

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: VALDINEA DE SOUZA SILVA

Nº Sinistro: 3180328591

Vitima: VALDINEA DE SOUZA SILVA

Data do Acidente: 25/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180328591**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13132107



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **VALDINEA DE SOUZA SILVA**

Sinistro: **3180328591**
Vítima: **VALDINEA DE SOUZA SILVA**
Data do Acidente: **25/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180328591** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180328591**
Nome do(a) Examinado(a): **VALDINEA DE SOUZA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R PROF DILMA PEREIRA DE PAIVA nº 11 - CENTRO - PILAR/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3734399 - SSP**
Data e local do acidente: **25/12/2017 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **29/08/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL EM PRIMEIRO TEMPO E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS, ENXERTO ÓSSEO E FISIOTERAPIA EM SEGUNDO TEMPO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERCROMICA DE 22 CM NA FACE EXTERNA DA COXA ESQUERDA E OUTRA DE 04 CM NO TERÇO PROXIMAL DA COXA ESQUERDA, OUTRA NA REGIÃO ANTERIOR DA CRISTA ILÍACA ESQUERDA EM LOCAL DE RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DESVIO CONSIDERÁVEL DO EIXO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PARA FORA, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERCROMICA DE 22 CM NA FACE EXTERNA DA COXA ESQUERDA E OUTRA DE 04 CM NO TERÇO PROXIMAL DA COXA ESQUERDA, OUTRA NA REGIÃO ANTERIOR DA CRISTA ILÍACA ESQUERDA EM LOCAL DE RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DISCRETO VISÍVEL NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DESVIO CONSIDERÁVEL DO EIXO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PARA FORA, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR, HIPOTROFIA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR: MANTIVE ENQUADRAMENTO E ADEQUEI A VALORAÇÃO, BASEADO NO EXAME MÉDICO DESCRITO PELO EXAMINADOR -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

103.136.984-83

Nome completo da vítima

VALDINEA DE SOUZA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|-----------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Nome completo VALDINEA DE SOUZA SILVA | | CPF titular da conta 103 | Profissão DOMESTICA |
| Endereço R. PROF. DILMA RIBEIRO DE PAULA | | Número 33 | Complemento |
| Bairro CENTRO | Cidade PILAN | Estado PB | CEP 58338-000 |
| Email CONSULT. JUR. ADVOGADOS@GMAIL.COM | | | Telefone (DDD) 83 98864-9294 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|---|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO Nome _____ N° _____ AGÊNCIA N° _____ D/V _____ CONTA N° _____ D/V _____ (informar dígito se existir) | |
| AGÊNCIA N° 0933 D/V _____ (informar dígito se existir) | CONTA N° 38862 D/V 6 (informar dígito se existir) | | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 17 de JULHO de 2018

Local e Data

COMPREV PREVIDENCIASIA
17 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Valdineia de Souza Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Após

184-873548866-7

03/JUL/2018 HORA DE: 18:02:53

LOT: 13.011287-9 TERM: 01000

LOCALIDADE: PILAR

AG. VINCULADA: 0733 CONTROLE: 18410000

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POU CAIXA FACIL

NOME: VALDINEA DE SOUZA SILVA

AGENCIA: 0733

OPERACAO: 013

CONTA-CV: R\$0.000.000.862.0

DATA DA ABERTURA: 03/07/2018

LOTerias CAIXA

184-873548866-7

1ª VIA

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA S/A

17 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



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



DADOS DO ACIDENTE

| | | | | | | |
|--|--|--|---|-------------------------------------|------------------------------|---------------------|
| Nº BOAT 0918 - 2017 | Responsável pelo Levantamento do Acidente: IGRINALDO BRANDÃO GONZAGA FILHO | Posto/Graduação: SD/PM | | | | |
| Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua: Rejane Ferreira Correia | Hora 12:20 | Bairro J.Cid.Universitária | Município: João Pessoa | U.F. PB | | |
| Data/Ocorrência 25/12/2017 | Dia da Semana Segunda-feira | C/S Vítima (QT) Com | Natureza do Acidente Abalroamento | Tipo de pavimento Asfalto | Condições/Via Seca | Tempo Bom |
| Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 Veículos | | Controle do tráfego no local Cruzamento Sinalizado com Placa de Pare | | | | |

CONDUTOR 01

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|---|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------|----------------|
| Nome Adauto Simplicio de Sousa Neto | Sexo Masculino | Nascimento 11/04/1993 | RG 3695315 | | | | |
| Endereço Rua Euvira Cavalcante da Silva, 21, Apt. 204, J. Cidade Universitária, João Pessoa-PB – Tel.(083)98775-7973 | | | | | | | |
| 1ª Habilitação 03/10/2011 | Categoria AB | Registro CNH N.º 05317759313 | U.F. PB | Ex.méd./Dia Sim | Data Vencimento 03/08/2021 | Usava cinto | Usava Capacete |
| Exame de Embriaguez Alcoólica Sim 0,00/mlg | | Destino do Condutor Permaneceu no Local | | | | | |

VEÍCULO 01

| | | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Marca/Modelo VW/Fox | Espécie Automóvel | Placa OGB 1445 | Categoria Particular | Município João Pessoa | U.F. PB |
| Nome do Proprietário Aryuska Alves do Nascimento | | | | | |
| Seguradora DPVAT | Bilhete N.º 013152805461 | Renavan N.º 0053908466-2 | Data da Emissão 03/05/2017 | | |
| Defeitos Nada constatado | | | | | |

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: Trafegava na via A na faixa da direita sentido Igreja Santo Antônio – Bancários, quando ao passar pelo cruzamento de repente se deparou com o V2 atravessando em sua frente em alta velocidade.

CONDUTOR 02

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|--|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------|------------------------------|
| Nome Valdir Souza da Silva | Sexo Masculino | Nascimento 26/06/1987 | RG 3424865 | | | | |
| Endereço Rua: Das Seringueiras, 18, Bancários, João Pessoa - PB – Tel.(083)99817-0611 | | | | | | | |
| 1ª Habilitação 02/01/2013 | Categoria AB | Registro CNH N.º 05680394126 | U.F. PB | Ex.méd./Dia Sim | Data Vencimento 06/02/2022 | Usava cinto | Usava Capacete Sim |
| Exame de Embriaguez Alcoólica Não | | Destino do Condutor Hospital de Trauma | | | | | |

VEÍCULO 02

| | | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Marca/Modelo Honda/Tornado | Espécie Motocicleta | Placa MOB 3618 | Categoria Particular | Município João Pessoa | U.F. PB |
| Nome do Proprietário Valdir Souza da Silva | | | | | |
| Seguradora DPVAT | Bilhete N.º 013222174368 | Renavan N.º 0089562499-0 | Data da Emissão 17/08/2017 | | |
| Defeitos Nada constatado | | | | | |

AG. VERSÃO DO CONDUTOR 02

Foi ouvido na sala do setor de BOAT do BPTran no dia 02/01/2018, declarou que : trafegava na via B na faixa da direita no sentido Mangabeira – Jardim Cidade Universitária quando aproximou-se do cruzamento com a via A reduziu a velocidade, olhou e continuou, de repente foi surpreendido pelo V1 que atingiu o V2.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: **2010212018**

[Assinatura]

VÍTIMA 01

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| Nome Valdir Souza da Silva | Sexo Masculino | Nascimento 26/06/1987 |
| Endereço Rua: Das Seringueiras, 18, Bancários, João Pessoa - PB | | |
| | Viajava no Veículo Nº V2 | Usava Cinto |
| Condição da Vítima Condutor | Conduzida Para Hospital de Trauma | |

VÍTIMA 02

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| Nome Waldineia de Souza Silva | Sexo Feminino | Nascimento 23/07/1992 |
| Endereço Rua 15 de Janeiro, s/n, Trinceiras, João Pessoa - PB | | |
| | Viajava no Veículo Nº V2 | Usava Cinto |
| Condição da Vítima Passageiro | Conduzida Para Hospital de Trauma | |

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o impacto se deu nos cruzamentos das vias A e B devidamente sinalizada com a placa de PARE na via B, tendo como vítima o C2 e a passageira e o motociclista recolhida ao BPTran a para complemento de BOAT.
Ficha em anexo.

João Pessoa – PB, 04 de Janeiro de 2018,

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 20/02/2018
ASSINATURA


Irmão Brandão Gonzaga Filho SD PM
Responsável pelo Levantamento





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0918 / 2017

FOTOS DO VÍ

FRENTE (VÍ)



TRASEIRA (VÍ)



LATERAL DIREITA (VÍ)



LATERAL ESQUERDA (VÍ)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 20/10/2013

ASSINATURA

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho SD PM
Responsável pelo Levantamento



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0918 / 2017

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 20/02/2018

ASSINATURA

17 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Ignácio Brandão Gonzaga Filho SD PM
Responsável pelo Levantamento



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



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0918 - 2017

DANOS NO V1

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------|--|----------------------------|
| Marca/Modelo: VW/Fox | Placa: OGB 1445 | Responsável pelo Preenchimento: SD Brandão | Data: 25/12/2017 |
|--------------------------------|---------------------------|--|----------------------------|

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

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

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

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

DANOS NO V2

| | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|--|----------------------------|
| Marca/Modelo: Honda/Tornado | Placa: MOB 3618 | Responsável pelo Preenchimento: SD Brandão | Data: 25/12/2017 |
|---------------------------------------|---------------------------|--|----------------------------|

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

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

Observações: DANO DE MÉDIA MONTA

AValiação POR DANO:

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

João Pessoa-PB, 04 de Janeiro de 2018.

