

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180519368 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAILTON FERNANDES MENDES **Data do acidente:** 27/05/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA MÃO (METACARPOS) ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO (METATARSOS).

Descrição do exame físico: APRESENTA AO EXAME FÍSICO CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO ESQUERDA E NO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO E DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DA MÃO ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO E DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/02/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180519368 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAILTON FERNANDES MENDES **Data do acidente:** 27/05/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA MÃO (METACARPOS) ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO (METATARSOS).

Descrição do exame físico: APRESENTA AO EXAME FÍSICO CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO ESQUERDA E NO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO E DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DA MÃO ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO E DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/02/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180519368 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAILTON FERNANDES MENDES **Data do acidente:** 27/05/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO(FRATURA DE MAXILAR DIREITO/FRATURA LINEAR OCCIPITAL DIREITO/FRATURA ZIGOMÁTICO E NASAL)
FRATURA DO 2º E 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.
FERIMENTO CORTO CONTUSO NO DORSO DO PÉ ESQUERDO.
FRATURA DO 2º E 3º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OS DEMAIS.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE 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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			19,5 %	R\$ 2.632,50

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: 20/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANAILTON FERNANDES MENDES

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00028

CONTA: 000000040638-8

Nr. da Autenticação 036CE81534DE19DA



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

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180519368 Vítima: JANAILTON FERNANDES MENDES

Data do Acidente: 27/05/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180519368

Vítima: JANAILTON FERNANDES MENDES

Data do Acidente: 27/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANAILTON FERNANDES MENDES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JANAILTON FERNANDES MENDES

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 004

Agência: 000000028

Conta: 0000040638-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Nome completo da vítima

06676416450

Jamailton Fernandes Mendes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jamailton Fernandes Mendes		CPF titular da conta 06676416450	Profissão op. manuseador
Endereço Rua dos Violetas,	Número 293	Complemento 6102	
Bairro Nova Alhondra	Cidade Alhondra	Estado CE	CEP 58320000
Email cinthia_gilb@hotmail.com			Telefone (DDD) (33) 988012056

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"/> 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	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input 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 type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome Banco do Nordeste RENO 004	
AGÊNCIA NRO. D/V NFO 05 NOV 2018 D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. 00028 D/V CONTA NRO. 40638 D/V 8 (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.

José Penoa 26 de outubro de 2018
Local e Data

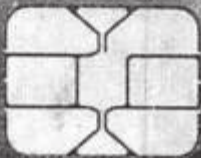
Jamailton Fernandes Mendes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CrediAmigo
Banco do Nordeste



Electronic Use Only

4712 3300 0901 2982

VAL

07/22

JANAILTON FERNANDES MENDES

00028 000040638-8

VISA

Empresarial Electron



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180519368
Nome do(a) Examinado(a): Janailton Fernandes Mendes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua das Violetas, 293 Qt 02
Nova Alhandra Alhandra PB CEP: 58320-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3154943
Data local do acidente: [27/05/2018]
Data local do exame: [15/02/2019] Joao Pessoa [PB]

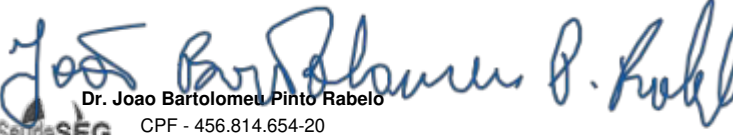
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA MÃO (METACARPOS) ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO (METATARSOS).
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMBAS AS FRATURAS, OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 16/08/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA AO EXAME FÍSICO CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO ESQUERDA E NO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO E DO PÉ ESQUERDO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO E DO PÉ 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 o 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 (*).
- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02041.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02041.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:35 horas do dia 25 de outubro 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 Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Janailton Fernandes Mendes**, CPF nº 066.764.164-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Op de Cinerador, filho(a) de Rita Fernandes Mendes e Galdino Mendes, natural de Barra de Santa Rosa/PB, nascido(a) em 12/09/1986 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Das Violetas, Nº 293, complemento QUADRA II, bairro Centro, tendo como ponto de referência Delegacia, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99329-0694.

Dados do(s) Fatos:


Local: Pb 034, Próximo Ao Cais, Alhandra/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/05/18 03:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

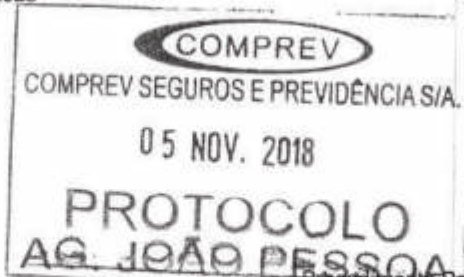
QUE segundo o notificante trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo:2011 de cor preta, placa:NPZ 0764/PB, chassi nº 9C2JJC4110BR720277, registrado em nome de Phelipe de Lima Souza -CPF nº 092.596.094-29;QUE segundo o notificante vinha na sua mão, quando dois motoqueiros vinham conversando e não tendo a devida atenção acabaram por colidir de frente com o notifiante, que devido ao impacto foi jogado ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 06.06.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S02.4 ,S02.1 , S02.9 e S92.3

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 fê.

João Pessoa/PB, 25 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


JANAILTON FERNANDES MENDES
Notificante



Procedimento Policial: 02041.01.2018.1.00.420

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: Janailton Fernandes Mendes CPF da Vítima: 066.764.164-50 Data do Acidente: 27/05/18

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.

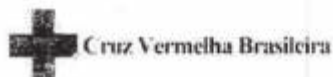
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 artigo 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, 26 de outubro de 2018
Local e Data

Janailton Fernandes Mendes Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
João Pessoa Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1084552

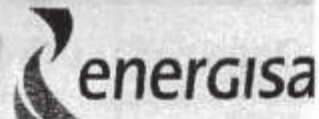


Identificação do paciente				
ID 1292475	Nome JANAILTON FERNANDES MENDES			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/09/1986	Idade 31 anos 8 meses 30 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário 108979
Mãe RITA FERNANDES MENDES	Pai GALDINO MENDES			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 00	Fone Móvel 991975434	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3154943	Nº Cns		
Local de procedência ALHANDRA	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
E-mail	Naturalidade BARRA DE SANTA ROSA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro DAS VIOLETAS	
Número SN	Complemento	Bairro NOVA ALHANDRA		
Admissão				
Data e Hora 27/05/2018 04:07:27	Número da pulseira 1000059880263	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 MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte AMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO				

Imprimir



ROSENILDO CASTRO DE SANTANA
RUA DAS VIOLETAS, 293 / QT 02 - NOVA ALHANDRA
ALHANDRA / PB CEP: 58320000 (AG: 18)



Emissao: 30/08/2018 Referência: Ago/2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
Roteiro: 18-20-335-3200 Nº medidor: 00008994958

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.948.408/0001-11 015.923-0

A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de 5

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (horário comercial)
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (horário comercial)
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (horário comercial)

11.271.601
010693059

Data	Leitura	Data	Leitura						
31/07/18	275	30/08/18	398						
CCI	Descrição	Quantidade	Valor Base Calc	Alug	ICMS(R\$)	Base Calc	Pis(R\$)	Cofins(R\$)	
0601	Consumo em kWh	113,000	0,750610	84,82	84,82	27	22,90	84,82	0,92
0601	Adic. B Vermelha			8,44	8,44	27	2,28	8,44	0,09
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0604	JUROS DE MORA 08/2018			1,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 08/2018			1,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,50	0,00	0	0,50	0,00	0,00

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
05 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL:								
		85,31	83,28	25,18	93,28	1,01	4,85		
Media de consumo mensal (kWh)		VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR					
23		06/09/2018		R\$ 96,31					

0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 55 | 99 | 121
Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

RESERVADO AO FISCO
7842.f4e9.7d74.13ea.d5a2.b24a.ca96.b254.

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	21,70	22,53
Compra de Energia	31,38	32,59

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Phelipe de Lima Souza,
RG nº 3439422, data de expedição 16/08/17,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 09259609425, com
domicílio na cidade de Alhandra, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projeta da Centro, nº 511,
complemento Alhandra, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Samuelton Fernandes Mendes cujo o condutor era
Samuelton Fernandes Mendes.

Veículo: Moto
Modelo: HONDA CG 125 FAN K5
Ano: 2011
Placa: PPZ 0764
Chassi: 9C2JC4110BR720277
Data do Acidente: 27.05.18
Local e Data: Bayeux/PB 19/05/18

a Phelipe de Lima Souza
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO
2º Ofício Notarial

Ângela Meireles C. Caetano
TITULAR
Rosângela C. Caetano Meireles
SUBSTITUTA

Av. LIBERDADE, 436, BAYEUX-PB, CENTRO / CEP: 58306-001 - Tel: (031) 3235-2209

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmado(s):

PHELIPE DE LIMA SOUSA

Em test.de verdade. Bayeux-PB 19/06/2018 15:11:24

Rosângela Caetano C. Meireles - Substituta

[2018-002912]EML:R\$ 19,48 FAREN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AHA18334-4XC2

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.us.br>





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JANAILTON FERNANDES MENDES
DATA DE NASCIMENTO 12/09/86
NOME DA MÃE RITA FERNANDES MENDES

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 108979
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1084552
DATA DO ATENDIMENTO 27/05/18
HORA DO ATENDIMENTO 04:07
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE, FRATURA OSSOS DO PE ESQUERDO
CID 10 S02.4 , S02.1 , S02.9, S92.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO CONTUSÃO FACIAL, CRANIOENCEFALICA , NO PÉ ESQUERDO COM FERIMENTO NO DORSO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, BMF, ORTOPEDIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO, TC DE FACE,
RX DE COLUNA CERVICAL, RX DE TORAX, RX DE PÉ,
USG(FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX PÉ ESQUER. - FRATURA DE 2º E 3º METACARPO ESQUERDO. TC DE CRANIO - FRATURA LINEAR OCCIPITAL DIR. , FRATURA DO S. MAXILAR DIREITO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURURGICO DE FRATURA DE 2º,3º METACARPO ESQUERDO. TRATAMENTO CONSERVADO DE TCE LEVE . SUTURA DE FERIMENTO NA FACE.

ALTA HOSPITALAR: 06/06/18
DATA DA EMISSÃO:

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CVB/MEETSHL
CRM 1873/PB
DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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

Boletim de Atendimento: 1084552



Identificação do paciente

ID 1292475	Nome PACIENTE NAO IDENTIFICADO (JONATO FERNANDES NUNES)			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1978	Idade 40 anos 4 meses 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ENFERMEIRA LENILDA - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 00	Fone Móvel 000000000	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência ALHANDRA	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R		

Endereço

CEP 58320973	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro PROJETADA, S/N
Número S/N	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 27/05/2018 04:07:27	Número da pulseira 1000059880263	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 MOTO

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	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Paciente com entrada vitrea
Moto x moto, não responde a estímulos
verbais, responde com estímulos de dor.

Diagnóstico

Atendido por
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO

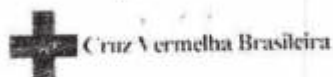
CID

Tempo
01min 31seg

Imprimir

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PACIENTE NAO IDENTIFICADO		BAE 1084552	Data/Hora Entrada 27/05/2018 04:07:27	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1978	Idade 40a 4m 26d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 000000000 / (00) 00000000
Mãe NAO INFORMADO				Prontuário
Endereço PROJETADA, S/N, S/N		Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE MANGUEIRA RAMALHO		Nº Cons. Regional 1399/PB
Data/Hora Classificação 27/05/2018 04:07:27			Data/Hora Prescrição 27/05/2018 04:42:54	

Anamnese

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO VITIMA DE ACIDENTE MOTO COM MOTO APRESENTANDO TRAUMA RANEO FACIAL, REBAIXA MENTO DE NIVEL DE CONSIENÇA MAIS ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES MUCOSAS DESCORADAS ESTADO COMPROMETIDO.

SOLICITO PARECER DA NEURO,BUCO E ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAMA - FAST

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
	Traumatismos múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

PACIENTE NAO IDENTIFICADO

Jose Mangueira Ramalho
033 001 1399
Hospital
JOSE MANGUEIRA RAMALHO
1399/PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 NOV. 2018

PROTOCOLO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente PACIENTE NAO IDENTIFICADO	BAE 1084552	Data/Hora Entrada 27/05/2018 04:07:27	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1978	Idade 40a 4m 26d	Sexo Masculino	CNS
Mãe NAO INFORMADO			Telefone de Contato (00) 000000000 / (00) 00000000
Endereço PRÔJETADA, S/N, S/N	Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 6215/PB
Data/Hora Classificação 27/05/2018 04:07:27		Data/Hora Prescrição 27/05/2018 07:15:23	

Anamnese

#NEUROCIRURGIA#

ACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, HOJE PELA MADRUGADA.
SEM USO DE CAPACETE.
RELATO DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA.

-AO EXAME:

GLASGOW 14

SEM DÉFICIT MOTOR APARENTE

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

SEM DOR EM COLUNA VERTEBRAL A PALPAÇÃO

-TC DO CRÂNIO:

AUSENCIA DE COLEÇÕES EXTRA OU INTRA-AXIAIS

FRATURA LINEAR OCCIPITAL DIREITA

FRATURA DE S. MAXILAR DIREITO

-HD:

1--TCE LEVE

2- FRATURA CRANIANA

3- POLITRAUMATISMO

-CD:

OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

2- TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA CRANIANA

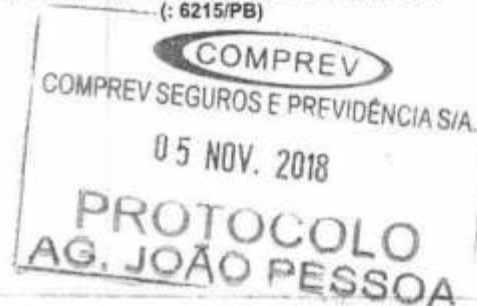
3- PACIENTE LIBERADO PELA NEUROCIRURGIA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

DR. EMERSON MAGNO DE ANDRADE
NEUROCIRURGIÃO
CRM-PB 6215

PACIENTE NAO IDENTIFICADO

EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE
(: 6215/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PACIENTE NAO IDENTIFICADO	BAE 1084552	Data/Hora Entrada 27/05/2018 04:07:27	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1978	Idade 40a 4m 26d	Sexo Masculino	CNS
Mãe NAO INFORMADO			Telefone de Contato (00) 000000000 / (00) 00000000
			Prontuário
Endereço PROJETADA, S/N, S/N	Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 27/05/2018 04:07:27		Data/Hora Prescrição 27/05/2018 07:04:39	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, HOJE PELA MADRUGADA.
 DESORIENTADO, SEM RESPOSTA VERBAL AO EXAME FÍSICO.
 APRESENTA FERIMENTO CORTOCONTUSO NO DORSO DO PÉ ESQUERDO, ESCORIAÇÕES NO JOELHO BILATERAL.
 PERFUSÃO DISTAL E PULSO PEDIOSO MANTIDO.
 RAOX: FRATURA DO 3º MTT
 CD: SOLICITO MELHOR EXAME RADIOGRÁFICO
 BMF MANTÉM TRATAMENTO CONSERVADOR APÓS SUTURA (FRATURA DO ZIGOMÁTICO DIREITO E NASAL)
 AGUARDA AVALIAÇÃO DA NCR
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO DEVIDO À FRATURA EXPOSTA

MEDICAÇÃO

CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S) (OBSERVAÇÕES: DILUIR)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ESQUERDA AP / PERFIL)

Conduta

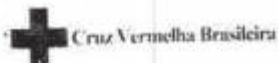
Em observação

PACIENTE NAO IDENTIFICADO

Diego Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 8047
TEOT 15589

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente PACIENTE NAO IDENTIFICADO		BAE 1084552	Data/Hora Entrada 27/05/2018 04:07:27	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1978	Idade 40a 4m 26d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 000000000 / (00) 00000000
Mãe NAO INFORMADO			Prontuário	
Endereço PROJETADA, S/N, S/N		Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RUI MEDEIROS JUNIOR		Nº Cons. Regional 5518/PB
Data/Hora Classificação 27/05/2018 04:07:27			Data/Hora Prescrição 27/05/2018 07:00:35	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEGUNDO PRONTUÁRIO, NÃO SENDO POSSÍVEL INFORMAR NO MOMENTO SOBRE HISTÓRICO DE VÔMITO, DESMAIO, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E DOENÇAS DE BASE.

NO MOMENTO CONSCIENTE, DESORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, AFEBRIL, EM MACA.

AO EXAME FÍSICO FCC EM REGIÃO SUPERCILIAR (D), MARGENS SUPRA E INFRA-ORBITÁRIAS SEM DEGRAU ÓSSEO, PILARES ZIGOMÁTICOS PRESERVADOS, AUSÊNCIA DE MOBILIDADE EM MAXILA. EXAME FÍSICO COMPROMETIDO DEVIDO ESTADO FÍSICO MOMENTANEO DO PACIENTE.

TC: OBSERVA-SE SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DE ZIGOMA (D), PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DE SEIO MAXILAR (D) E OPN, SEM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO MOMENTO.

CD: 1- ORIENTAÇÕES

2- AGUARDANDO SUTURA

3- REAVALIAÇÃO APÓS MELHORA DE QUADRO

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

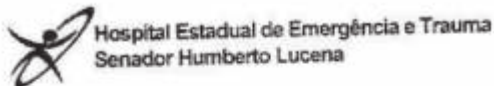
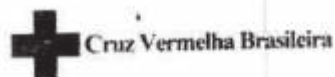
PACIENTE NAO IDENTIFICADO

Dr. Rui Medeiros PhD
Cirurgia Geral - Especialista
CROPE 5518

RUI MEDEIROS JUNIOR
(: 5518/PB)



5024
4-4-1



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente PACIENTE NAO IDENTIFICADO		BAE 1084552	Data/Hora Entrada 27/05/2018 04:07:27	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1978	Idade 40a 4m 26d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 000000000 / (00) 00000000
Mãe NAO INFORMADO			Prontuário	
Endereço PROJETADA, S/N, S/N		Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LAIANA KAREN DANTAS BARRETO		Nº Cons. Regional 8491/RN
Data/Hora Classificação 27/05/2018 04:07:27			Data/Hora Prescrição 27/05/2018 11:26:41	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, HOJE PELA MADRUGADA. DESORIENTADO, SEM RESPOSTA VERBAL AO EXAME FÍSICO. APRESENTA FERIMENTO CORTOCONTUSO NO DORSO DO PÉ ESQUERDO, ESCORIAÇÕES NO JOELHO BILATERAL. PERFUSÃO DISTAL E PULSO PEDIOSO MANTIDO. RAOX DE PÉ ESQUERDO: FRATURA DO 2º E 3º MTT

PACIENTE SUBIU PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE 2º E 3º MTT DE PÉ ESQUERDO COM DOIS FIO K No 2, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: INTERNO PACIENTE + SOLICITO EXAMES + SOLICITO RAOX DE CONTROLE DE PÉ ESQUERDO + RAOX DE MÃO ESQUERDA + VPM

STAFF: DR. DIEGO DANTAS

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

EFTRIAXONA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 12/12H, POR 14 DIA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

CUIDADOS

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)

CURATIVO

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

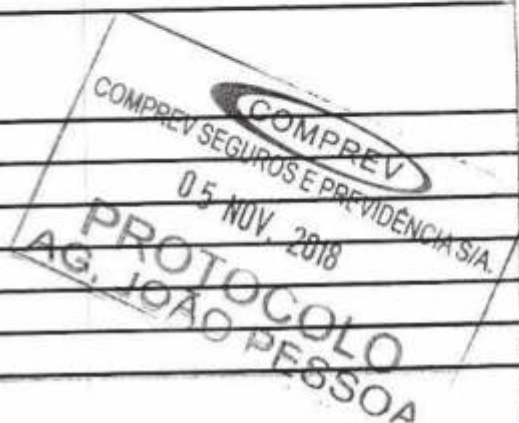
UREIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

HEMOGRAMA

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 27/05/2018 04:08:58

EXAME DE IMAGEM

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E OBLIQUO)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E OBLIQUO)

ELETROCARDIOGRAMA

CID10

Código	Descrição
S62.6	Fratura de outros dedos

Conduta

Internar Paciente

[Handwritten signature]
Classe: 04/11/2018

PACIENTE NAO IDENTIFICADO

LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
(CRM: 8491/RN)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Htop

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Htop

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jamilton Fernandes Mendes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1084552

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Biblain Agulha de Pêlo-Arco - 01

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 NOV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO P. DE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

Stefferson Figueiredo
Traumato-ortopedista
CRM-PR 5752

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

Nome: Januilton Ferrando Mendes BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: (x) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 04/06/18
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fratura de 2º e 3º metacarpo esquerdo
 Cirurgião: Dr. Stefferson Diniz 1º Assistente: Dr. Gustavo Mendonça
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Camilla
 Tipo de Anestesia: Bloqueio de plexo braquial Horário: Início _____: _____ Término _____: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de 2º e 3º metacarpo esquerdo</u>	<u>S52.3</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Aberta</u>	
<u>Fixação com pinos</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Stefferson Pinheiro Diniz
Traumato-ortopedista
CRM-PS 5762

João Pessoa, 04/06/18

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- paciente em DD4 sob bloqueio de plexo braquial.
- Degeneração do tendão romboideus sup. eq.
- Anêmia e antineupmia com campos estílicos.

Incisão:

- longitudinal dorsal entre 2º e 3º MTC eq. de aprox 3cm de comprimento.

Achados:

- fratura de base de 2º e 3º MTC eq.

Conduta:

- Redução de 2º e 3º metacarpais.
- Fixação com 2 fios intra-medulares.
- Fechamento por planos.
- curativo com gaze estéril.
- talo-bula eq.

Fechamento:

- com mononylon 3.0.

Observação:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM:



Jefferson Pinheiro Dantas
Traumato-ortopedista
CRM-PB 1762

João Pessoa, 04/06/18

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE Jamilton Fernandes Mendes									
IDADE 31 BE 9084532 PRONTUÁRIO ENFERMARIA LEITO 1									
CIRURGIA Txt. Cirurgico de 2º e 3º microcirp (E)									
CIRURGIÃO Dr. Estevão PAUX									
ANESTESIA Bloqueio + Sedação									
ANESTESISTA Dr. Camilo									
INSTRUMENTADOR									
DATA 04/18 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO FIM CIRURGIA INÍCIO FIM 08:30 09:30									
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST): ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()									
GRUPO DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA									
MEDICACÕES ANESTÉSICAS QTD.									
ALFENTANILA				MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.		
BLPIVACAÍNA ISOBARICA		500	1	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº			
BLPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº			
CETAMINA		50	1	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº			
DROPERIDOL				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº			
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº			
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	1	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	3	1	
FENTANILA		PVPi DEGERMANTE	1	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº			
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA	1	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº			
GLORANO		PVPi TOPICO		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº			
BLPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº			
BLPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº			
LIDOCAÍNA C/ VASO	1	AGULHA 13X4,5		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	10	FIO POLIPROPILENO Nº			
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº			
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08	1	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	1	FIO POLIGLECAPRONE Nº			
MORFINA		AGULHA 40X12	1	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	1	FIO SEDA Nº			
NIMBILUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	1	FITA CARDÍACA			
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MÁSCARA CIRÚRGICA	1	MATERIAL ESPECIAL	QTD.		
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		MULTIVIAS		CATETER DE PIC			
PROPÓFOL	1	AGULHA RAQUI Nº25G		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO			
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA			
ROXETÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	2	1	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 2ML		FIO DE KIRSCHNER Nº			
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 5ML	1	FIO STEINMAN Nº			
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	1	SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº			
MEDICACÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL			
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR			
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR			
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT PAM			
CETAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO			
DEXTASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA			
DISSÓDICA	1	CERA PARA OSSO		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14					
EFLORINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS			
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	5	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS			
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO			
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO			
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR			
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	5	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR			
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA			
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi	1	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR			
TENOXICAN		ESPARADRAPO	1	FIO ALGODÃO S/A Nº		() BISTURILETRICO			
Kilamin	1	GAZES	5	FIO ALGODÃO S/A Nº		() CAPNÓGRAFO			
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº		() CARDIOMONITOR			
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº		() DESFIBRILADOR			
		JELCO Nº14				() FOCO AUXILIAR			
		JELCO Nº16				() FOCO CENTRAL			
						() MICROSCOPIO			
						() TONÍMETRO DE PULSO			
						() PA. INVASIVA/NÃO INVASIVA			
						() PERFURADOR ELÉTRICO			
						() SERRA			
						CIRCULANTE			

BBiam Agulha de Plato 1100 - CI

COMPREV
PROTEÇÃO
NOV. 2018
PROTOCOLO
PESSOA

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 21/09/18

PRONTUÁRIO: 1084552

PACIENTE: Jamilton Fernandes Mendes SEXO: M COR: IDADE: 40

PRESSÃO ARTERIAL 85 PULSO 85 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES ne monitorias, checkados

AP. RESPIRATÓRIO normal, MIA, ARA AP. CIRCULATÓRIO estável

AP. DIGESTIVO normal ESTADO MENTAL n.d.c. DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO ESTADO FÍSICO (ASA) I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE METACARPO EM M.I.C.

CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRAT. DE 2º E 3º METACARPO ESQ.

ANESTESIA DR. STEFANSON AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 8:15 TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

USO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA DR. CAMILA CPF CRM-PB

Camila Queiroga
Médica
CRM-PB 8097

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☒ OUTROS Sinalise

Paciente com D.D.H. monitorizada, sob cateter nasal, AVE (primeira via M.S.) (R.C.G.), adm. v. v. v.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	MIDAZOLAM 5mg	11
2	FENTANYL 150 mcg	12
3	KETAMIN 50mg	10
4	PROPOFOL 100mg	4
5	ROXAPROL 100mg 20ml 0.10%	15
6	LIDOCAINA 1% 30ml 1x	15
7	ÁGUA DESTILADA 10ml	15
8	CEFAZOLINA 2g	15
9	DIPLOIDA 2g	15
10	DEXAMETASONA 10mg	20

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

de 1 + 2 + 3 + 4. Bloq. de plexo braquial por via intravenosa. Pte q abarca antebraço e
pt. distal até antebraço e antebraço local, bloqueio via fundo intravenosa, estomodo (+) e
aquella AIO (semu de cor) + microstimulador e infusão de 20 ml de solução de 5 (5) + 7.
Bloq. de plexo braquial por via axilar. Pte q M.I.C. abdução. Pte antebraço e antebraço
local, localizada axilar, bloqueio superior e inferior a manopla 11 aquela AIO +
microstimulador, estomodo (+), infusão de 90 ml de solução de 5 (5) + 7.
Sem monitorização



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



Número: 10.824552 Prontuário: 10.824552 Data: 1 / 1 / 1
Paciente: NÃO IDENTIFICADO Data: 27/05/2018
Procedimento: Exatun e Exatun de Pê Equivale Reposição:
SUS: (x) Não SUS () Médico: Dr. Diego Dantas Caixa Pronta:

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Fio de KIRSHNINA Nº 2	02		

COMPREV
05 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AGUÃO PESSOA

DISPENSACÃO - FARMÁCIA			
DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

Assinatura do Médico - CRM: Dr. Diego Dantas
Assinatura de Farmácia: Josefa de Fátima - 12 Nascimento
Assinatura de Enfermagem - COREN: Fátima - 12 Nascimento
Assinatura Circulante Responsável: Gilvanete S. Castro
Assinatura de Cadeia de Suprimentos: Dr. Diego Dantas



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. E. E. T.

2 - CNES

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. E. E. T.

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Não Identificado

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10891552

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

2 - Fio da



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

Karen Dantas Barreto CRM

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: _____ BE/Prontuário: 1084552

Idade: 40 a Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 27/05/18

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: _____ I.R: _____

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura exposta de 2º e 3º metatarsos

Cirurgião: Dr. Diego Dantas 1º Assistente: HRL L. eira

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Raqui-epidural Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura exposta de 2º e 3º metatarsos esquerdo	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tratamento cirúrgico de fratura exposta de 2º e 3º metatarsos esquerdo	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM- 8491

João Pessoa, 27/05/18



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDel sob anestesia
Asséptica e Antiseptia
Após a de campos cirúrgicos

Incisão:

Achados:

Fratura exposta de 2º e 3º MTI esquerda

Conduta:

- LMC extensiva com SFO, 4%.
- Fixação, após redução da fratura de 2º e 3º MTI
(com fio K no 2º e 3º MTI com codo mt
fraturado)
- Sob curativo de escuridão
- Sutura de pele

Fechamento:

Curativos estéticos

Observação:

- Retorno de controle




Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM- 8491

João Pessoa, 27/05/18

Médico/CRM:

1212842

NOME DO PACIENTE: NAC ID 2017-10-10									
IDADE: 11:00		PRONTUARIO: 71552		ENFERMARIA: 11:00		LEITO: 11:00			
CIRURGIA: 11:00 - Fato: Exposta 2º e 3º quando									
CIRURGIÃO: Dr. Diego M. M. Dr. Loucane R. F.									
ANESTESIA: Raizol									
ANESTESISTA: Dr. R. C. R.									
INSTRUMENTADOR: 									
DATA: 21/01/15 TEMPO CIRURGICO: ANESTESIA INICIO: 7:15 TEMPO: 11:00 CIRURGIA INICIO: 11:00 FIM: 11:00									
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE) ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()									
GRUPO DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA									
MEDICACÕES ANESTÉSICAS									
ALFENTANILA	QTD.			MATERIAIS CONT.	QTD.		FIOS	QTD.	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA				JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº		
CETAMINA				JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº		
DROPERIDOL				JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº		
ETONIDATO				KIT SIST DREN TORACICA Nº			FIO DE NYLON Nº		
FENOBARBITAL				LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº		
FENTANILA				LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº		
FLUMAZENIL				LÂMINA BISTURI Nº21			FIO POLIGLACTINA Nº		
ISOFLURANO				LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLIGLACTINA Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO				LÂMINA DE DERMATOMO			FIO POLIGLACTINA Nº		
				LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR			FIO POLIPROPILENO Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO				LUVA ESTÉRIL Nº7,0			FIO POLIPROPILENO Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				LUVA ESTÉRIL Nº7,5			FIO POLIGLACTAPRONE Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				LUVA ESTÉRIL Nº8,0			FIO SEDA Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				LUVA ESTÉRIL Nº8,5			FITA CARDIACA		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				MASCARA CIRURGICA			MATERIAL ESPECIAL	QTD.	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				MULTIVIAS			CATETER DE PIC		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				PERFURADOR DE SORO			CIMENTO CIRURGICO		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SCALP Nº14			CLIP TITÂNIO LIGADURA		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SCALP Nº21			FIO DE KIRSCHNER Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SERINGA 3ML			FIO DE KIRSCHNER Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SERINGA 5ML			FIO STEINMAN Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SERINGA 10ML			FIO STEINMAN Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SERINGA 20ML			GRANDEADOR CIRURGICO		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8			HEMOST. ABSORVIVEL		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			KIT DERIVA VENTRICULAR		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12			PRÓTESE VASCULAR		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			KIT PAM		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16			FIXADOR EXTERNO		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			EMPRESA		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SONDA FOLEY 2VIAS Nº14					
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				CERA PARA OSO			PARAFUSOS CORTICAIS		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				COLET. URINA FECHADO			PARAFUSOS CORTICAIS		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				COMPRESSAS CIRURGICAS			PARAFUSOS ESPONJOSO		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				COMPRESSAS CIRURGICAS			PARAFUSOS ESPONJOSO		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				DRENO DE PENROSE			PARAFUSOS MALLEOLAR		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				DRENO DE SUÇÃO			PARAFUSOS MALLEOLAR		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				ELETRODOS			PLACAS		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				EQUIPO MACROGOTAS			PLACAS		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				EQUIPO TRANSF. SANGUE			PLACAS		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				EQUIPO MICROGOTAS			PLACAS		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				ESPONJA DE PVPI			PLACAS		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				ESPARADRAPO					

Gilvanete Costa - La Sca - Castro
Tel. 11-3611
COREN 917167 Matr. 570

Nome: <u>Janailton Fernandes</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: <u>27/05/18</u>		Alta: <u>6/6/18</u>	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Int. repnte de pte</u> <u>Int. de MTC</u>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>2 x</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>lupex + rocha + estabilizadores</u>			
Biópsias: <u>(2. Digo Duro)</u>			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>alta em bom estado clínico</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Repouso:			
Relativo em casa por, _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa:			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u>R. Digo</u> em _____ dias para revisão. <u>+ 10 dias.</u>			
João Pessoa: <u>6</u> de <u>6</u> de <u>6</u>			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: JANAILTON FERNANDES MENDES

Idade 31

Data: 31/08/2018 10:20:58

Sexo Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1105138

LAUDO MEDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 27/05/18
COM TRAUMA EM MAO ESQ E PE ESQ COM FRATURAS EM AMBOS
TRATADAS CIRURGICAMENTE (MAO - 04/06 / PE 27/05)
RETIRADO FIOS K
FEZ USO DE ANTIBIOTICO 01 SEMANA (POR INFECÇÃO) - SIC LEUCOGRAMA 6,200 / PCR
NAO REAGENTE / VHS 10
EVOLUINDO COM DOR EM 2 ° ARTICULAÇÃO MTT- FALANGEANA ESQ QUE LIMITA
ESFORÇOS FISICOS E REFERE FRAQUEZA MUSCULAR EM MAO ESQ
RX MAO ESQ : FRATURAS DE 2° E 3° MTC CONSOLIDADAS
RX DE PÉ ; FRATURAS DE 2 / E 3° MTT EM CONSOLIDAÇÃO

CID S623/S923

Dr. Lauri F. C. Junior
Cirurgião de Mão e Tornozelo
CRM-PB 8218 / CRM-PE 18908
TEOT-13339

Dr. LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR
6918/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

COMPREV
05 NOV 2018
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

COMPREV
05 NOV 2018
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

PatientID: 000000064766

Name:

JANAILTON FERREDES MENDEZ

Sex:

Masculino

BirthDate:

12.09.1986

Age:

31a.

StudyDate:29.06.2018



Image:1 Series:1



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180519368 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAILTON FERNANDES MENDES **Data do acidente:** 27/05/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA MÃO (METACARPOS) ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO (METATARSOS).

Descrição do exame físico: APRESENTA AO EXAME FÍSICO CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO ESQUERDA E NO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO E DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DA MÃO ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO E DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/02/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180519368 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAILTON FERNANDES MENDES **Data do acidente:** 27/05/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO(FRATURA DE MAXILAR DIREITO/FRATURA LINEAR OCCIPITAL DIREITO/FRATURA ZIGOMÁTICO E NASAL)
FRATURA DO 2º E 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.
FERIMENTO CORTO CONTUSO NO DORSO DO PÉ ESQUERDO.
FRATURA DO 2º E 3º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OS DEMAIS.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: %SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE 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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			19,5 %	R\$ 2.632,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401670/18

Vítima: JANAILTON FERNANDES MENDES

CPF: 066.764.164-50

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 27/05/2018

Titular do CPF: JANAILTON FERNANDES
MENDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JANAILTON FERNANDES MENDES : 066.764.164-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/11/2018
Nome: JANAILTON FERNANDES MENDES
CPF: 066.764.164-50

JANAILTON FERNANDES MENDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA