

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000110058-0

Nr. da Autenticação 7C5C500F9430C606

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190615338 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º DEDO E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 04.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 5304001 Prontuário: 342024

Nome: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA
 Filiação: 100000001 Idade: 18 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS Religião:
 CPF: 100000001 RG: 100000001 CNB: 500000000000000000
 Endereço: RUA DA CRESCE Nº 0
 Bairro: VASSOURAS Cidade: GARUARÁ Estado: PE
 CEP: 55074000 Fone: 33000000 Profissão: A. MOTOR DE VEÍCULO
 Nome da Mãe: JIMENE DE OLIVEIRA XAVIER
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTORCICLETA
 Outros: FLEBITE TRAUMÁTICA

2 - ATENDIMENTO Data: 04/05/2017 Hora: 11:15 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

por trauma de queda de moto, chega ao hospital com queixa de dor no membro superior direito, após queda de moto, com lesão no punho.

ANAMNESE

Exatidão: Queda de moto com lesão no punho
 1. Queda de moto com lesão no punho, com dor no punho e inchaço no punho.
 2. Queda de moto com lesão no punho, com dor no punho e inchaço no punho.
 3. Queda de moto com lesão no punho, com dor no punho e inchaço no punho.
 4. Queda de moto com lesão no punho, com dor no punho e inchaço no punho.
 5. Queda de moto com lesão no punho, com dor no punho e inchaço no punho.
 6. Queda de moto com lesão no punho, com dor no punho e inchaço no punho.
 7. Queda de moto com lesão no punho, com dor no punho e inchaço no punho.
 8. Queda de moto com lesão no punho, com dor no punho e inchaço no punho.
 9. Queda de moto com lesão no punho, com dor no punho e inchaço no punho.
 10. Queda de moto com lesão no punho, com dor no punho e inchaço no punho.

1. Queda de moto com lesão no punho
 2. Queda de moto com lesão no punho
 3. Queda de moto com lesão no punho

Prescrição:

Unidade: 3000

Data:

Horário:

1. Dexametasona 4mg + 100mg de cloroformo
 2. Dexametasona 4mg (100) + 100

10 Dias curativos

[Assinatura]

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGENCIA

3 - Evolução / Exames

Forma de Responsabilidade de Admissão

☒ Emergência ☐ Ambulatório

Responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem, com a devida observância das normas e procedimentos estabelecidos, sob a supervisão do enfermeiro responsável.

