

---

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **GILBERLAN SANTOS NUNES**

Nº Sinistro: **3180121898**

Vitima: **GILBERLAN SANTOS NUNES**

Data do Acidente: **15/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180121898**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



---

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

**Nº Sinistro:** 3180439641

**Vitima:** JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

**Data do Acidente:** 24/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180439641**.

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**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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

189.640.488-96

Nome completo da vítima

José Adailton da Silva Silvestre

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Endereço	Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado
Email		CEP
		Telefone (DDD)

Nome completo: José Adailton da Silva Silvestre  
 CPF titular da conta: 189.640.488-96  
 Profissão: Recurso  
 Endereço: Rua Pitássilgo  
 Número: 511  
 Complemento: -  
 Bairro: Paratibe  
 Cidade: João Pessoa  
 Estado: PB  
 CEP: 58062-286  
 Telefone (DDD):  
  
 Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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"/> RECUSO INFORMAR	<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\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

**BANCO** Nome: \_\_\_\_\_ Nifc: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA Nº:	CONTA Nº:	D/V
0735	30089	4

(Informar digito se existir) (Informar digito se existir)

AGÊNCIA Nº:	CONTA Nº:	D/V

(Informar digito se existir) (Informar digito 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, 20 de Setembro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA  
POUPANÇA



4392 6718 0947 2190

JOSE ADAILTON S SILVESTRE

0735 013 00030089-4

10/24

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

VISA

Electron

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
29-6-2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01590.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01590.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 10:12 horas do dia 21 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **José Adailton da Silva Silvestre**, RG nº 1790835 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Cozinheiro, filho(a) de Antonia da Silva Silvestre e Francisco de Assis Silvestre, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 18/07/1974 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Pitassilgo, Nº S/N, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Supermercado Nova Vida, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98670-0299.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Ana Alves Chaves, Torre de Babel, João Pessoa/PB, bairro Valentina/Torre de Babel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/02/18 23:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante trafegava normalmente em sua mão, por volta das 23:30 horas, com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD, ano e modelo: 2015, de cor vermelha, placa: QFF1484/PB, chassi nº 9C2KC1650FR200943, registrado em nome de José Benicio da Silva Filho, CPF nº 396.291.474-91; QUE nesta ocasião estava chovendo e que o veículo veio a derrapar fazendo com que o notificante viesse a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0871/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 22.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de agosto de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigacao

JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE  
Noticiante



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").

Name Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>João Adailton da Silva Silveira</i>	189.640.788-96	24/02/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Name completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

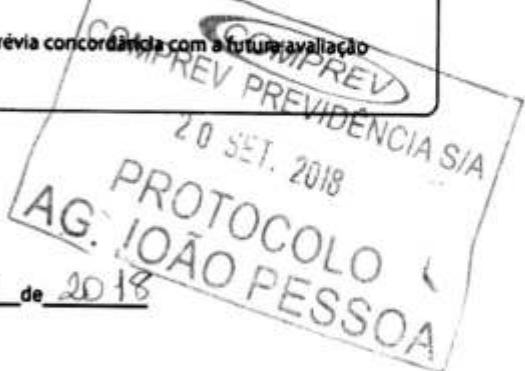
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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.



*João Pessoa* 20 de Setembro de 2018  
Local e Data

*João Pessoa* 20 de Setembro de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1064783

**Identificação do paciente**

ID 1264414	Nome JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE			Sexo Masculino
Data de nascimento 18/07/1974	Idade 43 anos 7 meses 6 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ANTONIA DA SILVA SILVESTRE				Pai FRANCISCO DE ASSIS SILVESTRE
Escolaridade				Responsável (Parentesco) FLAVIANA PAULA DA SILVA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988063083	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1790835	Nº Crs 703400916288000		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade RIO TINTO	UF PB		
CBOR				

**Endereço**

CEP 58066097	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro das Florestas
Número S/N	Complemento	Bairro Muçumagro	

**Admissão**

Data e Hora 24/02/2018 00:28:50	Número da pulseira <b>1000006167980</b>	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO	