[Assinatura]

Iginaldo Brandão Gonzaga Filho
Responsável pelo Levantamento



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original
 EM: 20/02/2018
[Assinatura]

EM BRANCO



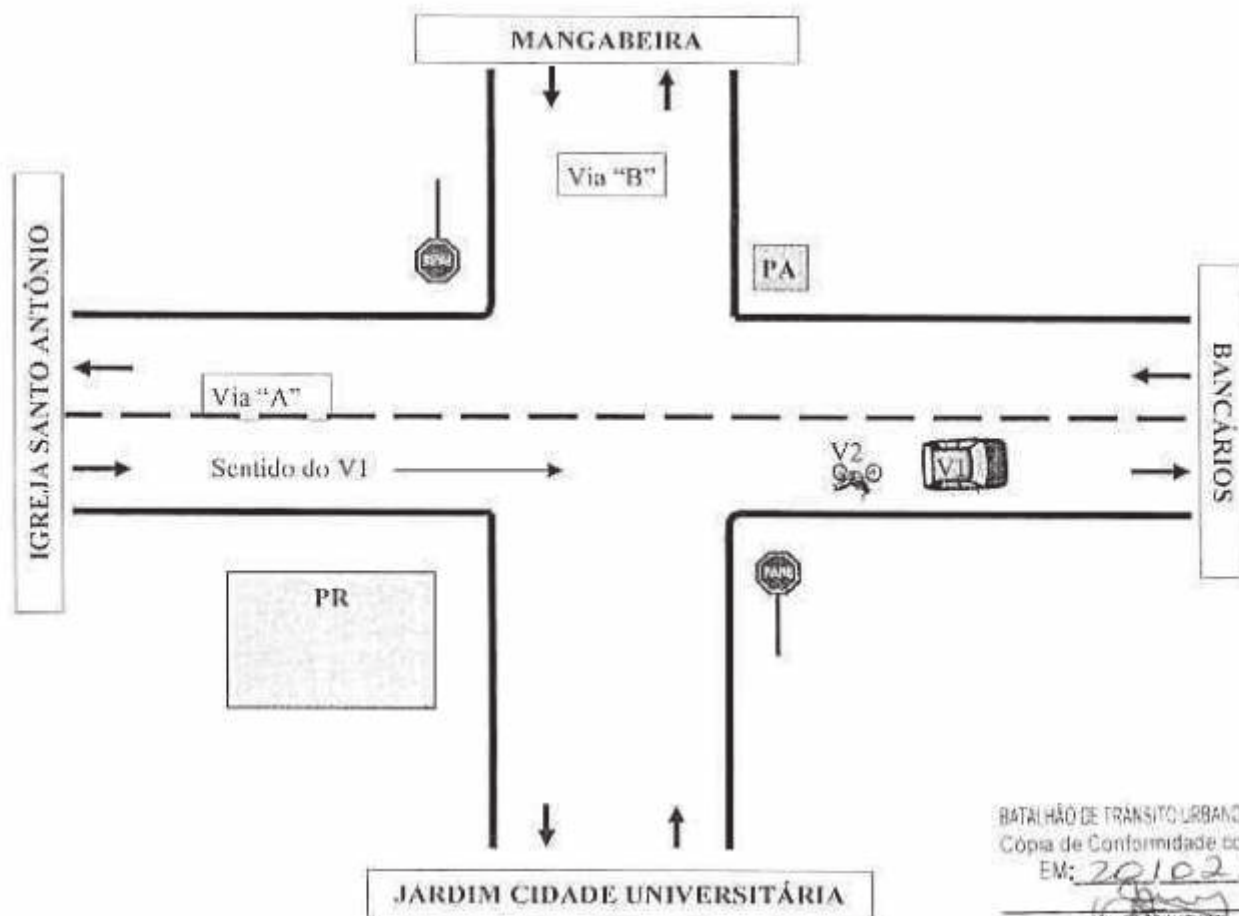
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0918 / 2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" Rua Rejane Freira Correia - 07,00 metros
VIA "B" Rua Jornalista Genésio Gambarra Filho - 07,00 metros
PR (Ponto de Referência) Berçário Acalanto Baby Care, 263
PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa/ Guia do meio fio
V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 13.20 e Traseiro Esquerdo 11.00 metros para (PA)
V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Esquerdo 09.30 e Traseiro Esquerdo 08.40 metros para (PA)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 20/02/2018

SIGNATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO ORDEMADA ESCALA

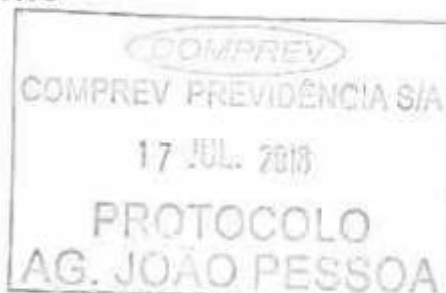
AVARIAS



V1



V2



SIGNATURA

Ignácio Brandão Gonzaga Filho SD PM
Responsável pelo Levantamento

RECEBIDO
EM: 15/02/2008
v. C. J. - Adm. To. W. H. H.

EM BRANCO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| Nome Completo da Vítima <u>VALDINEA DE SOUZA SILVA</u> | CPF da Vítima <u>303.136.984-21</u> | Data do Acidente <u>23/12/2017</u> |
|---|--|---------------------------------------|

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| Email | Telefone (DDD) |

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa de Julho de 2018
Local e Data

Valdineia de Souza Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 16 Jan 18

N/I

Marcelo de Santana
Comandante do BAPH
MARCELO DE SANT'ANA

1º TEN. - Mat.: 526.630-6

Mat.: 524 - CPF: 749.775.397-53

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 16 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 013/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 25/12/2017, conforme requerimento nº 013/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 12h10min o/a Sr.(a) **VALDINEA DE SOUZA SILVA**, ID Nº 3.734.399 - SSP/PB, vítima de acidente de trânsito (*colisão (carro x moto)*), ocorrido na Rua Rejane Freire Correia, Jardim Cidade Universitária, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SARGENTO BM ROGERIO GOMES BATISTA**, Matrícula 520.037-7. A vítima era garupa na motocicleta e suava capacete, consciente e orientada, com fratura exposta de fêmur e escoriações nos membros superiores e inferiores. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

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

JYHARNES OLIVEIRA DE SOUSA
1º TEN - MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
17 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

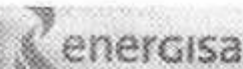
CLIENTE: VALDINEA DE SOUZA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000038862-6

Nr. da Autenticação 0236ED68AC7EE5A3



Received: 20 October 2019; Accepted: 4 July 2020; Published: 12 July 2020

Call now! Toll-free 1-800-855-8555
Call now! Toll-free 1-800-855-8555

Atendimento ao Cliente 1600-54 0800 083 0196 www.henkel.com.br

| Conta referente a: | Apresentação | Data prevista de próxima leitura | CPF/CPF-DELEGADO |
|--------------------|--------------|----------------------------------|------------------|
| Mai/ 2018 | 28/05/2018 | 27/06/2018 | 8244943490 |

UC (Unidade Consumidora): 5/1248806-0

Conteúdo

[illegible]

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Class |
|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-------|
| Data | Legenda | Data | Legenda | | | |
| 1990-2000 | | 1990-2000 | | | | |

| Dermatological | | | |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 03 - Dermis | 030001 - Dermis | 030002 - Dermis | 030003 - Dermis |
| | 030004 - Dermis | 030005 - Dermis | 030006 - Dermis |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|---------------------|--------|-----------|-------|-------|-------|------|-------|-------|------|
| 0001 | Despesa com energia | 32.000 | 2.200.000 | 7,15 | 7,15 | 25 | 3,75 | 7,15 | 6,78 | 1,35 |
| 0001 | Despesa com energia | 21.000 | 1.400.000 | 12,38 | 12,38 | 25 | 3,75 | 12,38 | 10,88 | 1,50 |
| 0001 | Despesa com energia | 0,34 | 0,34 | 25 | 0,30 | 25 | 0,30 | 0,30 | 0,30 | 0,00 |
| 0010 | Serviços | 20,70 | 220,00 | 24 | 5,73 | 22,30 | 0,24 | 5,73 | 0,24 | 1,60 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | | |
| 0001 | Despesa com energia | 0,34 | 0,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0001 | Despesa com energia | 0,34 | 0,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0001 | Despesa com energia | 0,34 | 0,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0001 | Despesa com energia | 0,34 | 0,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| CCF Change de Transição de 2013/14 | TOTAL | 10.05 | 40.34 | 10.75 | 41.34 | 11.35 | 5.22 |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|

| | | |
|------------------|-------------------|----------------------|
| Último mês (R\$) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 0,00 | 05/06/2018 | R\$ 32,99 |

[illegible]

7239 db16 5aef f38d 041d ea82 f419 6f52

Indicadores de Qualidade:

[illegible]

| Discriminazione | Y1991 (1991) | % |
|--|-----------------|---------------|
| Finanziamento dell'agricoltura e dell'allevamento | 3.27 | 12.21 |
| Contributi Europei | 3.24 | 20.79 |
| Alloggio e Trasporti | 3.09 | 2.33 |
| Trasporti Aeronautici | 1.41 | 4.33 |
| Industria Chimica e Petroli | 1.36 | 28.25 |
| Altre Ricerche | 1.00 | 0.00 |
| Totale | 22.90 | 100.00 |

2010 RELEASE UNDER E.O. 14176

ATENÇÃO

Features are offered

COMPREV
COMPREV. PREVIDÊNCIA S/A
17 JUL. 2010
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TIM

TIM Celular S.A.
Av. Pres. Antônio Pessoa, 320 - FLD
Terreirão - João Pessoa - PB
CNPJ: 04.706.050/0001-11, 16.143.685-0
CPF: 04.706.050/0001-11

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/05/2018

EMIÇÃO: 19/04/2018

POSTAGEM: 27/04/2018

NÚMERO: 3378118988

CPF/CNPJ: 02932540440

CLIENTE: 1.65481214

ACESSO: 83 4141-2336

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

A TIM S.A. faz parte das empresas controladas pela TIM no Brasil

IMPORTANTE PARA CASSIO

A Intelig Telecomunicações LTDA, comunico a alteração de sua Razão Social para "TIM S.A.", não acarretando qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/04 A 18/05

Serviços TIM S.A.

VALOR

TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS

R\$ 49,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2336

PLANOS CONTRATADOS

Consulte aqui seu plano: [Planos](#)

TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

TIM Parat CONTEÍDO GOLD

1

31

19/04 a 18/05

49,90

1

31

19/05 a 18/06

Incluído

Total de Planos Contratados

49,90

ENDEREÇO FISCAL

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CPF/CNPJ: 02932540440
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

ITEM
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS

QUANT
1

ICMS
PIS/COFINS Serviço de Telecom

Alíquota 3
Alíquota 3

Reservado ao Fisco: 5EB23523.3DF173B9.E750.E0FA.B101.00

| IMPORTE TIM S.A. | ALÍQUOTA | BASE DE CÁLCULO | VALOR |
|----------------------------------|----------|-----------------|-----------|
| ICMS | 30% | R\$ 39,90 | R\$ 11,97 |
| PIS/COFINS - Serviço de Telecom | 3,53% | R\$ 39,90 | R\$ 1,58 |
| PIS/COFINS - Serviço Não Telecom | 9,25% | R\$ 39,90 | R\$ 3,70 |

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições do PIS e COFINS não são recalculadas de forma cumulativa.

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a transparência e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar acesse meu.tim.com.br ou Central de Atendimento: 10341

TIM

Para sua comodidade, crie uma senha em 10 segundos, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado acima. Para mais informações, ligue para o Central de Atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

00000000165481214012

MÊS DE REFERÊNCIA

ABR/2018

DATA DE EMISSÃO

19/04/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/05/2018

VALOR

R\$ 49,90

VIA BANDO

8400000000 - 5

4990010001 - 1

000378118988 - 2

8011657025 - 5

AUTENTICAÇÃO MÓDULO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA CINTHIA GILLO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.690.444 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VALDINEA DE SOUZA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.136.984 / 81, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima VALDINEA DE SOUZA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.136.984 / 81, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|---|------------------------------|--|--|
| Endereço <u>AV. CAPITÃO JOSÉ PESSOA</u> | | Número <u>602</u> | Complemento |
| Bairro <u>LAGOANZE</u> | Cidade <u>JOÃO PESSOA</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58055-345</u> |
| Email <u>CONSULT-FUS.ADVOGADOS@GMAIL.COM</u> | | Telefone comercial(DDD) <u>83 4341-2336</u> | Telefone celular (DDD) <u>83 98663-0588</u> |

JOÃO PESSOA, 17 de JULHO de 2018
 Local e Data

Maria Cinthia Gillo da Silva
 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir Sampaio da Silva,

RG nº 3.424.865, data de expedição 1/1/,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 07312309403, com

domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua das Seringueiras, nº 18,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Valdineia de Sampaio da Silva cujo o condutor era

Valdir Sampaio da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA XR 250 TORNADO

Ano: 2006/2007

Placa: MOB3632/PB

Chassi: 9C2ND34007R0000462

Data do Acidente: 25/12/2017

Local e Data: JOÃO PESSOA, 06/06/2018

Valdir Sampaio da Silva
Assinatura do Declarante

Valdir Sampaio da Silva

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

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO GRUPO

OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB

Reconheço a firma de Valdir Sampaio da Silva

por autenticidade. Dou fé. Em test' _____

Pilar 06/06/2018

Elaine Cristina L. da Silva

TABELIÃO

Serviço Notarial e Registral da Comarca de Pilar - PB
Elaine Cristina L. da Silva
Tabelião Substituta

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL

AGX46U80 - 6WVK

consulte em - <http://www.tjpb.jus.br>



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



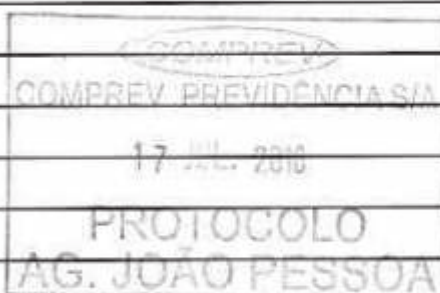
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | |
|--------------------|--------------------------|
| NOME DO PACIENTE | VALDINEIA DE SOUZA SILVA |
| DATA DE NASCIMENTO | 23/07/92 |
| NOME DA MÃE | MARIA LUCIANA DE SOUZA |

DADOS EXTRAÍDOS

| | |
|------------------------|--------------------------------------|
| PRONTUÁRIO N.º | 106.204 |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.050.860 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 25/12/17 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 12:35 |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |
| DIAGNÓSTICO (S) | FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO |
| CID 10 | S72.3 |



AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, trazida pelo Corpo de Bombeiros, consciente e orientada, sem TCE, apresentando fratura exposta de fêmur esquerdo. Internação. Realizado tração transesquelética na tibia esquerda. Posteriormente submetida a tratamento cirúrgico da fratura. Evoluiu bem.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa esquerda
RX de bacia
RX de perna esquerda

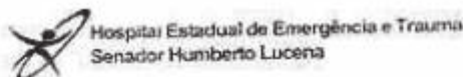
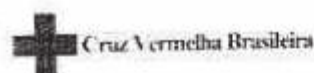
TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de fêmur esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 30/12/17
DATA DA EMISSÃO: 12/04/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



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

Boletim de Atendimento: 1050860



| | | | |
|---|---|--|-----------------------------|
| Identificação do paciente | | | |
| ID 1244234 | Nome WALDINEIA DE SOUZA SILVA | Sexo Feminino | |
| Data de nascimento 23/07/1992 | Idade 25 anos 5 meses 2 dias | Estado civil | Religião |
| Mãe NAO INFORMADO | | Pai NAO INFORMADO | Prontuário |
| Escolaridade | | Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A) | |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 988461532 | DDD Fixo | Fone Fixo |
| Tipo documento | Número documento | Nº Cns | |
| Local de procedência BANCARIOS | | Tipo BAIRRO | UF PB |
| Email | Naturalidade | CBOR | |
| Endereço | | | |
| CEP 58011298 | Município de residência JOAO PESSOA | UF PB | Logradouro 15 DE JANEIRO |
| Número SN | Complemento | | Bairro TRINCHEIRAS |
| Admissão | | | |
| Data e Hora 25/12/2017 12:35:49 | Número da pulseira 1000006181603 | Convênio SUS | |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | | Clinica | |
| Classificação de risco | | Origem do paciente RUA | |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente VEICULO X MOTO | |
| Indicadores e Transporte | | | |
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Não | Trauma Não |
| Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS | | Quem transportou | |
| Sinais Vitais | | | |
| PA X mmHg | | Pulso | Temperatura |
| Exames complementares | | | |
| Ralo X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] |
| | | | Liquor [] |
| | | | ECG [] |
| | | | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>COMPREV</p> <p>COMPREV PREVIDENCIA S/A</p> <p>17 JUL. 2018</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. JOAO PESSOA</p> </div> | | |
| Diagnóstico | CID | | |
| Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL | Tempo 49seg | | |

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

| | | | |
|---|--|---|--|
| Paciente WALDINEIA DE SOUZA SILVA | BAE 1050860 | Data/Hora Entrada 25/12/2017 12:35:49 | Data Baixa |
| Data de nascimento 23/07/1992 | Idade 25 | Sexo Feminino | CNS |
| Mãe NAO INFORMADO | | | Telefone de Contato (83) 988461532 |
| Endereço 15 DE JANEIRO, SN | Bairro TRINCHEIRAS | Município JOAO PESSOA | UF PB |
| Acidente VEICULO X MOTO | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO | Nº Cons. Regional 6371/PB |
| Data/Hora Classificação 25/12/2017 12:35:49 | | Data/Hora Prescrição 25/12/2017 15:50:29 | |
| Convênio S | Nº Matrícula | | Senha |

Anamnese

· vítima de acidente motociclistico, apresenta trauma com exposição ósseas em terço médio da coxa, pulsos de mi esq presente, sem alt. neurol.
RADIOGRAFIA APRESENTA FRATURA DE FEMUR.

CD: SAT/ATB/CURATIVO

AO CENTRO CIRURGICO PARA TTº CIRURGICO DE EMERGENCIA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

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

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 150ML SF 0,9%)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 8,0)

DANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE VOMITOS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 12,0)

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 24H, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA EM JEJUM)

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

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 0,4 ML VIA S.C., 24H

CUIDADOS

CURATIVO

SSVV + CCGG

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

CABECEIRA ELEVADA A 45º

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

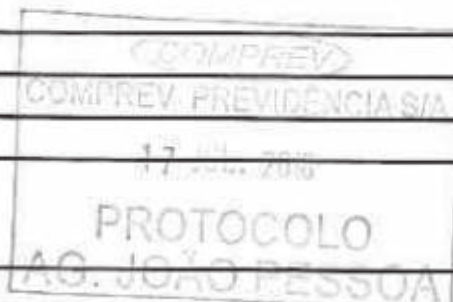
COAGULOGRAMA COMPLETO

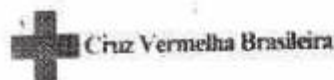
UREIA - SANGUE

CREATININA

SODIO - SORO coletado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 25/12/2017 12:36:38

POTASSIO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Paciente WALDINEIA DE SOUZA SILVA | | BAE 1050860 | Data/Hora Entrada 25/12/2017 12:35:49 | Data Baixa |
| Data de nascimento 23/07/1992 | Idade 25 | Sexo Feminino | CNS | Telefone de Contato (83) 988461532 |
| Mão NAO INFORMADO | | | Prontuário | |
| Endereço 15 DE JANEIRO, SN | Bairro TRINCHEIRAS | Município JOAO PESSOA | UF PB | |
| Acidente VEICULO X MOTO | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE | Nº Cons. Regional 4899/PB | |
| Data/Hora Classificação 25/12/2017 12:35:49 | | Data/Hora Prescrição 25/12/2017 13:50:58 | | |
| Convênio SUS | Nº Matrícula | | | Senha |

anamnese

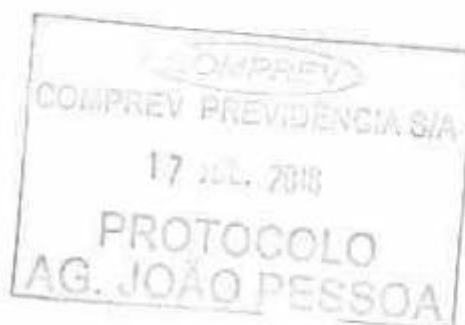
atura de femur esquerdo. Nao há sinais de lesao vascular. Pulsos presentes. Ausencia de sinais de síndrome compartimental.
Alta da vascular.