Nome: Queiroz Eduardo Oliveira Silva

Idade: 30

Sexo: M

☒ Hospitalar

Atividade de Enfermagem

☐ Hospitalar ☐ Ambulatório

Atividade

Atividade

Procedimento

Outro Documento

☒ Assinatura

Contato de Paciente

Atividade: ☐ Ambulatório ☐ Hospitalar

Atividade: ☐ Ambulatório ☐ Hospitalar

Condição de Atividade

☐ Ambulatório ☐ Hospitalar ☐ Ambulatório ☐ Hospitalar

Atividade: ☐ Ambulatório ☐ Hospitalar ☐ Ambulatório ☐ Hospitalar

Atividade: ☐ Ambulatório ☐ Hospitalar

Atividade: ☐ Ambulatório ☐ Hospitalar

Atividade: ☐ Ambulatório ☐ Hospitalar

Atividade: ☐ Ambulatório ☐ Hospitalar



FICHA DE ANESTESIA

N 222498

Paciente: <u>Edmundo Ochoa Vazquez</u>		No. de Historia Clínica: <u>222498</u>		No. de FICHA: <u>0415013</u>	
Tipo de Anestesia: <u>PERA</u>		Método de Inducción: <u>IV</u>		Método de Mantenimiento: <u>IV</u>	
Medicamentos utilizados:		Medicamentos utilizados:		Medicamentos utilizados:	
<u>1. 5 mg de Propofol 1%</u>		<u>1. 5 mg de Propofol 1%</u>		<u>1. 5 mg de Propofol 1%</u>	
<u>2. 10 mg de Fentanilo</u>		<u>2. 10 mg de Fentanilo</u>		<u>2. 10 mg de Fentanilo</u>	
<u>3. 5 mg de Midazolam</u>		<u>3. 5 mg de Midazolam</u>		<u>3. 5 mg de Midazolam</u>	
<u>4. 10 mg de Succinilcolina</u>		<u>4. 10 mg de Succinilcolina</u>		<u>4. 10 mg de Succinilcolina</u>	
<u>5. 10 mg de Atracurio</u>		<u>5. 10 mg de Atracurio</u>		<u>5. 10 mg de Atracurio</u>	
<u>6. 10 mg de Vecuronio</u>		<u>6. 10 mg de Vecuronio</u>		<u>6. 10 mg de Vecuronio</u>	
<u>7. 10 mg de Rocuronio</u>		<u>7. 10 mg de Rocuronio</u>		<u>7. 10 mg de Rocuronio</u>	
<u>8. 10 mg de Cisatracurio</u>		<u>8. 10 mg de Cisatracurio</u>		<u>8. 10 mg de Cisatracurio</u>	
<u>9. 10 mg de Mivacurio</u>		<u>9. 10 mg de Mivacurio</u>		<u>9. 10 mg de Mivacurio</u>	
<u>10. 10 mg de Pipecuronio</u>		<u>10. 10 mg de Pipecuronio</u>		<u>10. 10 mg de Pipecuronio</u>	
<u>11. 10 mg de Pancuronio</u>		<u>11. 10 mg de Pancuronio</u>		<u>11. 10 mg de Pancuronio</u>	
<u>12. 10 mg de Tubocurario</u>		<u>12. 10 mg de Tubocurario</u>		<u>12. 10 mg de Tubocurario</u>	
<u>13. 10 mg de Gallamine</u>		<u>13. 10 mg de Gallamine</u>		<u>13. 10 mg de Gallamine</u>	
<u>14. 10 mg de Flunitrazepam</u>		<u>14. 10 mg de Flunitrazepam</u>		<u>14. 10 mg de Flunitrazepam</u>	
<u>15. 10 mg de Diazepam</u>		<u>15. 10 mg de Diazepam</u>		<u>15. 10 mg de Diazepam</u>	
<u>16. 10 mg de Lorazepam</u>		<u>16. 10 mg de Lorazepam</u>		<u>16. 10 mg de Lorazepam</u>	
<u>17. 10 mg de Alprazolam</u>		<u>17. 10 mg de Alprazolam</u>		<u>17. 10 mg de Alprazolam</u>	
<u>18. 10 mg de Clonazepam</u>		<u>18. 10 mg de Clonazepam</u>		<u>18. 10 mg de Clonazepam</u>	
<u>19. 10 mg de Zolpidem</u>		<u>19. 10 mg de Zolpidem</u>		<u>19. 10 mg de Zolpidem</u>	
<u>20. 10 mg de Zaleplon</u>		<u>20. 10 mg de Zaleplon</u>		<u>20. 10 mg de Zaleplon</u>	
<u>21. 10 mg de Eszopiclona</u>		<u>21. 10 mg de Eszopiclona</u>		<u>21. 10 mg de Eszopiclona</u>	
<u>22. 10 mg de Doxepina</u>		<u>22. 10 mg de Doxepina</u>		<u>22. 10 mg de Doxepina</u>	
<u>23. 10 mg de Amitriptilina</u>		<u>23. 10 mg de Amitriptilina</u>		<u>23. 10 mg de Amitriptilina</u>	
<u>24. 10 mg de Nortriptilina</u>		<u>24. 10 mg de Nortriptilina</u>		<u>24. 10 mg de Nortriptilina</u>	
<u>25. 10 mg de Imipramina</u>		<u>25. 10 mg de Imipramina</u>		<u>25. 10 mg de Imipramina</u>	
<u>26. 10 mg de Desipramina</u>		<u>26. 10 mg de Desipramina</u>		<u>26. 10 mg de Desipramina</u>	
<u>27. 10 mg de Fluoxetina</u>		<u>27. 10 mg de Fluoxetina</u>		<u>27. 10 mg de Fluoxetina</u>	
<u>28. 10 mg de Paroxetina</u>		<u>28. 10 mg de Paroxetina</u>		<u>28. 10 mg de Paroxetina</u>	
<u>29. 10 mg de Sertralina</u>		<u>29. 10 mg de Sertralina</u>		<u>29. 10 mg de Sertralina</u>	
<u>30. 10 mg de Escitalopram</u>		<u>30. 10 mg de Escitalopram</u>		<u>30. 10 mg de Escitalopram</u>	
<u>31. 10 mg de Citalopram</u>		<u>31. 10 mg de Citalopram</u>		<u>31. 10 mg de Citalopram</u>	
<u>32. 10 mg de Venlafaxina</u>		<u>32. 10 mg de Venlafaxina</u>		<u>32. 10 mg de Venlafaxina</u>	
<u>33. 10 mg de Duloxetina</u>		<u>33. 10 mg de Duloxetina</u>		<u>33. 10 mg de Duloxetina</u>	
<u>34. 10 mg de Milnaciprina</u>		<u>34. 10 mg de Milnaciprina</u>		<u>34. 10 mg de Milnaciprina</u>	
<u>35. 10 mg de Desvenlafaxina</u>		<u>35. 10 mg de Desvenlafaxina</u>		<u>35. 10 mg de Desvenlafaxina</u>	
<u>36. 10 mg de Levomefloxacina</u>		<u>36. 10 mg de Levomefloxacina</u>		<u>36. 10 mg de Levomefloxacina</u>	
<u>37. 10 mg de Ofloxacina</u>		<u>37. 10 mg de Ofloxacina</u>		<u>37. 10 mg de Ofloxacina</u>	
<u>38. 10 mg de Ciprofloxacina</u>		<u>38. 10 mg de Ciprofloxacina</u>		<u>38. 10 mg de Ciprofloxacina</u>	
<u>39. 10 mg de Moxifloxacina</u>		<u>39. 10 mg de Moxifloxacina</u>		<u>39. 10 mg de Moxifloxacina</u>	
<u>40. 10 mg de Clindamicina</u>		<u>40. 10 mg de Clindamicina</u>		<u>40. 10 mg de Clindamicina</u>	
<u>41. 10 mg de Eritromicina</u>		<u>41. 10 mg de Eritromicina</u>		<u>41. 10 mg de Eritromicina</u>	
<u>42. 10 mg de Clotrimazol</u>		<u>42. 10 mg de Clotrimazol</u>		<u>42. 10 mg de Clotrimazol</u>	
<u>43. 10 mg de Fluconazol</u>		<u>43. 10 mg de Fluconazol</u>		<u>43. 10 mg de Fluconazol</u>	
<u>44. 10 mg de Voriconazol</u>		<u>44. 10 mg de Voriconazol</u>		<u>44. 10 mg de Voriconazol</u>	
<u>45. 10 mg de Isavuconazol</u>		<u>45. 10 mg de Isavuconazol</u>		<u>45. 10 mg de Isavuconazol</u>	
<u>46. 10 mg de Caspofungina</u>		<u>46. 10 mg de Caspofungina</u>		<u>46. 10 mg de Caspofungina</u>	
<u>47. 10 mg de Micafungina</u>		<u>47. 10 mg de Micafungina</u>		<u>47. 10 mg de Micafungina</u>	
<u>48. 10 mg de Anidulofungina</u>		<u>48. 10 mg de Anidulofungina</u>		<u>48. 10 mg de Anidulofungina</u>	
<u>49. 10 mg de Ravulizina</u>		<u>49. 10 mg de Ravulizina</u>		<u>49. 10 mg de Ravulizina</u>	
<u>50. 10 mg de Echinocandina</u>		<u>50. 10 mg de Echinocandina</u>		<u>50. 10 mg de Echinocandina</u>	
<u>51. 10 mg de Terbinafina</u>		<u>51. 10 mg de Terbinafina</u>		<u>51. 10 mg de Terbinafina</u>	
<u>52. 10 mg de Isotretinoico</u>		<u>52. 10 mg de Isotretinoico</u>		<u>52. 10 mg de Isotretinoico</u>	
<u>53. 10 mg de Acetaminofeno</u>		<u>53. 10 mg de Acetaminofeno</u>		<u>53. 10 mg de Acetaminofeno</u>	
<u>54. 10 mg de Ibuprofeno</u>		<u>54. 10 mg de Ibuprofeno</u>		<u>54. 10 mg de Ibuprofeno</u>	
<u>55. 10 mg de Naproxeno</u>		<u>55. 10 mg de Naproxeno</u>		<u>55. 10 mg de Naproxeno</u>	
<u>56. 10 mg de Celecoxib</u>		<u>56. 10 mg de Celecoxib</u>		<u>56. 10 mg de Celecoxib</u>	
<u>57. 10 mg de Paracetamol</u>		<u>57. 10 mg de Paracetamol</u>		<u>57. 10 mg de Paracetamol</u>	
<u>58. 10 mg de Aspirina</u>		<u>58. 10 mg de Aspirina</u>		<u>58. 10 mg de Aspirina</u>	
<u>59. 10 mg de Clopidogrel</u>		<u>59. 10 mg de Clopidogrel</u>		<u>59. 10 mg de Clopidogrel</u>	
<u>60. 10 mg de Ticagrelor</u>		<u>60. 10 mg de Ticagrelor</u>		<u>60. 10 mg de Ticagrelor</u>	
<u>61. 10 mg de Prasugrel</u>		<u>61. 10 mg de Prasugrel</u>		<u>61. 10 mg de Prasugrel</u>	
<u>62. 10 mg de Enoxaparina</u>		<u>62. 10 mg de Enoxaparina</u>		<u>62. 10 mg de Enoxaparina</u>	
<u>63. 10 mg de Heparina</u>		<u>63. 10 mg de Heparina</u>		<u>63. 10 mg de Heparina</u>	
<u>64. 10 mg de Warfarina</u>		<u>64. 10 mg de Warfarina</u>		<u>64. 10 mg de Warfarina</u>	
<u>65. 10 mg de Acenocumarol</u>		<u>65. 10 mg de Acenocumarol</u>		<u>65. 10 mg de Acenocumarol</u>	
<u>66. 10 mg de Sintrom</u>		<u>66. 10 mg de Sintrom</u>		<u>66. 10 mg de Sintrom</u>	
<u>67. 10 mg de Vitamina K</u>		<u>67. 10 mg de Vitamina K</u>		<u>67. 10 mg de Vitamina K</u>	
<u>68. 10 mg de Protina S</u>		<u>68. 10 mg de Protina S</u>		<u>68. 10 mg de Protina S</u>	
<u>69. 10 mg de Protina C</u>		<u>69. 10 mg de Protina C</u>		<u>69. 10 mg de Protina C</u>	
<u>70. 10 mg de Protina B</u>		<u>70. 10 mg de Protina B</u>		<u>70. 10 mg de Protina B</u>	
<u>71. 10 mg de Protina A</u>		<u>71. 10 mg de Protina A</u>		<u>71. 10 mg de Protina A</u>	
<u>72. 10 mg de Protina D</u>		<u>72. 10 mg de Protina D</u>		<u>72. 10 mg de Protina D</u>	
<u>73. 10 mg de Protina E</u>		<u>73. 10 mg de Protina E</u>		<u>73. 10 mg de Protina E</u>	
<u>74. 10 mg de Protina F</u>		<u>74. 10 mg de Protina F</u>		<u>74. 10 mg de Protina F</u>	
<u>75. 10 mg de Protina G</u>		<u>75. 10 mg de Protina G</u>		<u>75. 10 mg de Protina G</u>	
<u>76. 10 mg de Protina H</u>		<u>76. 10 mg de Protina H</u>		<u>76. 10 mg de Protina H</u>	
<u>77. 10 mg de Protina I</u>		<u>77. 10 mg de Protina I</u>		<u>77. 10 mg de Protina I</u>	
<u>78. 10 mg de Protina J</u>		<u>78. 10 mg de Protina J</u>		<u>78. 10 mg de Protina J</u>	
<u>79. 10 mg de Protina K</u>		<u>79. 10 mg de Protina K</u>		<u>79. 10 mg de Protina K</u>	
<u>80. 10 mg de Protina L</u>		<u>80. 10 mg de Protina L</u>		<u>80. 10 mg de Protina L</u>	
<u>81. 10 mg de Protina M</u>		<u>81. 10 mg de Protina M</u>		<u>81. 10 mg de Protina M</u>	
<u>82. 10 mg de Protina N</u>		<u>82. 10 mg de Protina N</u>		<u>82. 10 mg de Protina N</u>	
<u>83. 10 mg de Protina O</u>		<u>83. 10 mg de Protina O</u>		<u>83. 10 mg de Protina O</u>	
<u>84. 10 mg de Protina P</u>		<u>84. 10 mg de Protina P</u>		<u>84. 10 mg de Protina P</u>	
<u>85. 10 mg de Protina Q</u>		<u>85. 10 mg de Protina Q</u>		<u>85. 10 mg de Protina Q</u>	
<u>86. 10 mg de Protina R</u>		<u>86. 10 mg de Protina R</u>		<u>86. 10 mg de Protina R</u>	
<u>87. 10 mg de Protina S</u>		<u>87. 10 mg de Protina S</u>		<u>87. 10 mg de Protina S</u>	
<u>88. 10 mg de Protina T</u>		<u>88. 10 mg de Protina T</u>		<u>88. 10 mg de Protina T</u>	
<u>89. 10 mg de Protina U</u>		<u>89. 10 mg de Protina U</u>		<u>89. 10 mg de Protina U</u>	
<u>90. 10 mg de Protina V</u>		<u>90. 10 mg de Protina V</u>		<u>90. 10 mg de Protina V</u>	
<u>91. 10 mg de Protina W</u>		<u>91. 10 mg de Protina W</u>		<u>91. 10 mg de Protina W</u>	
<u>92. 10 mg de Protina X</u>		<u>92. 10 mg de Protina X</u>		<u>92. 10 mg de Protina X</u>	
<u>93. 10 mg de Protina Y</u>		<u>93. 10 mg de Protina Y</u>		<u>93. 10 mg de Protina Y</u>	
<u>94. 10 mg de Protina Z</u>		<u>94. 10 mg de Protina Z</u>		<u>94. 10 mg de Protina Z</u>	
<u>95. 10 mg de Protina AA</u>		<u>95. 10 mg de Protina AA</u>		<u>95. 10 mg de Protina AA</u>	
<u>96. 10 mg de Protina AB</u>		<u>96. 10 mg de Protina AB</u>		<u>96. 10 mg de Protina AB</u>	
<u>97. 10 mg de Protina AC</u>		<u>97. 10 mg de Protina AC</u>		<u>97. 10 mg de Protina AC</u>	
<u>98. 10 mg de Protina AD</u>		<u>98. 10 mg de Protina AD</u>		<u>98. 10 mg de Protina AD</u>	
<u>99. 10 mg de Protina AE</u>		<u>99. 10 mg de Protina AE</u>		<u>99. 10 mg de Protina AE</u>	
<u>100. 10 mg de Protina AF</u>		<u>100. 10 mg de Protina AF</u>		<u>100. 10 mg de Protina AF</u>	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PALENTE: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: DR. LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: UIANA

Assistente: RAQUEL

Data da Operação: 04/08/19

Indicador:

Termino:

DURAÇÃO

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE OSSOS DO PE ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DO PE ESQUERDO

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA // 2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA // 3. AMPLIADO FERIMENTO INICIAL // 3. REALIZADO LAVAGEM AMPLA COM SFQ 9%, 4. FIXAÇÃO COM FIO-K 5. SUTURA E CURATIVO // 6. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

data: 4 de agosto de 2019

Dr. Lucas Eduardo Oliveira Xavier
Atendente de Saúde
CRM: 11.541/19

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RESUMO DE ALTA

NOME: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER

PRONTUÁRIO:

DATA: 01.08.2019

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DO 3.º PDE + FRATURA DO 4.º MTE

AMBULATORIO DE EGRESSOS - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A REDUÇÃO SOB NARCOSE PARA FRATURA DO 3.º PDE + FRATURA DO 4.º MTE, ENCAMINHADO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA: 01.08.2019

ASSINATURA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES/SUS/PE

RECETUÁRIO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

EVOLUÇÃO

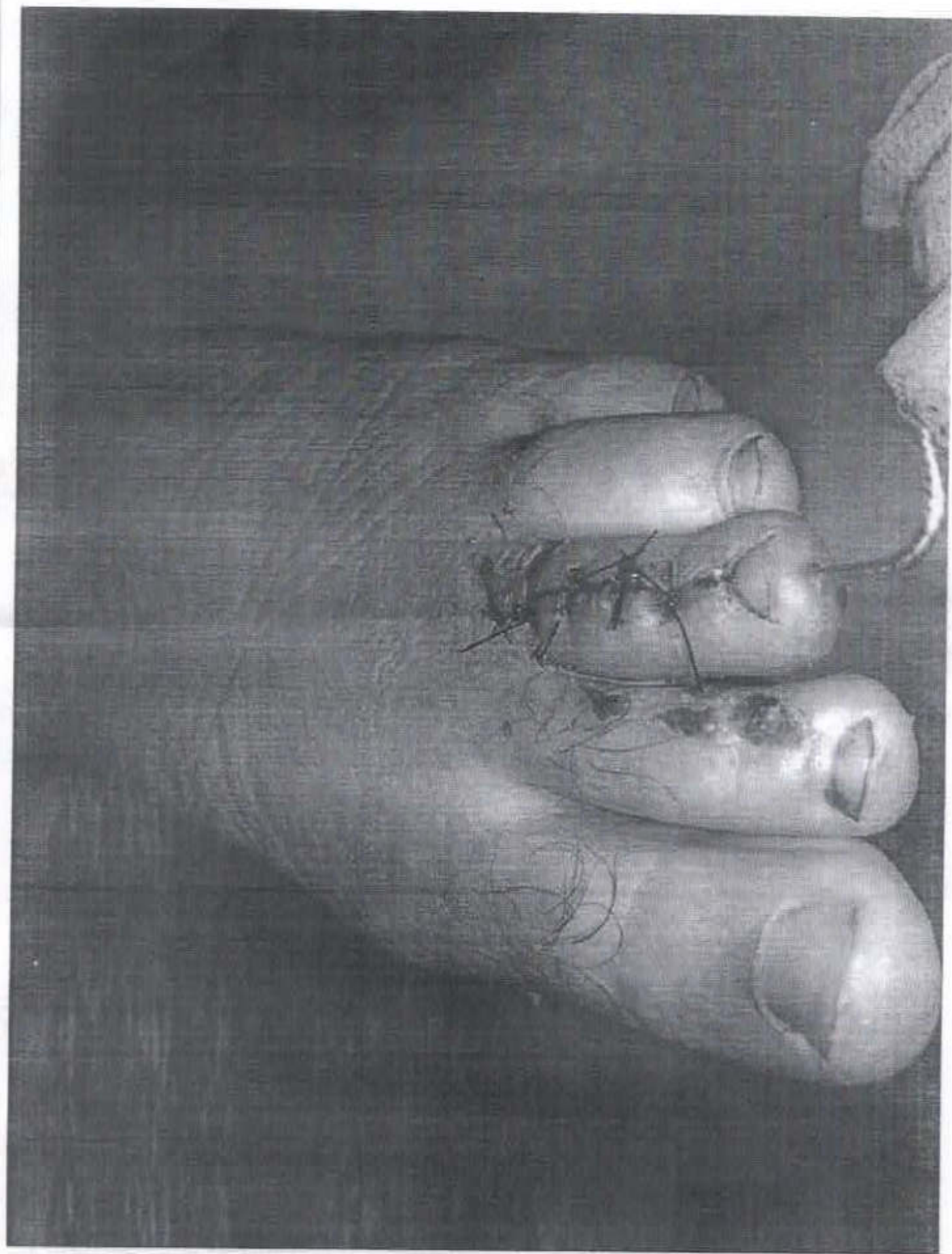
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO 3.º PDE + FRATURA DO 4.º MTE

PACIENTE EVOLUI BEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO, ENCAMINHADO A SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA. CE: ALTA APENAS APÓS AVAL POR ESCRITO DO MÉDICO EVOLUCIONISTA.

DATA: 01.08.2019

ASSINATURA





file:///C:/Users/linv/Infopol/boletim/BOEPreview.htm

11/10/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRICAO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2106000508



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/10/2019 às 16:09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado) que aconteceu no dia 4/8/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: AGAMENON MAGALHAES - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)

PATRICIA MARGARIDA SILVETRE DA SILVA (OUTRO)

LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONECIDO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Nº: SIMONE DE OLIVEIRA XAVIER Data de Nascimento: 16/5/2001 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, SE. ESTRADA DO CAMPINA - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

PATRICIA MARGARIDA SILVETRE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO): de propriedade do(a) Sr(a): PATRICIA MARGARIDA SILVETRE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XX Objeto apreendido: NÃO

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PE 507 18 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 112666186 Chassi: 9C2KDD510KR312506

BURACO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marcas/Modelo: CAIXA ELETRONICO BANCARIO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NENHUM

Cor: OUTRA COR - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMA QUE SE ENCONTRAVA EM TRANSITO NA ESTRADA QUE LIGA A BR 104 A BR 232 POR TRÁS DO HOSPITAL REGIONAL A VITIMA SE ACIDENTOU EM UM BURACO NA ESTRADA POR FALTA DE MANUTENÇÃO DO ESTADO A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO DO ACIDENTE RESULTOU EM FRATURAS EXPOSTAS NO PE E DANOS MATERIAIS A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES ONDE FOI CIRURGIADO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Lucas Edson de Oliveira Xavier Silva
LUCAS EDITARDO OLIVEIRA
XAVIER SILVA
(VITIMA)

R.O. registrado por: JOSE CARLOS DE LIMA

153028-1





Ministério da Fazenda
Recetta Federal
COMPROVANTE DE IMSCRIÇÃO CPF



Número
140.911.044-36

Nome
LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

Inscrição
10/03/2001

CÓDIGO DE CONTROLE
2445762 ACX4JF04



Emitido pela **Secretaria da Receita Federal do Brasil**
em 09/04/2019 às 11:23 (hora e data de Brasília)
digite **verificar:30**
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IMSCRIÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DA DEFESA SOCIAL

CAC-05

Carteira de Identidade

Rosilene Firmino da Silva

Polícia Civil

30/01/1976

029.170.884-60

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

9.000.356

31/05/2010

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA >>

SEVERINO FIRMINO DA SILVA >>

MARGARIDA FORMOSA DA SILVA >>

CARUARU - PE

30/01/1976

0008807 13 CARUARU-PE >>

029.170.884-60

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190615338 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º DEDO E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 04.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381896/19

Vítima: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILV.

CPF: 140.911.044-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: LUCAS EDUARDO
OLIVEIRA XAVIER SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA : 140.911.044-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615338

Vítima: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615338

Vítima: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 00000110058-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Selecione a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do registro do ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEF Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (informar para as bancas citadas, anexar uma cópia) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0053 063 CONTA: 00330058 AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Viúva) ☐ Unido ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (ou sucessores)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, incluindo o ente, irmão, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 217 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

37 - (**) Assinatura de quem avalia a rogo/a pedido:

38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

49 - Assinatura do Representante Legal (se houver):



5067 2252 1638 5577

5067

VALIDATE

04/24

LUCAS EDUARDO O X SI

0051 013 00110058-0

e!c