**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 X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

**Exames complementares**

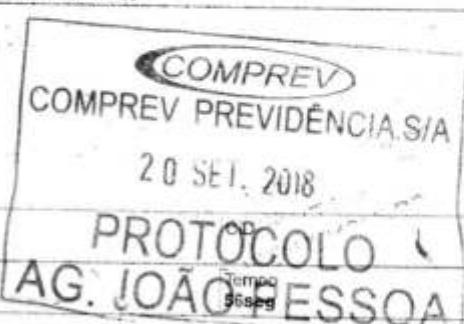
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

Imprimir



# 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: 08/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000030089-4

---

Nr. da Autenticação EFB7048448A2F024



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE Benicio DA SILVA FILHO,  
RG nº 973496, data de expedição 22/01/2015  
Órgão SSPB, portador do CPF nº 396.291.474-91 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Fernando Antônio da Silva Oliveira nº 436 AP 502  
complemento AP, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE (dujo o condutor era  
JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda /EG 150 Titan ES0.

Ano: 2015  
Placa: QFFJ484/PB

Chassi: 9C2KC1650FR200943

Data do Acidente: 24/02/18

Local e Data: João Pessoa - PB 20/08/18

JOSE Benicio da Silva Filho.

Assinatura do Declarante

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



**GARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA ANTONIO KUBITSCHEK, 619 - ERNESTO GESSLER - CEP 58070-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFONE: (031) 3221-4078  
Reconheço Fcar Autenticidade a firma de JOSE BENICIO DA  
SILVA FILHO, [35541], J. Pessoa-PB, 20/08/2018 10:30:38  
Emol R\$9,48 Farpen:R\$0,28 Fepj:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em  
test da verdade. Tabelia CELEIDA / COSMÓ PEREIRA SILVA.  
Selo Digital AHK03490-0LIN Consulte em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOALS

NOME DO PACIENTE	JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE
DATA DE NASCIMENTO	02/06/95
NOME DA MÃE	ADRIANA SILVA DE OLIVEIRA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.064.783
DATA DO ATENDIMENTO	24/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	00:28
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA + FERIMENTOS MÚLTIPLOS DE FACE
CID 10	S82.0 + S01.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientado. Abdomen sem queixas. Apresenta fratura aberta de joelho esquerdo. Ferimento corto-contuso em mento, e outras regiões da face. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coluna cervical  
RX de torax  
RX de bacia  
RX de perna esquerda  
RX de joelho esquerdo  
RX de coxa esquerda.

COMPREV  
PREVIDÊNCIA S/A  
20 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

### TRATAMENTO:

Sutura de ferimentos. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

ALTA HOSPITALAR: 24/02/18  
DATA DA EMISSÃO: 15/05/18

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

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE	BAE 1064783	Data/Hora Entrada 24/02/2018 00:28:50	Data Baixa
Data de nascimento 18/07/1974	Idade 43	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988053083
Mãe ANTONIA DA SILVA SILVESTRE			Prontuário
Endereço das Florestas, S/N	Bairro Muçumagro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA	Nº Cons. Regional 8795/PB
Data/Hora Classificação 24/02/2018 00:28:50		Data/Hora Prescrição 24/02/2018 00:49:19	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X POSTE A CERCA DE 50 KM/ HORA FOI TRAZIDO PELO CB QUE O ENCONTROU AO SOLO CONSCIENTE E ORIENTADO. HÁ RELATO DE USO DE CAPACETE. NEGA ALERGIAS. USO DE BEBIDA ALCOOLICA

A - VAP COM COLAR E PRANCHA

B - MV+ SIM BILAT SRA

C - MCRNF SS PULSOS CHEIOS E SIMÉTRICOS

D - ECG = 15 PIF

E - FCC EM MENTO, FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO.

SOLICITO RADIOGRAFIAS, SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA E BMF.

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERfil

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERfil)

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ESQUERDO(AP + LATERAL + OBLIGA + 3 AXIAIS)

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

**CID10**

Código      Descrição

V29.9 Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

**Conduta**

Em observação

 COMPREV  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

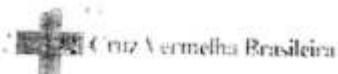
20 SET 2018

 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

 RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA  
 CRM: 8795/PB

 Dr. Rafael Mourato  
 Cirurgião Geral/Urologista  
 CRM: 8795/PB



## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 2778696

Paciente <b>JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE</b>	BAE 1064783	Data/Hora Entrada 24/02/2018 00:28:50	Data Baixa
Data de nascimento 18/07/1974	Idade 43	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988451720
Mãe <b>ANTONIA DA SILVA SILVESTRE</b>			Prontuário
Endereço das Florestas, S/N	Bairro Muçumagro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente <b>MOTO X OBJETO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ADRIANO DUARTE QUINTANS</b>	Nº Cons. Regional 2442/PB
Data/Hora Classificação 24/02/2018 00:28:50		Data/Hora Prescrição 24/02/2018 02:54:45	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO(S.I.C).NEGA VÔMITO,RELATA PERDA DE CONSCIÊNCIA.NO MOMENTO EUPNÉICO,NORMOCORADO,AFEBRIL AO TOQUE,DEAMBULANTE,LOTE E EM BEG.AO EXAME CLÍNICO EM FACE APRESENTA FCC EM REGIÃO DE MENTO E ESCORIAÇÕES EM REGIÃO DE FRONTAL,SUPERCÍLIO D e E,REGIÃO DE ZIGOMA E GENIANA BILATERAL.MOVIMENTOS OCULARES E MANDIBULARES PRESERVADOS E OCLUSÃO MANTIDA.SEM SINAIS DE TRAÇOS DE FRATURA NOS OSSOS DA FACE.

CD:

- 1)EXAME CLÍNICO
- 2)SUTURA;
- 3)ALTA DA BMF,AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.

**Conduta**

Em observação

JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

  
ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(: 2442/PB)


# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 24/02/18 00:49  
Usuário: RAFAEL  
Boleto: 1064783

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE	18/07/1974	43	MASCULINO	1064783		24/02/2018 00:49:19
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito					
Convenio						
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 PARECER ORTO		0.0					
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER		0.0					

24 de Fevereiro de 2018

RAFAEL Ribeiro Moura (C)  
Cirurgia Geral  
CRM-PI 000267865  
CRM-DB 4795

Assinatura e Carambo do Profissional

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

20 SET. 2018

PROTOCOLO ✓  
AG. JOÃO PESSOA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento		Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE		18/07/1974		43	MASCULINO	1064783		24/02/2018 03:57:00 - 25/02/2018 03:57:00
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição		
Convenio		SUS				24/02/2018 03:57:00 - 25/02/2018 03:57:00		
		Matrícula				Senha		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H	04-00
2 Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		INTRAMUSCUL		AGORA	FC -
3 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	5.0	ML		EV		12/12H	04-00
4 CETOPROFENO 100 MG (AMPOLA 2ML)	100.0	MG					
5 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	100.0	ML	Observação LENTO, SN	E.V		8/8H	04-00
5 CEFALOTINA 1G	2000.0	MG		EV			AGORA

ARAO SANTOS DE ALENCAR

CRM: 7967

Assinatura e Calímbio do Profissional

COMPREV	PREVIDÊNCIA S/A
20 SET. 2018	
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Assinatura e Calímbio do Profissional

ARAO SANTOS DE ALENCAR

24 de Fevereiro de 2018

## SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome	Registro	Idade
JOSE ADALTON DA SILVA SILVESTRE	1064783	43A 7M 6D
Localização	Coleta Prévia de Cultura?	
CONSULTÓRIO ORTOPÉDIA	( ) Sim ( ) Não	
Antibióticos	Posologia	Intervalo
1 CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	AGORA	1 Dias

## SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

nao e permitida a prescriçao de antibióticos VENOSO na sala de medicacao. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA, que nao seja por injeçao, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo medico.

**Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No uso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.**

**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

## CERTIDÃO

Nº. 0871/2018

Atendendo solicitação de ALEXANDRA CESAR DUARTE de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº105561 e Prontuário nº 2018.02.3377, pertencentes a JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE que foi atendida dia 24/02/2018 às 04h50min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de patela. realizado cirurgia dia 24/02/2018 e alta médica 10/03/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de junho de 2018

*Rosangela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 105561 Atd: Nao Regul  
Data: 24/02/2018  
Hora: 04:50:38  
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO D  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE Num. Prontuario: 2018.02.003377

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988083083

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/07/1974 Id: 43 ano(s)

End.: LOT PINTA SILVA, 0

Bairro: PARATIBE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ANTONIA DA SILVA SILVESTRE Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: COZINHEIRO Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

Tel/Doc. Responsavel: 988083083 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE TRAUM,A

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

PA: FR:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

FC: TP:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Peso: Altura:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Glicemias: IMC:

[ ] Regular [ ] Choquado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Vomito

Observacao

PAC/ VITIMA DE QUEDA DE MOTO QUEIXANDO-SE

DR. JOR NA REGIAO DO JOELHO E ( FRATURA DE  
FELA) SIC.

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 SET. 2018

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

0tde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

### Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOSE ADALGON SILVESENTE Data da Admissão: 24/02/18  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

QPD: Criança faltou exame de díodo  
 HDA: encolhimento de braço  
varrimento  
palito excretos de  
excretos

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

COMPREV  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 20 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
 [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Ictericia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_  
Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoco: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
 [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_  
AR e ACV: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectorção [ ] Hemoptise

[ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Vômitos [ ] Pirose [ ] Soluço [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
 [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume

AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
 [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Rigidez pós-reposo [ ] Deformidades  
 [ ] Fruíteza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

SN e PSQ: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_ ♦ \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

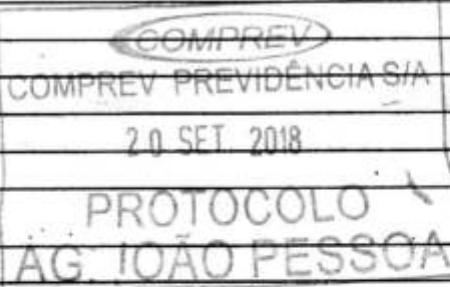
ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: DRAGUNA EXPOSA PATÉLIAConduta: IMC + ENFERMAGEM

*Dr. Edson D. Tiroco*  
PROFESSOR DE TRAUMATOLOGIA  
PROFESSOR DE MÃO E MICOLOGIA  
ORDEM PB 7142



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> JOSE ADAILTON S. SILVEIRA				<b>Registro:</b>	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	EDSON RIVOLI		1º Assistente:	JOVANDE
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I:		T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
PNA RINA PAGELA EX POSRA					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
EX					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
LNC + DELBRIDAMENTO					
					COMPREV
					COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
					20 SET 2018
					PROTOCOLO
					AG. JOÃO PESSOA
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 (X) Não	Descreva:  		
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

DD/+

**Incisão:**

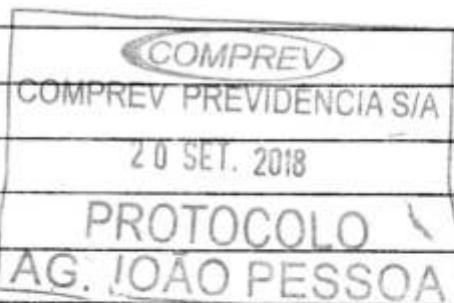
SOBRE FERIMENTO PREVIO

**Achados:**

FATURA EXPOSTA PARELA

**Conduta:**

LIM + DESBR/DA MENO



**Fechamento:**

SUTURA PELE + CINTIVO +  
MALA SUTO - PODALÍA

**OBS:** NECESSITANÁ DÉ PROCEDIMENTO  
CINTIVO DÉ FONÍTIVO

**Data:** 24/01/18

Dr. Edson D. Tinoco  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DA MÃO E MICROCIRURGIA  
CRM-PB 2142

MÉDICO/CRM

Nome: <i>Jose Adalton Silveira</i>	Registro:
Idade: <i>01/03</i>	Sexo: <i>M</i> Cor: <i>Branca</i> Clínica: <i>Ortopedia</i> EMP: <i>00000000000000000000000000000000</i> LR: <i>00000000000000000000000000000000</i>
Data: <i>01/03 / 2018</i>	Cirurgião: <i>Dr. Góes Tavares</i>
1º Assistente: <i>Dr. Enes</i>	2º Assistente:
Anestesista:	Instrumentador:
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>	
<i>Fratura de patela</i> CID <i>S82.0</i>	
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>	
<i>O mesmo</i>	
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>	
<i>Redução Aberta + Fixação interna</i>	
<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>COMPREV</b>            COMPREV PREVIDÊNCIA S/A            20 SET. 2018  <b>PROTÓCOLO</b> \ <b>AG. JOÃO PESSOA</b> </div>	
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	
Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:	
1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico	

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

### Incisão:

Incisão longitudinal em região Anterior do joelho

Dissecção por planos até foco da fratura

### Achados:

Visualizado fratura de patela

### Conduta:

Realizada manobra de redução com uso de intensificador de imagem

Aposição de 02 fios de KC 2,0

Aposição de 01 Fio de cerclagem com 2 orelhas

Realizado Rx de controle

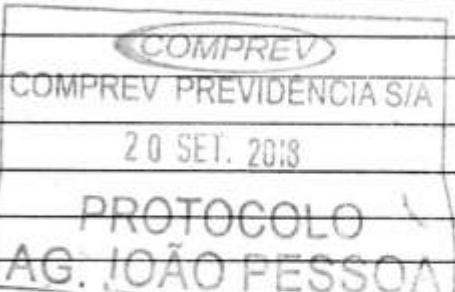
### Fechamento:

Limpeza exaustiva com SF 0,9 %

SUTURA POR PLANOS

Curativo

### OBS:



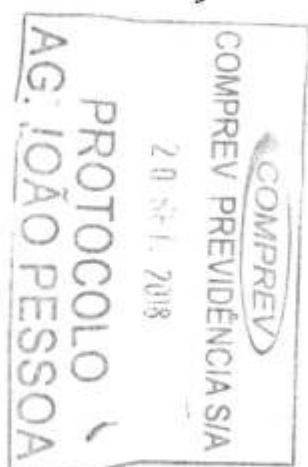
Data: 09/03/18

Dr. Eneas P. Bessa Neto

MÉDICO

CRM 8498

MÉDICO/CRM



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180439641      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADAILTON DA SILVA      **Data do acidente:** 24/02/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
SILVESTRE

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

**Data da análise:** 03/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC, DEBRIDAMENTO E REDUÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

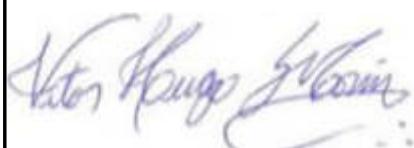
**Grupo:** EQ3

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180121898      **Cidade:** Nossa Senhora da Glória      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILBERLAN SANTOS NUNES      **Data do acidente:** 15/07/2017      **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

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

**Data da análise:** 23/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO , OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO LAUDO MÉDICO ATUAL DESCREVENDO DIAGNOSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA, TRATAMENTO REALIZADO, EXAMES DE IMAGEM E PROGNÓSTICO. NA VIGÊNCIA DE SEQUELAS, INFORMAR SE HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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

## PRESTADOR

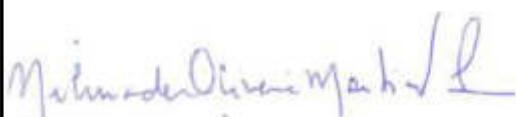
Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

**CRM do médico:** 52.34195-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180439641      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADAILTON DA SILVA      **Data do acidente:** 24/02/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
SILVESTRE

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

**Data da análise:** 03/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC, DEBRIDAMENTO E REDUÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180439641      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADAILTON DA SILVA      **Data do acidente:** 24/02/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
SILVESTRE

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

**Data da análise:** 03/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC, DEBRIDAMENTO E REDUÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0346297/18

**Vítima:** JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

**CPF:** 189.640.788-96

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/02/2018

**Titular do CPF:** JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

**JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE : 189.640.788-96**

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](http://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: 20/09/2018  
Nome: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE  
CPF: 189.640.788-96

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

MARCELA DO CARMO DE LIMA