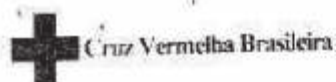
Conduta

Em observação

WALDINEIA DE SOUZA SILVA

FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE
(: 4899/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

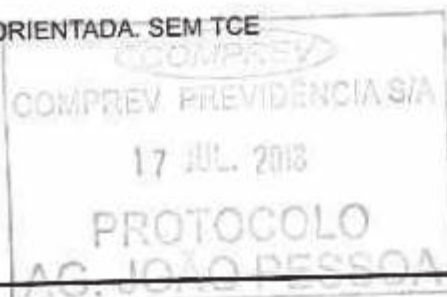
CNES: 6121221

| | | | | |
|---|--------------------|--|--|--|
| Paciente WALDINEIA DE SOUZA SILVA | | BAE 1050860 | Data/Hora Entrada 25/12/2017 12:35:49 | Data Baixa |
| Data de nascimento 23/07/1992 | Idade 25 | Sexo Feminino | CNS | Telefone de Contato (83) 988461532 |
| Mãe NAO INFORMADO | | | Prontuário | |
| Endereço 15 DE JANEIRO, SN | | Bairro TRINCHEIRAS | Município JOAO PESSOA | UF PB |
| Acidente VEICULO X MOTO | | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA | Nº Cons. Regional 7253/PB |
| Data/Hora Classificação 25/12/2017 12:35:49 | | | Data/Hora Prescrição 25/12/2017 12:43:19 | |
| Convênio S | | Nº Matrícula | Senha | |

Anamnese

ACIDENTE MOTOCICLETA. TRAZIDA POR BOMBEIROS. CONSCIENTE E ORIENTADA. SEM TCE
FRATURA EXPOSTA DE FEMUR A ESQUERDA
ABDOMEN E TORAX NDN
DEMAIS EXTREMIDADES NDN

CD: ALTA CIRURGIA GERAL
AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
AVALIAÇÃO CIRURGIA VASCULAR
ANALGESIA E SUPORTE VOLEMICO



MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MG/SM)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 2 DIA(S)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

| Código | Descrição |
|--------|------------------------------|
| T14.9 | Traumatismo não especificado |

Conduta

Em observação

Eduardo Motta Braga
Cir. Geral / Urgência
CRM-PB 7253 / CREA-PB 2000

WALDINEIA DE SOUZA SILVA

EDUARDO MOTTA BRAGA
(7253/PB)

| NOME DO PACIENTE: WALDINEIA DE SOUZA SILVA | |
|---|--|
| ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA | SETOR: HTOP |
| PESO: | ENFERMARIA: 03 |
| ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual: | |
| Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão | |
| MEDICAMENTO | APRAZAMENTO |
| 1 DIETALIVRE | |
| 2 CAPTOPRIL 25MG SE PAS >160 OU PAD >100 | |
| 3 DPIRONA EV + AD 6/6H | |
| 4 TRAMAL 100MG + SF 100ML EV 8/8H SE DOR | |
| 5 CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6H | |
| 6 NAUSEDRON 01 AMPOLA + AD EV 8/8 S/N | |
| 7 CCGG + SSVV | |
| 8 GLEXANE 40MG SC 1X AO DIA | |
| 9 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H | |
| 10 CURATIVO DIÁRIO | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |
| 16 | |
| 17 | |
| IPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S) | FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO |
| EVOLUÇÃO MÉDICA | PACIENTE EVOLUI BEM, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, 1º DPO FX FÊMUR |
| CONDUTA DIÁRIA | VPM |
| Assinatura do Médico com Carimbo e CRM | Servidor da Farmácia |

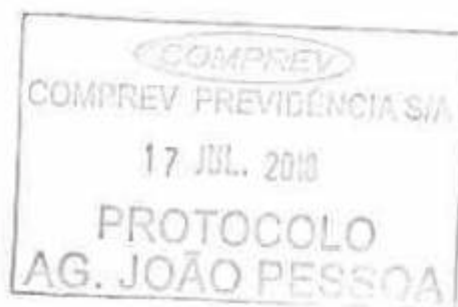
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSIII,
Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|--------------------------|--|----------------------|--|-------|----------|
| Nome | | Data de Nascimento | | Idade | Sexo |
| WALDINEIA DE SOUZA SILVA | | 23/07/1992 | | 25 | FEMININO |
| Motivo do Atendimento | | Enfermaria / Leito | | Val | |
| Convenio | | HTOP - ENF 03 / 0002 | | 28/ | |
| SUS | | Matricula | | | |

| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Int |
|---|--------|------|-------------------------------------|--------|------------|
| 1 DIETA LIVRE | 0.0 | | | ORAL | |
| 2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML) | 2000.0 | ML | | E.V. | |
| 3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) | 2.0 | ML | | E.V. | |
| 4 CETOPROFENO 100 MG | 100.0 | MG | Observação: DILUIR EM 150ML SF 0,9% | E.V. | |
| 5 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML) | 2.0 | ML | SE DOR INTENSA | E.V. | |
| 6 ONDANSETRONA | 4.0 | ML | SE VOMITOS | E.V. | |
| 7 OMEPRAZOL | 40.0 | MG | Observação: PELA MANHA EM JEJUM | E.V. | |
| 8 CEFALOTINA 1G | 1000.0 | MG | | E.V. | |
| 9 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA | 0.4 | ML | | S.C. | |
| 10 CURATIVO | 0.0 | | | | |
| 11 SSVV + CCGG | 0.0 | | | | |
| 12 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA | 0.0 | | | | |
| 13 CABECEIRA ELEVADA A 45° | 0.0 | | | | |

VICTOR LINHARES LUGUINHO
CRM: 10894



NOME DO PACIENTE: WALDINEIA DE SOUZA SILVA

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

SETOR: HTOP

ENFERMARIA: 03

PESO: ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:

Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração
prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão

MEDICAMENTO

| | MEDICAMENTO | APRAZAM |
|----|--|--------------|
| 1 | DIETA V.O. LIVRE | +++ |
| | CAPTAPRIL 25MG SE PAS >160 OU PAD >100 | |
| 2 | DPIRONA EV+AD 6/6H | |
| 3 | TRAMAL 100MG + SF 100ML EV 8/8H SE DOR | IF 2/3 |
| 4 | CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6H | SIN 3/3 |
| 5 | NAUSEDON 01 AMPOLA + AD EV 8/8 S/N | IF 2/3 |
| 6 | CCGG + SSVV | |
| 7 | CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA | |
| 8 | TILATIL 20MG + AD EV 12/12H | IF (2-3) 3/3 |
| 9 | CURATIVO DIÁRIO | |
| 10 | Hemotransfusão IV | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |

IPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)

FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE EVOLUI BEM, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SOLICITO EXAMES PRÉ-OP (27/12/2017)

CONDUTA DIÁRIA

Assinatura do Médico com Carimbo e CRM

Servidor da Farmácia

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL
Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

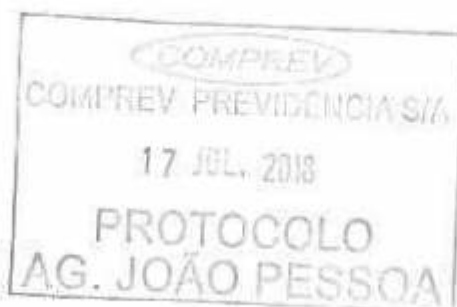
17 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|---|--|--|--------------------|-------------------------|---------------------------|
| Nome WALDINEIA DE SOUZA SILVA | | Data de Nascimento 23/07/1992 | Idade 25 | Sexo FEMININO | Nº 103 |
| Motivo do Atendimento | | Enfermaria / Leito BLOCO - URPA ENF 41 / LEITO URPA - 9005 | | | Validade 26/12/ |
| Convenio SUS | | Matricula | | | |

| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. |
|---|--------|------|-------------------------------------|--------|-------------|
| 1 DIETA LIVRE | 0.0 | | | ORAL | |
| 2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML) | 2000.0 | ML | | E.V. | |
| 3 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) | 2.0 | ML | | E.V. | |
| 4 CETOPROFENO 100 MG | 100.0 | MG | Observação: DILUIR EM 150ML SF 0,9% | E.V. | |
| 5 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML) | 2.0 | ML | SE DOR INTENSA | E.V. | |
| 6 ONDANSETRONA | 4.0 | ML | SE VOMITOS | E.V. | |
| 7 OMEPRAZOL | 40.0 | MG | Observação: PELA MANHA EM JEJUM | E.V. | |
| 8 CEFALOTINA 1G | 1000.0 | MG | | E.V. | |
| 9 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA | 0.4 | ML | | S.C. | |
| 10 CURATIVO | 0.0 | | | | |
| 11 SSVV + CCGG | 0.0 | | | | |
| 12 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA | 0.0 | | | | |
| 13 CABECEIRA ELEVADA A 45° | 0.0 | | | | |

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE
CRM: 6229





Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SE R F D O R H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|----------------------------------|--|----------------------------------|-------------|------------------|------------------|
| Nome WALDINEIA DE SOUZA SILVA | | Data de Nascimento 23/07/1992 | Idade 25 | Sexo FEMININO | Nº 10 |
| Motivo do Atendimento | | Enfermaria / Leito | | | Validar 25/12 |
| Convenio SUS | | Matricula | | | |

| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. |
|---|--------|------|-------------------------------------|--------|-------------|
| 1 DIETA LIVRE | 0.0 | | | ORAL | |
| 2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML) | 2000.0 | ML | | E.V. | |
| 3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) | 2.0 | ML | | E.V. | |
| 4 CETOPROFENO 100 MG | 100.0 | MG | Observação: DILUIR EM 150ML SF 0,9% | E.V. | |
| 5 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML) | 2.0 | ML | SE DOR INTENSA | E.V. | |
| 6 ONDANSETRONA | 4.0 | ML | SE VOMITOS | E.V. | |
| 7 OMEPRAZOL | 40.0 | MG | Observação: PELA MANHA EM JEJUM | E.V. | |
| 8 CEFALOTINA 1G | 1000.0 | MG | | E.V. | |
| 9 ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA | 0.4 | ML | | S.C. | |
| 10 CURATIVO | 0.0 | | | | |
| 11 SSVV + CCGG | 0.0 | | | | |
| 12 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA | 0.0 | | | | |
| 13 CABECEIRA ELEVADA A 45° | 0.0 | | | | |

FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO
CRM: 6371

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 JUL. 2010
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|----------------------------------|--|----------------------------------|-------------|------------------|--------------------|
| Nome WALDINEIA DE SOUZA SILVA | | Data de Nascimento 23/07/1992 | Idade 25 | Sexo FEMININO | Nº 10 |
| Motivo do Atendimento | | Enfermaria / Leito | | | Validade 25/12/ |
| Convenio SUS | | | | Matricula | |

| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. |
|---|--------|------|--|---------------|-------------|
| 1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) | 2.0 | ML | | E.V. | |
| Diluir em AGUA DESTILADA | 10.0 | ML | | | |
| 2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML) | 1000.0 | ML | | E.V. | |
| 3 TETANOGAMMA | 250.0 | UI |  | INTRAMUSCULAR | |
| 4 CEFALOTINA 1G | 1000.0 | MG | | E.V. | |

EDUARDO MOTTA BRAGA
CRM: 7253



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

Número:

Paciente: Waldineia de Souza Silva

Procedimento: TC. Frat. de Fêmur distal Esq.

SUS: (X) Não SUS

Médico: D^{ro} Brúcio

Prontuário: 1050860

Data: 28 / 12 / 17

Reposição:

| FORNECEDOR | DISPENSÇÃO CME | |
|------------|----------------------|------------|
| | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE |
| TM. | ex 4,5 | |
| | Placa 10 Furos | |
| | Parafuso. cortical | (01). |
| | N ^o 28 | (03) |
| | N ^o 30 | (04) |
| | N ^o 32. | (1) |
| | N ^o 38 | (1). |
| | ++ ++ | |

| FORNECEDOR | DISPENSÇÃO - FARMÁCIA | |
|------------|----------------------------------|------------|
| | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE |
| B-Braun | Agulhas de Bloqueio de Plexo A50 | (01). |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Nome: Waldineia de Souza Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 28/12/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento de Fratura Diáfise da Fêmur E
 Cirurgião: Dr. Bruno 1º Assistente: Dr. Bruno
 2º Assistente: Dr. Airo 3º Assistente: Dr. Loui
 Instrumentador: Victor MRJ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|-----------------------------------|------|
| Fratura Diáfise da Fêmur Esquerda | S72. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---|--------|
| Tratamento de Fratura Diáfise da Fêmur Esquerda | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 JUL. 2018
PRÓTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM: _____

Victor Linhares
MÉDICO
CRM 8184-04
CRM 10034-PE

João Pessoa, 28/12/17

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 DDH sob Anestesia
- 2 Anestesia, Antissepsia, CCE

Incisão:

- 3 Via de Acesso lateral ao Fêmur distal E
- 4 Incisão longitudinal em coto E
- 5 Pinagem por Placa
- 6 Hemostase

Achados:

- 7 Fr. distal do fêmur E

Conduta:

- 8 Redução aberta
- 9 Fixação com Placa DCP 10 Furos
- 10 Parafusos corticais 4,5mm
- 11 Sutura por Placa
- 12 Curativo estéril

Fechamento:

Observação:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 JUL. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM:

Victor Linhares
Médico
CRM 9184-RN
10334-PB

João Pessoa

28/12/17

| | | | | | |
|---|--|---|------------------------------|--|-------------------------|
| NOME DO PACIENTE: Waldineir de Souza Silva | | IDADE: 25 SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 10/05/1986 | | ENFERMARIA: 03 LEITO: 02 | |
| CIRURGIA: TC. Fract. de Fêmur distal Esq. | | CIRURGIÃO: DRE Buiques | | RES. DRE: Victor | |
| ANESTESIA: Bloqueio de Plexo + Raqui. | | ANESTESISTA: DRE Pamela Nobrega | | | |
| INSTRUMENTADOR: | | | | | |
| DATA: 28/12/17 | | TEMPO CIRÚRGICO: 09:40 | | CIRURGIÃO: 09:50 12:40 | |
| ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE) | | | | | |
| ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 () | | | | | |
| GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA | | | | | |
| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS | | QTD. | MATERIAIS CONT. | QTD. | FIOS |
| ALFENTANIL | | | SELCO Nº18 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº |
| BUPIVACAÍNA ISOBARICA | | | SELCO Nº20 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº |
| BUPIVACAÍNA PESADA | | | SELCO Nº22 | | FIO DE AÇO Nº |
| CETAMINA | | | SELCO Nº24 | | FIO DE AÇO Nº |
| DROPERIDOL | | | KIT SIST. DREN. TORAXICA Nº | | FIO DE NYLON Nº 30 |
| ETOMIDATO | | | LÂMINA BISTURI Nº11 | | FIO DE NYLON Nº 20 |
| FENOBARBITAL | | | LÂMINA BISTURI Nº15 | | FIO DE NYLON Nº |
| TENTANIL | | | LÂMINA BISTURI Nº21 | | FIO POLIGLACTINA Nº |
| FLUMAZENIL | | | LÂMINA BISTURI Nº24 | | FIO POLIGLACTINA Nº |
| ISOFLURANO | | | LÂMINA DE DERMATOMO | | FIO POLIGLACTINA Nº |
| LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO | | | LÂMINA DE ENXERTO | | FIO POLIPROPILENO Nº |
| LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO | | | LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. | | FIO POLIPROPILENO Nº |
| LIDOCAÍNA C/VASO | | | LUVA ESTÉRIL Nº7.0 | | FIO POLIPROPILENO Nº |
| LIDOCAÍNA S/VASO | | | LUVA ESTÉRIL Nº7.5 | | FIO POLIGLACTONE Nº |
| MIDAZOLAM | | | LUVA ESTÉRIL Nº8.0 | | FIO SEDA Nº |
| MORFINA | | | LUVA ESTÉRIL Nº8.5 | | FITA CARDÍACA |
| NDMBUM | | | MÁSCARA CIRÚRGICA | | MATERIAL ESPECIAL |
| PANCLORÓLIO | | | MULTIVIAS | | CATETER DE PIC |
| PETIDINA | | | PERFORADOR DE SORO | | CIMENTO CIRÚRGICO |
| PROPOFOL | | | SCALP Nº19 | | CLIP TITÂNIO LIGADURA |
| RAMIFENTANIL | | | SCALP Nº21 | | FIO DE KIRSCHNER Nº |
| ROCURÔNIO | | | SERINGA 3ML | | FIO DE KIRSCHNER Nº |
| SEVOFLURANO | | | SERINGA 5ML | | FIO STEEDMAN Nº |
| SUXAMETÔNIO | | | SERINGA 10ML | | FIO STEEDMAN Nº |
| TIOPENTAL | | | SERINGA 20ML | | GRAMPEADOR CIRÚRGICO |
| MEDICAÇÕES | | QTD. | BOLSA P/ COLOSTOMIA | | HEMOST. ABSORVÍVEL |
| ADRENALINA | | | CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº | | KIT DERIVA. VENTRICULAR |
| ÁGUA DESTILADA | | | CATETER DE OXIGÊNIO | | PRÓTESE VASCULAR |
| ATROPINA | | | CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº | | KIT PAM |
| BEXTRA | | | CATETER EPIDURAL Nº16 | | FIXADOR EXTERNO |
| CEFALOTINA | | | CATETER EPIDURAL Nº17 | | |
| DEXAMETASONA | | | CATETER EPIDURAL Nº18 | | EMPRESA |
| DIPIRONA SÓDICA | | | CERA PARA OSSO | | PARAFUSOS CORTICAIS |
| EYEDRINA | | | COLET. URINA FECHADO | | PARAFUSOS CORTICAIS |
| FUROSEMIDA | | | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | | PARAFUSOS ESPONJOSO |
| GLICOSE 50% | | | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | | PARAFUSOS ESPONJOSO |
| GLUCONATO DE CÁLCIO | | | DRENO DE PENROSE | | PARAFUSOS MALBOLAR |
| HIDROCORTISONA | | | DRENO DE SUÇÃO | | PARAFUSOS MALBOLAR |
| LIDOCAÍNA GELÉIA | | | ELETRODOS | | PLACA |
| ONDASENTRONA | | | EQUIPO MACROGOTAS | | PLACA |
| PLASEL | | | EQUIPO TRANSF. SANGUE | | |
| PROSTIGMINE | | | EQUIPO MICROGOTAS | | EQUIPAMENTOS |
| PROTAMINA | | | ESPONJA DE PVPI | | () ASPIRADOR |
| TENOXICAN | | | ESPARADRAPO | | () BISTURI ELÉTRICO |
| | | | GAZES | | () CAPNÓGRAFO |
| | | | GAZES ALGODOADAS | | () CARDIOMONITOR |
| | | | GEL ELETROLÍTICO | | () DESFIBRILADOR |
| | | | SELCO Nº14 | | () FOCO AUXILIAR |
| | | | SELCO Nº16 | | () FOCO CENTRAL |
| | | | | | () MICROSCÓPIO |
| | | | | | () OXÍMETRO DE PULSO |
| | | | | | () P.A. INVASIVA |
| | | | | | () PERFUSOR ELÉTRICO |
| | | | | | () SUTURA |
| | | | | | CIRCULANTE |

B. Braun Adulha de Plexo A 50 (01).
 CX 4.5 = Placa 10 Furos (01).
 Parafuso cortical Nº 38 (03).
 " " Nº 30 (04).
 " " Nº 32 (01).
 " " Nº 38 (01).



Visita Pré Anestésica

DATA 28/11/12

PRONTUÁRIO:

NOME DO PACIENTE: Waldemir de Souza

Idade: 25

Sexo: M

Profissão:

Patologia principal:

Cirurgia:

Anestesia proposta:

Ex digestivo de fezes
Regim

Dor no peito, angina?

infarto? [] <3M [] 3-6M [] >6M

Pressão alta?

Sopro, febre reumática?

Arritmia, taquicardia: [] espontânea

nos esforços: [] pouq. [] médios

Edema de MMII: [] Tendo [] Verão

Disponibilidade de decúbito []

nos esforços: [] pouq. [] médios

Asma brônquica:

Tosse catarro? (cor)

Fumante: há anos. Parou há

Desmaios, tonturas?

Convulsões, abalos, tremores?

Fraqueza muscular, miopatia?

Dor nas juntas, artrite, colagenose?

Problema de coluna?

Estilista social

Alcoolatra: há anos. Parou há

Diabete?

Doença da tireoide?

Mudança no hábito menstrual?

Modificação no apetite?

Queimadura, azia, H de Histo, dor?

Náuseas, vômitos? (cor)

Mudança no hábito intestinal?

Alteração na cor das fezes?

Perda de peso > 5kg?

Hepatite, icterícia, malária, Chagas?

Anemia?

Sangramento? (onde?)

Hematomas, manchas roxas?

Gripe, febre, recente?

Está ou pode estar grávida? (DUM)

Tem problema de surdez, visão?

Tem febre alta quando foi operado?

Recebeu Transf. sangue? Há 28/11/12 X

Aceita transf. sangue numa emergência? X

Alergia a drogas?

Quadro clínico?

Tratamento?

Alergia a pó, lá, odores, alimentos?

Quadro clínico?

Tratamento?

Alergia a derivados de borraça?

Quadro clínico?

Tratamento?

PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos)

A criança é prematuro?

A criança tem [] de desenvolvimento?

A criança está gripada, o-tosse, febre?

A criança tem outra doença?

ANTECEDENTES FAMILIARES DE:

[] diabete [] doença crônica [] miopatia

[] febre alta durante a anestesia?

[] problema durante a anestesia?

Qual?

Dados importantes da Anamnese: EF

Cirurgias / Anestésias / Complicações

Medicamentos (Dieta)

Sintomas funcionais
H1E
Sensibilidade
prefero carne- traço transegiu
- transegiu
- susianu

Nega

EXAME FÍSICO

Peso: 60kg Altura: 1,70m PA: 120/80 P: 70bpm
Coração desc. - ritmo regular - 100bpm - S1 - S2 - S3 - S4 - S5 - S6 - S7 - S8 - S9 - S10 - S11 - S12 - S13 - S14 - S15 - S16 - S17 - S18 - S19 - S20 - S21 - S22 - S23 - S24 - S25 - S26 - S27 - S28 - S29 - S30 - S31 - S32 - S33 - S34 - S35 - S36 - S37 - S38 - S39 - S40 - S41 - S42 - S43 - S44 - S45 - S46 - S47 - S48 - S49 - S50 - S51 - S52 - S53 - S54 - S55 - S56 - S57 - S58 - S59 - S60 - S61 - S62 - S63 - S64 - S65 - S66 - S67 - S68 - S69 - S70 - S71 - S72 - S73 - S74 - S75 - S76 - S77 - S78 - S79 - S80 - S81 - S82 - S83 - S84 - S85 - S86 - S87 - S88 - S89 - S90 - S91 - S92 - S93 - S94 - S95 - S96 - S97 - S98 - S99 - S100 - S101 - S102 - S103 - S104 - S105 - S106 - S107 - S108 - S109 - S110 - S111 - S112 - S113 - S114 - S115 - S116 - S117 - S118 - S119 - S120 - S121 - S122 - S123 - S124 - S125 - S126 - S127 - S128 - S129 - S130 - S131 - S132 - S133 - S134 - S135 - S136 - S137 - S138 - S139 - S140 - S141 - S142 - S143 - S144 - S145 - S146 - S147 - S148 - S149 - S150 - S151 - S152 - S153 - S154 - S155 - S156 - S157 - S158 - S159 - S160 - S161 - S162 - S163 - S164 - S165 - S166 - S167 - S168 - S169 - S170 - S171 - S172 - S173 - S174 - S175 - S176 - S177 - S178 - S179 - S180 - S181 - S182 - S183 - S184 - S185 - S186 - S187 - S188 - S189 - S190 - S191 - S192 - S193 - S194 - S195 - S196 - S197 - S198 - S199 - S200 - S201 - S202 - S203 - S204 - S205 - S206 - S207 - S208 - S209 - S210 - S211 - S212 - S213 - S214 - S215 - S216 - S217 - S218 - S219 - S220 - S221 - S222 - S223 - S224 - S225 - S226 - S227 - S228 - S229 - S230 - S231 - S232 - S233 - S234 - S235 - S236 - S237 - S238 - S239 - S240 - S241 - S242 - S243 - S244 - S245 - S246 - S247 - S248 - S249 - S250 - S251 - S252 - S253 - S254 - S255 - S256 - S257 - S258 - S259 - S260 - S261 - S262 - S263 - S264 - S265 - S266 - S267 - S268 - S269 - S270 - S271 - S272 - S273 - S274 - S275 - S276 - S277 - S278 - S279 - S280 - S281 - S282 - S283 - S284 - S285 - S286 - S287 - S288 - S289 - S290 - S291 - S292 - S293 - S294 - S295 - S296 - S297 - S298 - S299 - S300 - S301 - S302 - S303 - S304 - S305 - S306 - S307 - S308 - S309 - S310 - S311 - S312 - S313 - S314 - S315 - S316 - S317 - S318 - S319 - S320 - S321 - S322 - S323 - S324 - S325 - S326 - S327 - S328 - S329 - S330 - S331 - S332 - S333 - S334 - S335 - S336 - S337 - S338 - S339 - S340 - S341 - S342 - S343 - S344 - S345 - S346 - S347 - S348 - S349 - S350 - S351 - S352 - S353 - S354 - S355 - S356 - S357 - S358 - S359 - S360 - S361 - S362 - S363 - S364 - S365 - S366 - S367 - S368 - S369 - S370 - S371 - S372 - S373 - S374 - S375 - S376 - S377 - S378 - S379 - S380 - S381 - S382 - S383 - S384 - S385 - S386 - S387 - S388 - S389 - S390 - S391 - S392 - S393 - S394 - S395 - S396 - S397 - S398 - S399 - S400 - S401 - S402 - S403 - S404 - S405 - S406 - S407 - S408 - S409 - S410 - S411 - S412 - S413 - S414 - S415 - S416 - S417 - S418 - S419 - S420 - S421 - S422 - S423 - S424 - S425 - S426 - S427 - S428 - S429 - S430 - S431 - S432 - S433 - S434 - S435 - S436 - S437 - S438 - S439 - S440 - S441 - S442 - S443 - S444 - S445 - S446 - S447 - S448 - S449 - S450 - S451 - S452 - S453 - S454 - S455 - S456 - S457 - S458 - S459 - S460 - S461 - S462 - S463 - S464 - S465 - S466 - S467 - S468 - S469 - S470 - S471 - S472 - S473 - S474 - S475 - S476 - S477 - S478 - S479 - S480 - S481 - S482 - S483 - S484 - S485 - S486 - S487 - S488 - S489 - S490 - S491 - S492 - S493 - S494 - S495 - S496 - S497 - S498 - S499 - S500 - S501 - S502 - S503 - S504 - S505 - S506 - S507 - S508 - S509 - S510 - S511 - S512 - S513 - S514 - S515 - S516 - S517 - S518 - S519 - S520 - S521 - S522 - S523 - S524 - S525 - S526 - S527 - S528 - S529 - S530 - S531 - S532 - S533 - S534 - S535 - S536 - S537 - S538 - S539 - S540 - S541 - S542 - S543 - S544 - S545 - S546 - S547 - S548 - S549 - S550 - S551 - S552 - S553 - S554 - S555 - S556 - S557 - S558 - S559 - S560 - S561 - S562 - S563 - S564 - S565 - S566 - S567 - S568 - S569 - S570 - S571 - S572 - S573 - S574 - S575 - S576 - S577 - S578 - S579 - S580 - S581 - S582 - S583 - S584 - S585 - S586 - S587 - S588 - S589 - S590 - S591 - S592 - S593 - S594 - S595 - S596 - S597 - S598 - S599 - S600 - S601 - S602 - S603 - S604 - S605 - S606 - S607 - S608 - S609 - S610 - S611 - S612 - S613 - S614 - S615 - S616 - S617 - S618 - S619 - S620 - S621 - S622 - S623 - S624 - S625 - S626 - S627 - S628 - S629 - S630 - S631 - S632 - S633 - S634 - S635 - S636 - S637 - S638 - S639 - S640 - S641 - S642 - S643 - S644 - S645 - S646 - S647 - S648 - S649 - S650 - S651 - S652 - S653 - S654 - S655 - S656 - S657 - S658 - S659 - S660 - S661 - S662 - S663 - S664 - S665 - S666 - S667 - S668 - S669 - S670 - S671 - S672 - S673 - S674 - S675 - S676 - S677 - S678 - S679 - S680 - S681 - S682 - S683 - S684 - S685 - S686 - S687 - S688 - S689 - S690 - S691 - S692 - S693 - S694 - S695 - S696 - S697 - S698 - S699 - S700 - S701 - S702 - S703 - S704 - S705 - S706 - S707 - S708 - S709 - S710 - S711 - S712 - S713 - S714 - S715 - S716 - S717 - S718 - S719 - S720 - S721 - S722 - S723 - S724 - S725 - S726 - S727 - S728 - S729 - S730 - S731 - S732 - S733 - S734 - S735 - S736 - S737 - S738 - S739 - S740 - S741 - S742 - S743 - S744 - S745 - S746 - S747 - S748 - S749 - S750 - S751 - S752 - S753 - S754 - S755 - S756 - S757 - S758 - S759 - S760 - S761 - S762 - S763 - S764 - S765 - S766 - S767 - S768 - S769 - S770 - S771 - S772 - S773 - S774 - S775 - S776 - S777 - S778 - S779 - S780 - S781 - S782 - S783 - S784 - S785 - S786 - S787 - S788 - S789 - S790 - S791 - S792 - S793 - S794 - S795 - S796 - S797 - S798 - S799 - S800 - S801 - S802 - S803 - S804 - S805 - S806 - S807 - S808 - S809 - S810 - S811 - S812 - S813 - S814 - S815 - S816 - S817 - S818 - S819 - S820 - S821 - S822 - S823 - S824 - S825 - S826 - S827 - S828 - S829 - S830 - S831 - S832 - S833 - S834 - S835 - S836 - S837 - S838 - S839 - S840 - S841 - S842 - S843 - S844 - S845 - S846 - S847 - S848 - S849 - S850 - S851 - S852 - S853 - S854 - S855 - S856 - S857 - S858 - S859 - S860 - S861 - S862 - S863 - S864 - S865 - S866 - S867 - S868 - S869 - S870 - S871 - S872 - S873 - S874 - S875 - S876 - S877 - S878 - S879 - S880 - S881 - S882 - S883 - S884 - S885 - S886 - S887 - S888 - S889 - S890 - S891 - S892 - S893 - S894 - S895 - S896 - S897 - S898 - S899 - S900 - S901 - S902 - S903 - S904 - S905 - S906 - S907 - S908 - S909 - S910 - S911 - S912 - S913 - S914 - S915 - S916 - S917 - S918 - S919 - S920 - S921 - S922 - S923 - S924 - S925 - S926 - S927 - S928 - S929 - S930 - S931 - S932 - S933 - S934 - S935 - S936 - S937 - S938 - S939 - S940 - S941 - S942 - S943 - S944 - S945 - S946 - S947 - S948 - S949 - S950 - S951 - S952 - S953 - S954 - S955 - S956 - S957 - S958 - S959 - S960 - S961 - S962 - S963 - S964 - S965 - S966 - S967 - S968 - S969 - S970 - S971 - S972 - S973 - S974 - S975 - S976 - S977 - S978 - S979 - S980 - S981 - S982 - S983 - S984 - S985 - S986 - S987 - S988 - S989 - S990 - S991 - S992 - S993 - S994 - S995 - S996 - S997 - S998 - S999 - S1000 - S1001 - S1002 - S1003 - S1004 - S1005 - S1006 - S1007 - S1008 - S1009 - S1010 - S1011 - S1012 - S1013 - S1014 - S1015 - S1016 - S1017 - S1018 - S1019 - S1020 - S1021 - S1022 - S1023 - S1024 - S1025 - S1026 - S1027 - S1028 - S1029 - S1030 - S1031 - S1032 - S1033 - S1034 - S1035 - S1036 - S1037 - S1038 - S1039 - S1040 - S1041 - S1042 - S1043 - S1044 - S1045 - S1046 - S1047 - S1048 - S1049 - S1050 - S1051 - S1052 - S1053 - S1054 - S1055 - S1056 - S1057 - S1058 - S1059 - S1060 - S1061 - S1062 - S1063 - S1064 - S1065 - S1066 - S1067 - S1068 - S1069 - S1070 - S1071 - S1072 - S1073 - S1074 - S1075 - S1076 - S1077 - S1078 - S1079 - S1080 - S1081 - S1082 - S1083 - S1084 - S1085 - S1086 - S1087 - S1088 - S1089 - S1090 - S1091 - S1092 - S1093 - S1094 - S1095 - S1096 - S1097 - S1098 - S1099 - S1100 - S1101 - S1102 - S1103 - S1104 - S1105 - S1106 - S1107 - S1108 - S1109 - S1110 - S1111 - S1112 - S1113 - S1114 - S1115 - S1116 - S1117 - S1118 - S1119 - S1120 - S1121 - S1122 - S1123 - S1124 - S1125 - S1126 - S1127 - S1128 - S1129 - S1130 - S1131 - S1132 - S1133 - S1134 - S1135 - S1136 - S1137 - S1138 - S1139 - S1140 - S1141 - S1142 - S1143 - S1144 - S1145 - S1146 - S1147 - S1148 - S1149 - S1150 - S1151 - S1152 - S1153 - S1154 - S1155 - S1156 - S1157 - S1158 - S1159 - S1160 - S1161 - S1162 - S1163 - S1164 - S1165 - S1166 - S1167 - S1168 - S1169 - S1170 - S1171 - S1172 - S1173 - S1174 - S1175 - S1176 - S1177 - S1178 - S1179 - S1180 - S1181 - S1182 - S1183 - S1184 - S1185 - S1186 - S1187 - S1188 - S1189 - S1190 - S1191 - S1192 - S1193 - S1194 - S1195 - S1196 - S1197 - S1198 - S1199 - S1200 - S1201 - S1202 - S1203 - S1204 - S1205 - S1206 - S1207 - S1208 - S1209 - S1210 - S1211 - S1212 - S1213 - S1214 - S1215 - S1216 - S1217 - S1218 - S1219 - S1220 - S1221 - S1222 - S1223 - S1224 - S1225 - S1226 - S1227 - S1228 - S1229 - S1230 - S1231 - S1232 - S1233 - S1234 - S1235 - S1236 - S1237 - S1238 - S1239 - S1240 - S1241 - S1242 - S1243 - S1244 - S1245 - S1246 - S1247 - S1248 - S1249 - S1250 - S1251 - S1252 - S1253 - S1254 - S1255 - S1256 - S1257 - S1258 - S1259 - S1260 - S1261 - S1262 - S1263 - S1264 - S1265 - S1266 - S1267 - S1268 - S1269 - S1270 - S1271 - S1272 - S1273 - S1274 - S1275 - S1276 - S1277 - S1278 - S1279 - S1280 - S1281 - S1282 - S1283 - S1284 - S1285 - S1286 - S1287 - S1288 - S1289 - S1290 - S1291 - S1292 - S1293 - S1294 - S1295 - S1296 - S1297 - S1298 - S1299 - S1300 - S1301 - S1302 - S1303 - S1304 - S1305 - S1306 - S1307 - S1308 - S1309 - S1310 - S1311 - S1312 - S1313 - S1314 - S1315 - S1316 - S1317 - S1318 - S1319 - S1320 - S1321 - S1322 - S1323 - S1324 - S1325 - S1326 - S1327 - S1328 - S1329 - S1330 - S1331 - S1332 - S1333 - S1334 - S1335 - S1336 - S1337 - S1338 - S1339 - S1340 - S1341 - S1342 - S1343 - S1344 - S1345 - S1346 - S1347 - S1348 - S1349 - S1350 - S1351 - S1352 - S1353 - S1354 - S1355 - S1356 - S1357 - S1358 - S1359 - S1360 - S1361 - S1362 - S1363 - S1364 - S1365 - S1366 - S1367 - S1368 - S1369 - S1370 - S1371 - S1372 - S1373 - S1374 - S1375 - S1376 - S1377 - S1378 - S1379 - S1380 - S1381 - S1382 - S1383 - S1384 - S1385 - S1386 - S1387 - S1388 - S1389 - S1390 - S1391 - S1392 - S1393 - S1394 - S1395 - S1396 - S1397 - S1398 - S1399 - S1400 - S1401 - S1402 - S1403 - S1404 - S1405 - S1406 - S1407 - S1408 - S1409 - S1410 - S1411 - S1412 - S1413 - S1414 - S1415 - S1416 - S1417 - S1418 - S1419 - S1420 - S1421 - S1422 - S1423 - S1424 - S1425 - S1426 - S1427 - S1428 - S1429 - S1430 - S1431 - S1432 - S1433 - S1434 - S1435 - S1436 - S1437 - S1438 - S1439 - S1440 - S1441 - S1442 - S1443 - S1444 - S1445 - S1446 - S1447 - S1448 - S1449 - S1450 - S1451 - S1452 - S1453 - S1454 - S1455 - S1456 - S1457 - S1458 - S1459 - S1460 - S1461 - S1462 - S1463 - S1464 - S1465 - S1466 - S1467 - S1468 - S1469 - S1470 - S1471 - S1472 - S1473 - S1474 - S1475 - S1476 - S1477 - S1478 - S1479 - S1480 - S1481 - S1482 - S1483 - S1484 - S1485 - S1486 - S1487 - S1488 - S1489 - S1490 - S1491 - S1492 - S1493 - S1494 - S1495 - S1496 - S1497 - S1498 - S1499 - S1500 - S1501 - S1502 - S1503 - S1504 - S1505 - S1506 - S1507 - S1508 - S1509 - S1510 - S1511 - S1512 - S1513 - S1514 - S1515 - S1516 - S1517 - S1518 - S1519 - S1520 - S1521 - S1522 - S1523 - S1524 - S1525 - S1526 - S1527 - S1528 - S1529 - S1530 - S1531 - S1532 - S1533 - S1534 - S1535 - S1536 - S1537 - S1538 - S1539 - S1540 - S1541 - S1542 - S1543 - S1544 - S1545 - S1546 - S1547 - S1548 - S1549 - S1550 - S1551 - S1552 - S1553 - S1554 - S1555 - S1556 - S1557 - S1558 - S1559 - S1560 - S1561 - S1562 - S1563 - S1564 - S1565 - S1566 - S1567 - S1568 - S1569 - S1570 - S1571 - S1572 - S1573 - S1574 - S1575 - S1576 - S1577 - S1578 - S1579 - S1580 - S1581 - S1582 - S1583 - S1584 - S1585 - S1586 - S1587 - S1588 - S1589 - S1590 - S1591 - S1592 - S1593 - S1594 - S1595 - S1596 - S1597 - S1598 - S1599 - S1600 - S1601 - S1602 - S1603 - S1604 - S1605 - S1606 - S1607 - S1608 - S1609 - S1610 - S1611 - S1612 - S1613 - S1614 - S1615 - S1616 - S1617 - S1618 - S1619 - S1620 - S1621 - S1622 - S1623 - S1624 - S1625 - S1626 - S1627 - S1628 - S1629 - S1630 - S1631 - S1632 - S1633 - S1634 - S1635 - S1636 - S1637 - S1638 - S1639 - S1640 - S1641 - S1642 - S1643 - S1644 - S1645 - S1646 - S1647 - S1648 - S1649 - S1650 - S1651 - S1652 - S1653 - S1654 - S1655 - S1656 - S1657 - S1658 - S1659 - S1660 - S1661 - S1662 - S1663 - S1664 - S1665 - S1666 - S1667 - S1668 - S1669 - S1670 - S1671 - S1672 - S1673 - S1674 - S1675 - S1676 - S1677 - S1678 - S1679 - S1680 - S1681 - S1682 - S1683 - S1684 - S1685 - S1686 - S1687 - S1688 - S1689 - S1690 - S1691 - S1692 - S1693 - S1694 - S1695 - S1696 - S1697 - S1698 - S1699 - S1700 - S1701 - S1702 - S1703 - S1704 - S1705 - S1706 - S1707 - S1708 - S1709 - S1710 - S1711 - S1712 - S1713 - S1714 - S1715 - S1716 - S1717 - S1718 - S1719 - S1720 - S1721 - S1722 - S1723 - S1724 - S1725 - S1726 - S1727 - S1728 - S1729 - S1730 - S1731 - S1732 - S1733 - S1734 - S1735 - S1736 - S1737 - S1738 - S1739 - S1740 - S1741 - S1742 - S1743 - S1744 - S1745 - S1746 - S1747 - S1748 - S1749 - S1750 - S1751 - S1752 - S1753 - S1754 - S1755 - S1756 - S1757 - S1758 - S1759 - S1760 - S1761 - S1762 - S1763 - S1764 - S1765 - S1766 - S1767 - S17

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

Prontuário: 1050860
Data: 25 / 12 / 17
Reposição: _____

Número: _____
Paciente: Waldineia de S. Silva
Procedimento: pro eug fratura do osso do quadril femur (E)
SUS: (X) Não SUS ()
Médico: Dr. Francisco Aguiar

DISPENSÇÃO CME

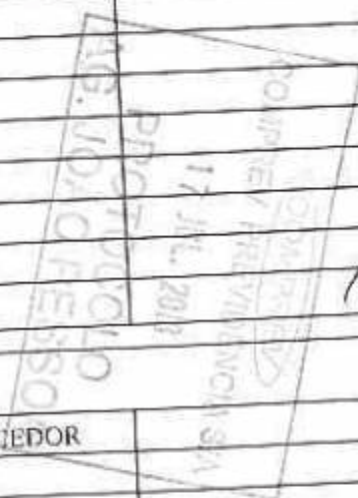
| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE |
|-------------------|----------------------------|------------|
| <u>Intermedex</u> | <u>fio de stimmung 3.5</u> | <u>01</u> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE |
|------------|----------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN



Dr. Francisco Aguiar de S. Neto
Ortopedia
CRM-PB 437 / TEO 10205

Josefa de Fátima A. do Nascimento
Enfermeira
COREN-PB 395666

Nome: Waldemir do Souza Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino (☒ Feminino) Cor: _____ Data: 25/12/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Limpeza / desbridamento cirúrgico fratura exposta fêmur + Troca
Cirurgião: Dr. Fco. Guedes 1º Assistente: Dr. Roberto Stos 2º Assistente: _____
3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Rouqui Horário: Início _____:_____:_____ Término _____:_____:_____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|----------------------------------|-----|
| <u>Fratura exposta fêmur (E)</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

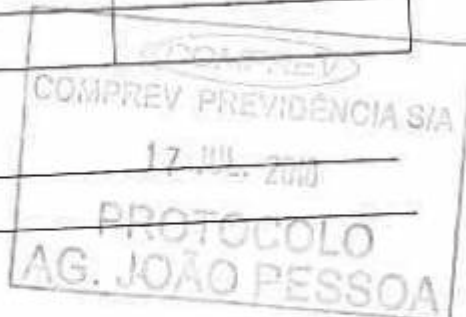
| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---|--------|
| <u>Limpeza + Desbridamento cirúrgico</u> | |
| <u>Reposição de Troca Transmeloética na Tíbia</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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: _____

Dr. Francisco Guedes de S. Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6071 TEOT 10283

João Pessoa, 25/12/17

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

ECT em ADHI sob nasuimetro
Anestesia + perfusão de MJ (E)
Aplicação de campos cirúrgicos

Incisão:

Achados:

FCC em face anterior da coxa (E) c/ laceração musculotendinosa do quadríceps e exposição do fêmur.

Condução:

- Desbridamento de tendões degenerados. Limpeza, irrigação de F.O. c/ SF 0,9% abundante.
- Sutura dos tendões por planos.
- Confeção de curativo.
- Passagem de Trocar Transversal T15, al.

Fechamento:

Observação:

Paciente internado p/ realizar antibioticoprofilaxia endovenosa e posterior osteossíntese definitiva da fratura do fêmur.

Médico/CRM:

Dr. Francisco Gomes de Sá
Ortopedia - Traumatologia
CRM 56.411 - RJ

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
17.03.2014
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 25, 12, 14

FONCO 2-5/78 021-3



UNIVERSIDADE
FACULDADE

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 25/12/17

PRONTUÁRIO:

1050860

PACIENTE:

WALDINEIA DE SOUZA SILVA

SEXO: F COR:

IDADE: 25

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: 120bpm RESPIRAÇÃO: 12/min TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. RESPIRATÓRIO:

AP. CIRCULATÓRIO:

AP. DIGESTIVO: ESTÔMAGO EM JEJO ESTADO MENTAL: LÚCIDA

DROGAS EM USO:

DIABETES

PRÉ-ANESTÉSICO:

DOSE/HORA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: TRAUMA EXPOSTA FÊMUR + OSSOS DA PUNHA ESQ.

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO: FRANCISCO GUEDES AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:30 TÉRMINO DA ANESTESIA:

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH:

VALORES RS:

ANESTESISTA: ALANA VITAL

CPF:

CRM-PB 7128

ANESTESIA:

1-0 2l/min

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

UNIDADE:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

☐ ANESTESIA GERAL

☒ RAQUIDIANA

☐ EPIDURAL

☐ BLOQ FLEXO

☐ BLOQ NERVOS

☐ OUTROS

CAUSA:

PML3-L4, QUADRIL 266, LER PLANTAR, INJEÇÃO 1+2

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

| | | | |
|----|-------------|-------|----|
| 1 | BUPROPIÔN | 14MG | 11 |
| 2 | MORFINA | 80MG | 12 |
| 3 | CEFAZOLINA | 2G | 13 |
| 4 | FIOTIL | 2MG | 14 |
| 5 | FENTANIL | 100ML | 15 |
| 6 | KLIDAROLAM | 2MG | 16 |
| 7 | DIPIDONA | 2G | 17 |
| 8 | DEXMETASONA | 10ML | 18 |
| 9 | | | 19 |
| 10 | | | 20 |

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES:

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

F-INGJ ASCIR 028-1

Alana Vital Nazianzeno
Médica Anestesiologista
CRM-PB 7128



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013222174368
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0089562499-0 00/00000000 2017

VALDIR SOUZA DA SILVA

08312309403

MOB3618/PB

NOVO 9C2MD34007R000462

PAS/MOTOCICLE/MAO APETIZ GASOLINA
HONDA/XR 250 TORNADO 2006-2007

2 P/249 /CI PARTIC AMARELA

00/00/0000 1°

0 2°

SEGURO P A G O 17/08/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PB 17/08/2017

14001 70037

SEGURO OBRIGATORIO DE UAMOS PESSOAS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013222174368 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA DE EMISSÃO 17/08/2017

08312309403 MOB3618/PB

00895624990 HONDA/XR 250 TORNADO

2006 9 9C2MD34007R000462

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO P A G O

SEGURO P A G O

17/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

7003749-0925219-20170817

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - PB

VALDIR SOUZA DA SILVA

CPF 083.123.094-03 DATA NASCIMENTO 25/05/1987

NOME VALDECIR PEREIRA DA SILVA
MARTHA LUCIANA DE SOUZA

CPF 05680394126 DATA NASCIMENTO 06/02/2022 DATA EXPIRAÇÃO 02/01/2023

1410560499

1410560499

PARAÍBA

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
17 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180328591 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDINEA DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180328591 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDINEA DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180328591

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDINEA DE SOUZA SILVA

Data do acidente: 25/12/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL EM PRIMEIRO TEMPO E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS, ENXERTO ÓSSEO E FISIOTERAPIA EM SEGUNDO TEMPO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERCROMICA DE 22 CM NA FACE EXTERNA DA COXA ESQUERDA E OUTRA DE 04 CM NO TERÇO PROXIMAL DA COXA ESQUERDA, OUTRA NA REGIÃO ANTERIOR DA CRISTA ILÍACA ESQUERDA EM LOCAL DE RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DESVIO CONSIDERÁVEL DO EIXO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PARA FORA, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/08/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR: MANTIVE ENQUADRAMENTO E ADEQUEI A VALORAÇÃO, BASEADO NO EXAME MÉDICO DESCRITO PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: VALDINÉA DE SOUZA SILVA, brasileira, solteira, Doméstica, portadora da carteira de identidade nº 3.734.399 SSP/PB, inscrita no CPF sob o nº 103.136.984-81, residente e domiciliado na Rua Dilma Pereira de Paiva, 11, Centro, Pilar-PB, CEP: 58338-000, telefone (83) 98867-9294

OUTORGADO(S): MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA, inscrita na OAB/PB nº 17.295 e **RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA**, inscrita na OAB/PB sob o nº 20.228, com escritório situado na Avenida Capitão José Pessoa, 602 – Jaguaribe – João Pessoa/PB. CEP 58015-170.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário VALDINÉA DE SOUZA SILVA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 06 de junho de 2018.



Valdineia de Souza Silva
OUTORGANTE

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO OFÍCIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB

Reconheço a firma de Valdineia de Souza Silva
por autenticidade. Dou fé. Em test. / de verdade

Pilar 06/06/2018

Elaine Cristina L. da Silva

TABELIÃO

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE PILAR - PB
Elaine Cristina L. da Silva
Tabelião Substituto

SELO DIGITAL AGX46881 - BG09
consulte em: <http://www.tjpb.jus.br>

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180328591

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDINEA DE SOUZA SILVA

Data do acidente: 25/12/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL EM PRIMEIRO TEMPO E REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS, ENXERTO ÓSSEO E FISIOTERAPIA EM SEGUNDO TEMPO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERCROMICA DE 22 CM NA FACE EXTERNA DA COXA ESQUERDA E OUTRA DE 04 CM NO TERÇO PROXIMAL DA COXA ESQUERDA, OUTRA NA REGIÃO ANTERIOR DA CRISTA ILÍACA ESQUERDA EM LOCAL DE RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO. EVOLUIU COM ENCURTAMENTO DE CERCA DE 03 CM NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DESVIO CONSIDERÁVEL DO EIXO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PARA FORA, MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/08/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR: MANTIVE ENQUADRAMENTO E ADEQUEI A VALORAÇÃO, BASEADO NO EXAME MÉDICO DESCRITO PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: