5ML FIO STEINMAN Nº 1
 SULAMETÔNIO ATADURA DE CREPOM SERINGA 10ML FIO STEINMAN Nº 1
 TIOPENTAL ATADURA GESSADA SERINGA 20ML GRAMPEADOR CIRÚRGICO
 MEDICAÇÕES QTD. BOLSA F. COLOSTOMIA SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8 HEMOST. ABSORVÍVEL
 ADRENALINA CANULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº 1 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10 KIT. DERIVA. VENTRICULAR
 ÁGUA DESTILADA CATETER DE OXIGÊNIO SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12 PROTESE VASCULAR
 ATROPINA CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº 1 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14 KIT. PAM
 BEXTRA CATETER EPIDURAL Nº 16 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16 FIXADOR EXTERNO
 CEFAZOLINA CATETER EPIDURAL Nº 17 SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12 EMPRESA
 DEXAMETASONA CATETER EPIDURAL Nº 18 SONDA FOLEY 2VIAS Nº 14
 HIPURONA SÓDICA CERA PARA OSSO SONDA NASOG. CURTA PARAFUSOS CORTICAIS
 EFERDRINA COLET. URINA FECHADO SONDA NASOG. LONGA PARAFUSOS CORTICAIS
 FLORESEMIDA COMPRESSAS CIRÚRGICAS Nº 1 SONDA URETRAL Nº 1 PARAFUSOS ESPONJOSOS
 GLICOSE 50% COMPRESSAS CIRÚRGICAS, TORNEIRINHA PARAFUSOS ESPONJOSOS
 GLUCONATO DE CÁLCIO DRENO DE PENROSE TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 1 PARAFUSOS MALEOLAR
 HIDROCORTISONA DRENO DE SUÇÃO TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 1 PARAFUSOS MALEOLAR
 LIDOCAÍNA GELÉIA ELETRODOS TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 1 PLACA
 ONDASENTRONA EQUIPO MACROGOTAS TUBO SILICONE (LATEX) PLACA
 PLASTIL EQUIPO TRANSF. SANGUE
 PROSTIGMINE EQUIPO MICROGOTAS EQUIPAMENTOS
 PROTAMINA ESPONJA DE PUPI FIOS QTD. () ASPIRADOR
 TENOXICAN ESPARADRAPO FIO ALGODÃO S/A Nº 1 () BISTURI ELÉTRICO
 GAZES FIO ALGODÃO S/A Nº 1 () CAPNOGRAFO
 GAZES ALGODÓDAS FIO ALGODÃO S/A Nº 1 () CARDIOMONITOR
 GEL ELETROLÍTICO FIO ALGODÃO S/A Nº 1 () DESFIBRILADOR
 JELCO Nº 14 FIO ALGODÃO S/A Nº 1 () FOCO AUXILIAR
 JELCO Nº 16 FIO ALGODÃO S/A Nº 1 () FOCO CENTRAL
 () MICROSCOPIO
 () OXÍMETRO DE PULSO
 () P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA
 () PERFURADOR ELÉTRICO
 () SERRA
 CIRCULANTE
 Macos Pneu
 384-326





FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE:	Nayana Felix		DATA:	13/01/13	PRONTUÁRIO:	
SEXO:	F	COR:	B	IDADE:	20A	
PRESSÃO ARTERIAL:	110/70	RESPIRAÇÃO:	18/min	TEMPERATURA:	36,5	GRUPO SANGÜÍNEO:
ESTADO GERAL:	BOM	REGULAR	MAU	PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO:	BOM
EXAMES COMPLEMENTARES:	Cultura de urina					
AP. RESPIRATÓRIO:	M	AP. CIRCULATÓRIO:	C/TA 60-2			
AP. DIGESTIVO:	BOM	ESTADO MENTAL:	1-11	DROGAS EM USO:		
PRÉ-ANESTÉSICO:						ESTADO FÍSICO (ASA):
DOSE/HORA:						P. 2
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	P. 2 de 2000-8					
CIRURGIA REALIZADA:	Tórax - mastectomia - excisão					
CIRURGIÃO:	Alexandre Almeida					
INÍCIO DA ANESTESIA:	TÉRMINO DA ANESTESIA:		DURAÇÃO DA ANESTESIA:			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CH:		VALORES R\$:			
ANESTESISTA:	CPF:		CRM-PB:		639-13	



☐ ANESTESIA GERAL	☐ RAQUIDIANA	☐ ENDURAL	☐ BLOC PLEXO	☐ BLOC NERVOS	☒ OUTROS: Sítio de
Medicamentos e materiais usados no ato anestésico					
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20				
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
ASSINATURA DO ANESTESISTA					
F. INCL. ACR 026-1					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 FEV. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Clóvis Y. Aratani
Médico Anestesiologista
CRM 10.297/PB

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

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

Incisão:

Achados:

Deficiência em caso (E)
Sem lesão de pele.

Conduta:

Paragem de Tensão Transilob (E)

Fechamento:

Curativo.

Observação:

Bom perfusão distal



Lauri F. C. Junior
CRM-PE 00151007 - 13034

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

