

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

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DA MÃO ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM
LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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 APRESENTA AO EXAME FÍSICO CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO ESQUERDA E NO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE
físico: MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO E DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DA MÃO ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM
LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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

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, 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, retorno 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,



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

06676416450

Nome completo da vítima

Janaíton Fernandes Mendes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Janaíton Fernandes Mendes	06676416450	op. manejador
Endereço	Número	Complemento
Rua dos Violões,	293	ext 02
Bairro	Estado	CEP
Nova Alhondra		58320-000
Email	Telefone (DDD)	
cinthia_giilo@hotmail.com	(33) 9888-12056	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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"/> REUSSO 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	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (011) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

AGÊNCIA NRO. DV NRO. DV

(Informar dígito se existir)

NOV 2018

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO NOME NRO. DV

Banco do Nordeste 004

AGÊNCIA NRO. DV NRO. DV

00028 40638 8

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetivar 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.

Janaíton Fernandes Mendes

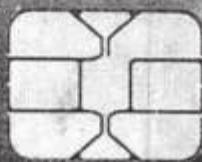
Local e Data

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 Vítimas 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, OSTEOSÍNTSE 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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO E DO PÉ ESQUERDO.

- IV. Nexo de causalidade: 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 DEFÍCIT 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 (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MÃO - Lado Esquerdo

PÉ - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual **(X) 25% leve**
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual **(X) 25% leve**
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- 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
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:

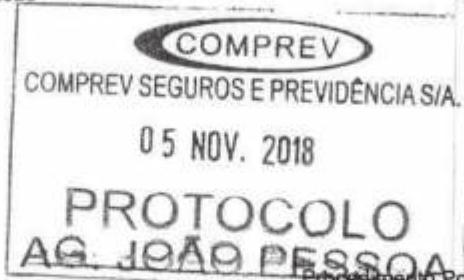
QUE segundo o notificante trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo:2011 de cor preta, placa:NPZ 0764/PB, chassi nº 9C2JJC4110BR720277, registrado em nome de Phelipe de Lima Souza -CPF nº 092.596.094-29;QUE segundo o notificante vinha na sua mão, quando dois motoqueiros vinham conversando e não tendo a devida atenção acabaram por colidir de frente com o notificante, 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 TOLÉDO, 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 fé.

João Pessoa/PB, 25 de outubro de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

JANAILTON FERNANDES MENDES
Noticiante



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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Januilton Fernandes Mendes</i>	066 764 164 50	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 atende 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, art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

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

*PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA*

Januilton Fernandes Mendes

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO-O 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
E-mail	Naturalidade BARRA DE SANTA ROSA			UF PB
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
Transporte AMBULÂNCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

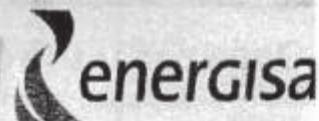
Diagnóstico

Atendido por
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO

Imprimir



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



Emissão: 30/08/2018 Referência: Ago/2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br200, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-650
Roteiro: 18-20-335-3200 N° medidor: 00008994958

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 00.100.100-0000-0000

015923-0

5

A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de 5

11.271.601

010493059

Lotérias CAIXA

(redomgues não solucionados e demais) ou www.caixa.gov.br
2492. Código: 0800 726 0207. Outidone: 0800 725 7474
redomgues e telefones. Deficiente auditivo ou de fala: 0800 726
SAC CAIXA: 0800 726 0201. Informações: 0800 726

Data	Lectura	Data	Lectura					
31/07/18	275	30/08/18	388	1	113			30

CCN	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base C/c	Aliq.	ICMS(R\$)	Base C/c	Fe(R\$)	Outros(R\$)	
Tributos Total(R\$) CMS(R\$) ICMS Fe(R\$) (1,0845%) (4,9955%)										
0801	Consumo em kWh	113,000	0,750610	84,82	84,82	27	22,90	84,82	0,82	4,23
0801	Adic. B Vermelha			8,44	8,44	27	2,28	8,44	0,02	0,42
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 08/2018			1,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018			1,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CCN: Código de Classificação do Item TOTAL: 85,31 83,28 25,18 33,28 1,01 4,85

VALOR TOTAL DA Fatura: R\$ 96,31
23

Resumo do Consumo

0	1	2	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	55	1	39	1	12
Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	May/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	32,39

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Philippe de Lima Souza
RG nº 3439422, data de expedição 16/08/17,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 09259609925, com
domicílio na cidade de Alhandre, no Estado de
Baúl, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projéto do Centro, nº 57,
complemento Alhandre, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fernalton fernandes Mendes cujo o condutor era
Fernalton fernandes Mendes.

Veículo: Moto

Modelo: HONDA CG 125 FAN KS

Ano: 2011

Placa: NPZ 0764

Chassi: 9C2JC4110BR720277

Data do Acidente: 27/05/18

Local e Data: Bayeux/PB 19/06/18

Philippe 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

Angela Meireles C. Caetano
TITULAR
Rosângela C. Caetano Meireles
SUBSTITUTO

Av. LIBERDADE, 436, BAYEUX-PB, CENTRO / CEP: 58306-001 - Tel: (87) 3232-2209

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de(s) P.º(s) :

PHELIPE DE LIMA SOUZA

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

Rosângela Caetano C. Meireles - Substituta

F2018-0029126001-R\$ 0,48 FARFEN:R\$ 0,28 FEFJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: PH18334-4XC2

Confira a autenticidade em <https://selodigital.t1db.ms.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 CIRURGICO 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 TOLÉDO
CRM: 1873/PB



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: 1084552



Identificação do paciente

ID 1292475	Nome PACIENTE NAO IDENTIFICADO <i>JOAQUIM FERNANDES</i>			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 00000000	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência ALHANDRA		Tipo MUNICÍPIO		
Email	Naturalidade ALHANDRA	UF PB		
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	P脉	Temperatura
----	--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Paciente em entrada Vítima de acidente de moto, não responde com voz, respira com dificuldade

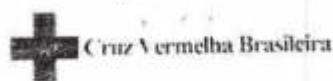
Diagnóstico

CID

Atendido por
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHOTempo
01min 31seg

Imprimir

*COMPREV
05 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA*



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	Telefone de Contato (00) 00000000 / (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 CONSIÊNCIA MAIS ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES. UROSAS 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)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
+ Traumatismos múltiplos não especificados	

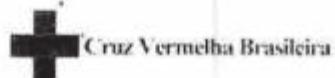
Conduta

Em observação

PACIENTE NAO IDENTIFICADO

JOSE MANGUEIRA RAMALHO

(tel: 1399/PB)



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) 00000000 / (00) 00000000
Endereço PROJETADA, 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 ISOCORICAS E FOTORREAGENTES
SEM DOR EM COLUNA VERTEBRAL A PALPAÇÃO

-TC DO CRANIO:
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

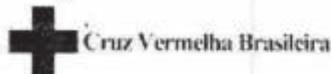
Paciente encaminhado com sucesso para a seção

DR. EMERSON MAGNO DE ANDRADE
NEUROCIRURGÃO
CRM-PB 6215

PACIENTE NAO IDENTIFICADO

EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE
(: 6215/PB)

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



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			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.

RAIOX: 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 LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)



Crux Vermelha Brasileira



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

Endereço: RVI
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) 00000000 / (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

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

ED. DESCOBERTO. FURNEICO, 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
CLÍNICO REVELOU ESTADO FÍSICO MOMENTÂNEO DO PACIENTE.

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

CD: 1- ORIENTAÇÕES
2- AGUARDANDO SUTURA
3- REAVALIAÇÃO APÓS MELHORA DE QUADRO

GID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e mandibulares

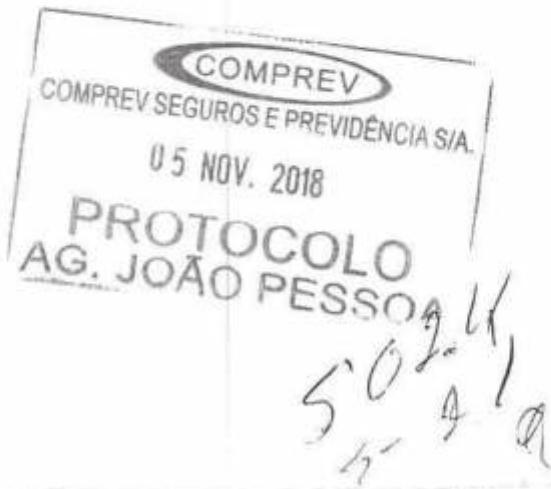
Conduta

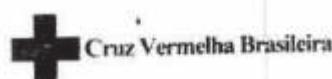
Paciente encaminhado com sucesso para a seção

www.aulavirtual.mec.gov.br IDENTIFICADO

Dr. Rui M. Mendes, PhD
Centro de Engenharia
Industrial da Universidade de Coimbra
3004-500 Coimbra, Portugal

RUI MEDEIROS JUNIOR
(- 5518/PR)




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	Telefone de Contato (00) 00000000 / (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 LAJANA 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.

RAIOS X 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 RAIOS X DE CONTROLE DE PÉ ESQUERDO + RAIOS X 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 CIRÚRGICO)

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 OBLIQUE)****RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E OBLIQUE)****ELETROCARDIOGRAMA****CID10**

Código	Descrição
S62.6	Fratura de outros dedos

Conduta

Internar Paciente

PACIENTE NAO IDENTIFICADO

LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
(CRM: 8491/RN)

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

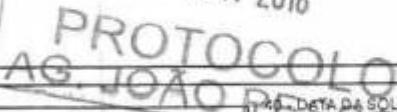
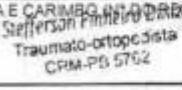


EELTSW

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

Número: Jonathan Fernando Spindel Data: / /
Paciente: Jonathan Fernando Spindel Caixa Pronta:
Procedimento: Trat. Cirúrgico de Fratura de 2º e 3º
SUS: Não SUS: Reposição: mitocarp (E)
Médico: Dr. Estevam J. P. S. P. S.

	<p>Júlio César de S. Góes</p>
<p>ASSINATURA GESTANTE RESPONSÁVEL</p>	
<p>ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN</p>	

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES			
HTOP					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
HTOP					
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO			
Janailton Fernandes Almeida		1084552			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
		/ /		Male <input checked="" type="checkbox"/> 1	Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		DOD		11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, 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					
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> 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	
- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37-QTDE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
<p>B. Blaun Aquilino de Oliveira - 01  05 NOV. 2018  AG. JOAO P. 691898</p>					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF		 Jefferson Filho Traumato-Ortopédico CRM-PB 5762 		
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF				



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Janaulton Fernando Mendes BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 04/06/18

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Fratura de 2º e 3º metacarpo esquerdo

Cirurgião: Dr. Stefferson Daniz 1º Assistente: Dr. Gustavo Mendonça

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Camille

Tipo de Anestesia: Lesionar da píxe Horário: Início _____ Término _____
laringos

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de 2º e 3º metacarpo esquerdo</u>	<u>552.3</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Aberta</u>	_____
<u>Fixação com por-K</u>	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Stefferson Pinheiro Daniz
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5762

Enferm

João Pessoa, 04/06/18

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- paciente em DDH na posição de braço frágil.
- Deglutição de todo conteúdo esp. eng.
- Anépsia e antinepsia com campo estéril.

Incisão:

- Longitudinal dorsal entre 2.º e 3.º MTC esp. de apox 3 cm de comprimento.

Achados:

- Fratura de base de 2.º e 3.º MTC eng.

Conduta:

- Redução de 2.º e 3.º metacarpos.

- Fixação com 2 pinos intra-médulares.

- Fechamento por planos.

- Cerrado com agulha e fio.

- Tela lírica eng.

Fechamento:

- com mononylon 3.0.

Observação:



Médico/CRM:

Stefferson Pithero Diaz
Traumato-ortopédista
CRM-73.5762

João Pessoa, 07/10/2018

Nota de Sala Cirúrgica



NO ME DO PACIENTE	Joaquim Ferreira Mendes				
EDADE	31	BE 1084532			
PRONTUARIO		ENFERMARIA			
CIRURGIA	Trat. Enuresico de 2-13º mitoacope	LEITO E			
CIRURGIÃO	Dr. E. B. M. J. B. J. B.	PAIX			
ANESTESIA	Bloqueio + Sedação				
ANESTESISTA	Dr. Camilo				
INSTRUMENTADOR					
DAT	04-06-18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	08:30	00:04:30	
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()					
GRAL DE CONTAMINACAO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIOS CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	5RL	JELCO N°20		FIOS CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIOS DE AÇO N°	
CETAMINA	5F	JELCO N°24		FIOS DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORÁXICA N°		FIOS DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11		FIOS DE NYLON N° 3	
FCNOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI N°15		FIOS DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°23		FIOS DE NYLON N°	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI N°24		FIOS POLIGLACTINA N°	
L'RANO	PVPI TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIOS POLIGLACTINA N°	
OBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPÓICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIOS POLIPRÓPILENO N°	
OBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	10	FIOS POLIPRÓPILENO N°	
LIDOCAINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIOS POLIPRÓPILENO N°	
LIDOCAINA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL N°7,5		FIOS POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIOS SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIACA	
NIMBILM	AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°14		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
CAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21		FIOS DE KIRSCHNER N° 2	
ROCLURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML		FIOS DE KIRSCHNER N°	
EVOFELCRANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIOS STEINMAN N°	
UXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIOS STEINMAN N°	
TOPIENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
DRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		KIT DERIVA VENTRÍCULAR	
GLA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO		PROTESE VASCULAR	
TROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N		KIT PAM	
EXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
FE-ZOLINA	L	CATETER EPIDURAL N°17		EMPRESA	
NETASONA		CATETER EPIDURAL N°18			
NA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICIAIS	
FEZINA		COLET URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICIAIS	
ROSEMINA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS 5	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		PARAFUSOS ESPONJOSO	
LICOSA 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		PARAFUSOS ESPONJOSO	
LUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PARAFUSOS MALEOLAR	
DROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		PARAFUSOS MALEOLAR	
DOCAINA GELEIA	ELETRODOS 5	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		PLACA	
DASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS 1	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		PLACA	
ASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE	SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
OSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
OTAMINA	ESPONJA DE PVPI 1	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR	
NOXICAN	ESPARADRAPO 6	FIOS ALGODÃO S/A N°		() BISTURILÉTRICO	
Kitaminn	GAZES 5	FIOS ALGODÃO S/A N°		() CAPNÓGRAFO	
	GAZES ALGODOADAS	FIOS ALGODÃO C/A N°		() CARDIONOMITOR	
	GEL ELETROLÍTICO	FIOS ALGODÃO C/A N°		() DESFIBRILADOR	
	JELCO N°14			() FOCO AUXILIAR	
	JELCO N°16			() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXIMETRO DE PULSOS	
				() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

FING) ASCTR 021-2

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 24/03/18

PRONTUÁRIO: 1084552

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

PRESSÃO ARTERIAL 140/85 PULSO 85 RESPIRAÇÃO REGULAR TEMPERATURA 36,5 PESO 70 GRUPO SANGUÍNEO AB+

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

EXAMES COMPLEMENTARES no movimento, cheiros

AP. RESPIRATÓRIO normal, MUCOSA CLARA AP. CIRCULATÓRIO normal

AP. DIGESTIVO normal ESTADO MENTAL normal DROGAS EM USO

TIPO ANESTÉSICO ESTADO FÍSICO (ASA) 1

DESE. HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE METACARPO EM MÍC

CIRURGIA REALIZADA T R A T A M E N T O C H U R G I C O D E F R A T D E 2: E 3 - M E T A C A R P O E S Q .

CIRURGÃO Dr. STEFERSON AUXILIARES

DATA DA ANESTESIA 8:15 TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

DATA DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Dra. Camila CPF CRM-PB

ANESTESIA GA DATA 08/03/2018 HORA 08:15

ANESTESIA GA DATA <u

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						2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						4 - CNES			
H. E. E. T.						5 - N° DO PRONTUÁRIO			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						1081552			
H E E T.						6 - SEXO			
Identificação do Paciente						Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3			
5 - NOME DO PACIENTE						7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO		
Não Identificado						/ /	9 - TELEFONE DE CONTATO		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL						DDD	11 - N° DO TELEFONE		
12 - ENDERÉCO (RUA, N°, BAIRRO)						14 - CÓD. ISGE MUNICÍPIO	15 - UF		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						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						<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> 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						2 - FICOU <i>COMPREV CONVÉNIO N° 2</i> <i>COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIA S/A</i> <i>05 NOV. 2018</i> <i>PROTÓCOLO</i> <i>AG. JOAOPESSOA</i>			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						40 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
41 - DOCUMENTO						42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF				43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO SÓNSELHO)			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
47 - DOCUMENTO						48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO SÓNSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF							



GRUPO VERGNEIRA
BRASIL FIMA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome:	BE/Prontuário:	1084552	
Idade: 40	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Cor:	Data: 27/05/15
Clinica/Setor: Ortopedia	EMP:	L.R:	
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fraturas expostas de 2º e 3º M1	1º Assistente: HK 1212		
Cirurgião: Dr. Diego Dantas	3º Assistente:		
2º Assistente:	Anestesista:		
Instrumentador:			
Tipo de Anestesia: Região de 22	Horário: Início	Termino	

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura exposta d 2 e 3 molar superior esquerdo	

Procedimientos Cirúrgicos	Código
Testamento cirúrgico de brújula expuesta d. 2º a 3º metatars expuesto	

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

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico

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

Médico/CRM:

Laiana Karen Dantas Barreto
MEDICA
CRM- 8491

João Pessoa, 27/08/18

27/03/14

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Presente esse D.D.I. sob anestesia.
Adesivo e curadouros
Apoio de campo e luvas

Incisão:

Achados:

Fratura exposta de 2º e 3º MTT esquerdo

Conduta:

- L.H.L. exclusiva com SFE 5%.
- Fixação, após redução da fratura de 2º e 3º MTT (O, com fio K no 2º fio K em cada mtt frouxido)
- Sob exalação de etanofis
- Sutura de pele

Fechamento:

Curativos externos.

Observação:

- Revisão de controle

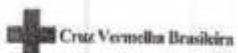
Médico/CRM:


Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM- 8491

João Pessoa, 27/05/18



Nome: <i>parcialtan Guimaraes</i>		Nº de BE:	
Idade: <i>27</i>	Sexo: <i>M</i>	Clínica: <i></i>	Enf.: <i></i> Leito: <i></i>
Data de admissão: <i>27/05/18</i>	Alta: <i>6/6/18</i>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <i>lun. rep. de pc lun. de UTC</i>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <i>Q x</i>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <i>lunje + nolent + estabilizacões</i> <i>(2. Dr. Diego Dutra)</i>			
Biópsias:			
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: <i>alter in Boni estado clínico</i>			
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: <i>05 NOV. 2018 PROTÓCOLO AG. DE ATENDIMENTO SEGURADO PREVIDENCIASIA</i>			
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. Ao ambulatório <i>Dr. Diego</i> em <i>30</i> dias para revisão. <i>510 dias.</i>			
João Pessoa: <i>b deb de B</i>			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



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)

RETIRO FIOS K

FEZ USO DE ANTIBIOTICO 01 SEMANA (POR INFECÇÃO) - SIC LEUCOGRAMA 6,200 / PCR
NAO REAGENTE / VHS 10

EVOLUINDO COM DOR EM 2º ARTICULAÇÃO MTT- FALANGEANA ESQ QUE LIMITA
ESFORÇOS FÍSICOS E REFERE FRAQUEZA MUSCULAR EM MAO ESQ

RX MAO ESQ : FRATURAS DE 2º E 3º MTC CONSOLIDADAS

RX DE PÉ : FRATURAS DE 2º E 3º MTC EM CONSOLIDAÇÃO

CID S623/S923

Dr. Lauri F. C. Junior
Cirurgião de Pe e Tumoreto
CRM-PB 6918 / CRM-PE 18808
TEUT-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

PatientID:	000000064766	Sex:	Masculino
Name:	JANAILTON FERNDES MENDEZ	BirthDate:	12.09.1986
		Age:	31a.

StudyDate:29.06.2018

Image:1 Series:1





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



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

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DA MÃO ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM
LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/05/2018

Titular do CPF: JANAILTON FERNANDES MENDES

Seguradora: USEBENS SEGUROS 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
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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JANAILTON FERNANDES MENDES

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA