
Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200403567

Vítima: EDVANILSON ABREU PEREIRA

Data do Acidente: 22/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDVANILSON ABREU PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 10 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200403567

Vítima: EDVANILSON ABREU PEREIRA

Data do Acidente: 22/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDVANILSON ABREU PEREIRA

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: EDVANILSON ABREU PEREIRA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000001031

Conta: 0000026284-0

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



**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: 3200403567

Nome do(a) Examinado(a): EDVANILSON ABREU PEREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Coronel João Melo Moraes, 1235, , Olinda/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDS / 6071959

Data e local do acidente: 22/06/2020 - Olinda/PE

Data e local do exame: 26/11/2020 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

fratura de fêmur direito

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

tratamento com osteossíntese, fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular de joelho e quadril direitos. Não comprova data da alta médica.

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

Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 90°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho varo, flexão aos 100°, extensão aos 100°, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

limitação grave de membro inferior direito, com claudicação da marcha, bloqueio de quadril e joelho.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Direito - Intenso - 75%

Membro Inferior Direito - Intenso - 75%

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

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **05925883438** 4 - Nome completo da vítima: **EDVANILSON ABREU PEREIRA**

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

5 - Nome completo: **EDVANILSON ABREU PEREIRA** 6 - CPF: **05925883438**
7 - Profissão: **MOTOBOY** 8 - Endereço: **AVENIDA CORONEL JOAO DE MELO MORAIS** 9 - Número: **1235** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **FRAGOSO** 12 - Cidade: **OLINDA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53250040**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **819-96455752**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:
☒ RECUSO 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **1031** ☐ CONTA: **00026284** ☐ 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ 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:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nexturo/nextora? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **OLINDA, 31 DE OUTUBRO DE 2020**

Edvanilson Abreu Pereira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0114005460

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/11/2020** às **13:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **22/6/2020** às **22:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA OSVALDO TRIGUEIRO, 01, PB - 041' - Bairro: - BAIJA DA TRAIACAO/PARAIBA/BRASIL - CEP: 58295270**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORES (AUTOR \ AGENTE)
EDVANILSON ABREU PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDVANILSON ABREU PEREIRA

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

EDVANILSON ABREU PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRACAS ABREU PEREIRA Data de Nascimento: **2/1/1984** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6071959/SDS/PE (RG). 05925883438 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOBOY**
Endereço Residencial: **AVENIDA CORONEL JOAO MELO MORAES, 1235 - CEP: 55000-000 - Bairro: FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORES - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDVANILSON ABREU PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVANILSON ABREU PEREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER YS 150 ED** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYS0841 (PERNAMBUCO/OLINDA)**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL ENCONTRAVA-SE NO ESTADO DA PARAIBA MUNICIPIO DE BAIJA DA TRAIACAO CONDUZINDO SUA MOTO ACIDENTANDO-SE AO PASSAR SOBRE UMA LOMBADA TIPO QUEBRA MOLAS PERDENDO O CONTROLE DA MOTO

CHOCANDO-SE CONTRA UM CAMINHAO DE PLACA NAO ANOTADA QUE ENCONTRAVA-SE ESTACIONADO NA VIA . O NOTICIANTE DECLAROU QUE FORA SOCORRIDO PARA A UNIDADE DE URGENCIA ANTONIO PALITOT NA CIDADE DE BAIJA DA TRACAO DE LA FORA SOCORRIDO POR AMBULANCIA DO SAMU DA CIDADE DE RIO TINTO PARA O HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA EM JOAO PESSOA-PB.

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


EDVANILSON ABREU PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MONICA ANDRADE DO COUTO SOARES** - Matrícula: **236854-4**
(Liberado em **03/11/2020** às **14:55**)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: **05925883438** 4 - Nome completo da vítima: **EDVANILSON ABREU PEREIRA**

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

5 - Nome completo: **EDVANILSON ABREU PEREIRA** 6 - CPF: **05925883438**
7 - Profissão: **MOTOBOY** 8 - Endereço: **AVENIDA CORONEL JOAO DE MELO MORAIS** 9 - Número: **1235** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **FRAGOSO** 12 - Cidade: **OLINDA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53250040**
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): **819-96455752**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: **1031** CONTA: **00026284** 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ 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:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 netos/netas? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **OLINDA, 31 DE OUTUBRO DE 2020**

Edvanilson Abreu Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DA PARAIBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO TINTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU-192)

RIO TINTO - PB



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que no dia 22/05/2020, o Sr. Edvanilson Abreu Pereira foi vítima de acidente de carro na PB - 061 e encontrava-se dentro da unidade de saúde de bala da tração.

O mesmo foi removido pela equipe do SAMU RIO TINTO para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Rio Tinto, 18/05/2020

ARTHUR LESTE PINTO DE MENEZES
Coordenador do SAMU Rio Tinto
CONIM 441-31973

ARTHUR LESTE PINTO DE MENEZES
Coordenador Samu Rio Tinto

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: 04/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVANILSON ABREU PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01031

CONTA: 000000026284-0

Nr. da Autenticação 7C505A215C8A6CAD

0-045 - OLINDA / PE 813097003
Número de submissão 04/04/2020
Código de acesso 04/04/2020
Estado do trabalho: publicado

VALOR (R\$)

7199

2239

1999

152

55,700

Total catch (tonnes)

1000



Data de Postagem: 10/07/2020



CTO RECIFE PE PL2



MAURICIO FERNANDO ARAUJO SILVA
AV DR CLAUDIO J GUEIROS LEITE 3214
AP 102 JANGA
53437-000 PAULISTA PE



7210071600338100000000440430100730

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ

488217804, 49

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDVANILSON ABREV PEREIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 059258834, 38

do sinistro de DPVAT cobertura

INVALIDEZ

da Vítima

EDVANILSON ABREV PEREIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº

059258834, 38

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

AV. DR. CLAUDIO JOSE GUERROS LEITE

Número:

322

Complemento:

APTº 102

Bairro:

JANGA

Cidade:

PAULISTA

Estado:

PE

CEP:

53437000

E-mail:

Tel (DDD):

81-996459758

Local e Data:

PAULISTA, 09 DE NOVEMBRO 2020

Mauricio Fernando Araujo da Silva

Assinatura do Declarante



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
EDVANILSON ABREU PEREIRA
Data de nascimento
02/01/1984

Idade
36a 5m 21d

BAE
1242594
Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
22/06/2020 23:34:01
CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(81) 86092993
Prontuário

Mãe
MARIA DAS GRACAS ABREU PEREIRA

Endereço
EMANUEL TAVARES DE MELO, 37

Bairro
CENTRO

Município
BAIA DA TRAICAO
Profissional
DANIEL ESPINDOLA RONCONI
Data/Hora Prescrição
23/06/2020 01:08:57

UF
PB
Nº Cons. Regional
7423/PB

Acidente
VEICULO X MOTO
Data/Hora Classificação
22/06/2020 23:34:01

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

ANAMNESE

#NCR PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO; NEGA PERDA DA CONSCIENCIA. REFERE DOR LOMBAR AO EXAME GLASGOW 15 SEM DEFICITS MOTORES ISO/FOTO TC CRANIO NDN. CD. TC COLUNA DORSAL E LOMBAR

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR

Conduta

Em observação

Enfermeiro


Dr. Daniel E. Ronconi
DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM 123/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 22/06/2020 23:34:01



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
EDVANILSON ABREU PEREIRA	1242594	22/06/2020 23:34:01	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
02/01/1984	36a 5m 21d		(81) 86092993
Mãe	Sexo		Prontuário
MARIA DAS GRACAS ABREU PEREIRA	Masculino		
	Bairro	Município	UF
EMANUEL TAVARES DE MELO, 37	CENTRO		PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	BRUNO DA SILVA MESQUITA	5126/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
22/06/2020 23:34:01		23/06/2020 02:50:36	

ANAMNESE

#BMF# PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO COM CAMINHÃO, CURSANDO TRAUMA EM FACE. NEGA DESMAIO, VÔMITO, DOENÇAS DE BASE E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, VERBALIZANDO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE, EM MACA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA FCC EM REGIÃO MENTONIANA SEM SANGRAMENTO ATIVO. ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, MOVIMENTOS MANDIBULARES E CONTOURNOS DA FACE MANTIDOS, TC: SEM SINAIS TOMOGRÁFICOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE. CD: 1 SUTURA 2 PRESCRIÇÃO 3 ALTA BMF 4 AOS CUIDADOS DA GERAL

Conduta

Em observação

Dr. Bruno da Silva Mesquita
Cirurgião Geral - Maxilo-Facial
CRM-PB 5126

Enfermeiro

BRUNO DA SILVA MESQUITA
(CRM: 5126/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 22/06/2020 23:34:01

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593252

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
Em: 29/06/2020 12:25:26

Nome EDVANILSON ABREU PEREIRA	Boletim de Atendimento 1242594	Data/Hora Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/01/1984	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 795008863908554
Tempo de Internação 6d 6h 18min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 123258
Data de Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data Internação 23/06/2020 06:07:25	Permanência na Unidade 6d 12h 51min	Permanência no Leito 3d 18h 46min

EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 29/06/2020 11:11:53)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#ORTOPEDIA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO CAMINHÃO. RELATA DOR DE FORTE INTENSIDADE E DEFORMIDADE EM REGIÃO DE JOELHO E COXA DIREITA.

EXAME FÍSICO DE JOELHO PREJUDICADO (NO MOMENTO, IMPOSSÍVEL AFASTA LESÃO LIGAMENTAR)

RX FRATURA DE FÊMUR DIREITO SEGMENTAR (PROXIMAL E DIAFISÁRIA)

4º DPO DE OSTEOSINTESE DE FX TRANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES

PACIENTE COM INSTABILIDADE IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO
REALIZAR RNM POSTERIORMENTE

LAB E RX POS-OP OK

CD: PROGRAMAR CIRURGIA DA DIAFISE DE FÊMUR PARA QUINTA

Local: POSTO 10 - ENF 14 - Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselho: 12411





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
Em: 28/06/2020 08:00:03

Nome EDVANILSON ABREU PEREIRA		Boletim de Atendimento 1242594	Data/Hora Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/01/1984	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 705008863908554	Prontuário 123258
Tempo de Internação 5d 1h 53min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data de Internação 23/06/2020 06:07:25	Permanência na Unidade 5d 8h 26min	Duração da Internação 2d 14h 21min	

EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 28/06/2020 07:59:59)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO CAMINHÃO, RELATA DOR DE FORTE INTENSIDADE E DEFORMIDADE EM REGIÃO DE JOELHO E COXA DIREITA.
EXAME FÍSICO DE JOELHO PREJUDICADO (NO MOMENTO IMPOSSÍVEL AFASTA LESÃO LIGAMENTAR)
RX FRATURA DE FEMUR DIREITO SEGMENTAR (PROXIMAL E DIAFISÁRIA)

3º DPO DE FIXAÇÃO DE COLO DE FEMUR DIREITO
PACIENTE COM INSTABILIDADE IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO
REALIZAR RNM POSTERIORMENTE

CD: PROGRAMAR CIRURGIA DE DIAFISE DE FEMUR

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselho: 12411

[Assinatura]
AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
Em: 27/06/2020 04:49:31

Nome EDVANILSON ABREU PEREIRA		Boletim de Atendimento 1242594	Data/Hora Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/01/1984	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 705008863908554	Prontuário 123258
Tempo de internação 3d 22h 42min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 22/06/2020 23:34:01		Data de Saída 23/06/2020 06:07:25		Tempo de Internação 4d 5h 15min
				Tempo de Internação 1d 11h 10min

EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 27/06/2020 04:49:28)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO CAMINHÃO, RELATA DOR DE FORTE INTENSIDADE E DEFORMIDADE EM REGIÃO DE JOELHO E COXA DIREITA

EXAME FÍSICO DE JOELHO PREJUDICADO (NO MOMENTO, IMPOSSÍVEL AFASTA LESÃO LIGAMENTAR)
RX FRATURA DE FEMUR DIREITO SEGMENTAR (PROXIMAL E DIAFISÁRIA)

2º DPO DE FIXAÇÃO DE COLO DE FEMUR DIREITO

PACIENTE COM INSTABILIDADE IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO
REALIZAR RNM POSTERIORMENTE

CD: PROGRAMAR CIRURGIA DE DIAFISE DE FEMUR

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 003

Consentimento informado pelo paciente: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

NÚMERO CONSENTIMENTO: 12411

[Assinatura]
AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR



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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edmarilton da Silva Pereira</i>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>23/06/20</i>	Cirurgião: <i>Dr. Jos. H. M.</i>		1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo de Anestesia:	Hora início:	Hora término:	

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<i>Fratura de fêmur D</i>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<i>União ortopedica</i>	

Acidente durante ato cirúrgico 1º sim 2º não	Descreva:
Biopsia de congelção:	1º sim 2º não
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1º enfermagem 2º terapia intensiva 3º residência 4º óbito durante ato cirúrgico

<i>23 106 120</i>
João Pessoa - Data

<i>Dr. João Henrique Damasceno</i> CPF: 048.543.374-33
Ass. do Médico / CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) Paciente em decúbito supino

2) Posição de joelho de Selmann 4.0 tornos libel

Achados:

3) Manobra de Joakim com + 1/2

Conduta:

Fechamento:

Observação:

Data, João Pessoa de de

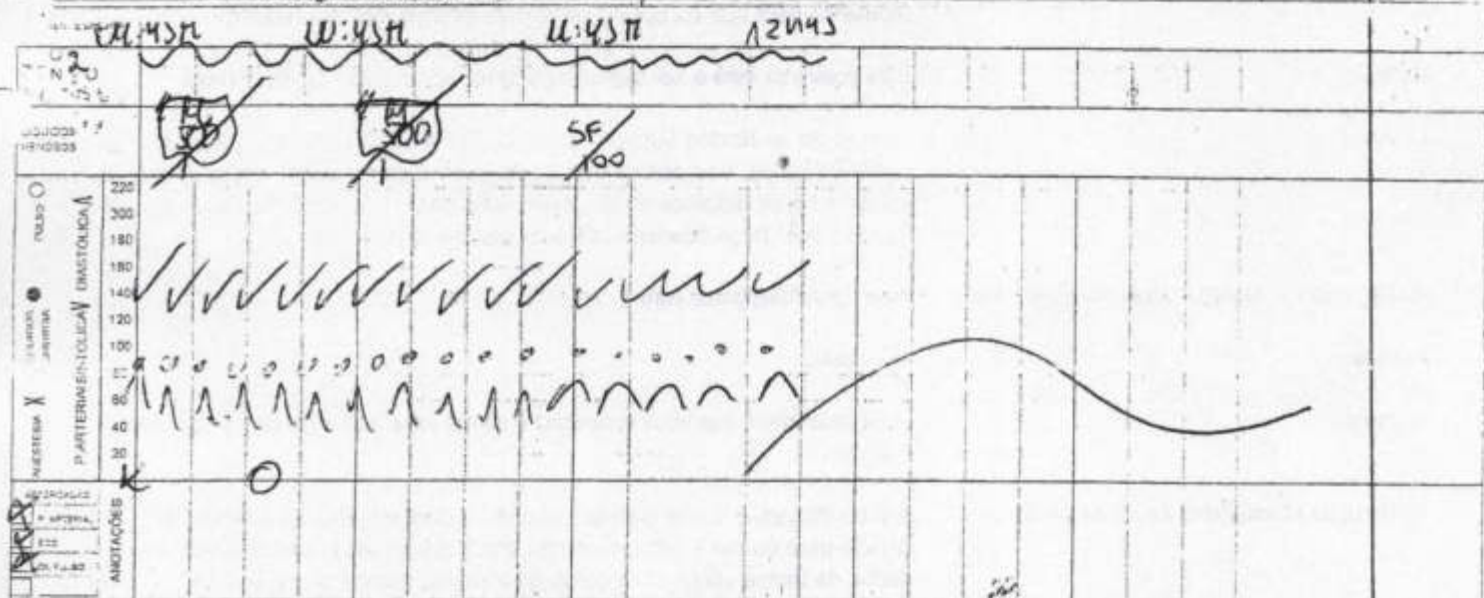
Assinatura/carimbo



DATA: 25.06.20

PRONTUÁRIO: 1242594

PACIENTE: EVANILSON AMIGU PEREIRA	SEXO: M	COR: PARDO	IDADE: 36A
PRESSÃO ARTERIAL 120/80	RESPIRAÇÃO EUPNEICA	TEMPERATURA ~ 36,5°C	PESO ~ 120KG
GRUPO SANGÜÍNEO -	ESTADO GERAL BOM	REGULAR	MAU
PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	BOM	REGULAR
MAU	PÉSSIMO	EXAMES COMPLEMENTARES VPM	
AP. RESPIRATÓRIO EUPNEICO	AP. CIRCULATÓRIO ESTÁVEL	AP. DIGESTIVO EM JEJUM	ESTADO MENTAL ECO 15"
DROGAS EM USO -	PRÉ-ANESTÉSICO -	DOSE/HORA -	ESTADO FÍSICO (ASA) III (MAC + OMS)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA MASOCERVICAL DE FÊMUR	CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA MASOCERVICAL DE FÊMUR MALITO	CIRURGIÃO DR. JACQUES	AUXILIARES DR. JORGE R2
INÍCIO DA ANESTESIA 09:45H	TÉRMINO DA ANESTESIA 12h45	DURAÇÃO DA ANESTESIA	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
QUANT. DE CH.	VALORES BS	ANESTESISTA DR. NICOLE + HUGO R2	CRM-PB



ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS _____
 1) ASA 2) LORNIKOR 3) VASOCLISE PREVIA FUNCIONANTE MSE 4) MODULO DE N. FARMACOL
 MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTESICO

CÓDIGO	1	MUNDAÇÃES 12,5mg	11
INTEL	2	MORFINA 10mg	12
DIAGNÓSTICO	3	CETILINA 2g	13
INÍCIO	4	MORFINA 2mg	14
TOTAL	5	MORFINA 30/12,5 mg/kg	15
DESTINO DO PACIENTE	6	SEXTA-FEIRA 10mg	16
☐ APTA ☐ ENFERMARIA	7	QUINTA-FEIRA 10mg	17
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8	Diploona 2g	18
☒ OUTROS	9		19
	10		20

[illegible]

F INQ ASDR 026-1

Escuela de Comercio y Artes

S-06

36 1242594

Jackson - Third

Rezoana	(Ortholife)	12:30
Aparecida		10:30

AS/CE/20 09:45 10:30

1940-1941 NEW AMERICAN SOCIETY OF AMERICANISTS

Van Hise

to conduct

on Pondy 10/10/1964 10:30 AM 10:30 AM 10:30 AM

Mrs. Pauls

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTHIL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Recente em DTH sob anestesia
Assepsia antisséptica e graxa de campo estéril

Incisão:

Por plano, na face lateral de coxa (D)

Achados:

Fratura proximal em desfil

Conduta:

Redução sob mesa de fraca car
2 parafusos comulados 7,0.

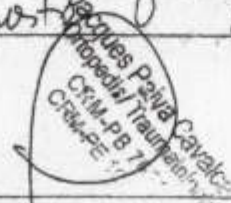
Fechamento:

Por planos.

Observação:

Durante procedimento; ocorreu fratura
o que inviabilizou o procedimento previamente
proposto e por isso no 2º colocad.
os parafusos comulados
João Pessoa, 25, 06, 2020

Médico/CRM:



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Edvaldo Amor Pereira BE/Prontuário: 14259
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 25/06/2008
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____
 Cirurgia: Tct amigda de fatur. de colo de feum (1)
 Cirurgião: Dr Jacques 1º Assistente: Dr Jorge
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fat. broncual de colo de feum (1)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução + fixação de colo de feum</u>	
<u>parafusos canulados</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 25/06/2008

Jacques Palva
Oncologista
CRM-PB 76899



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12.07.2020

PRONTUÁRIO: 1242594

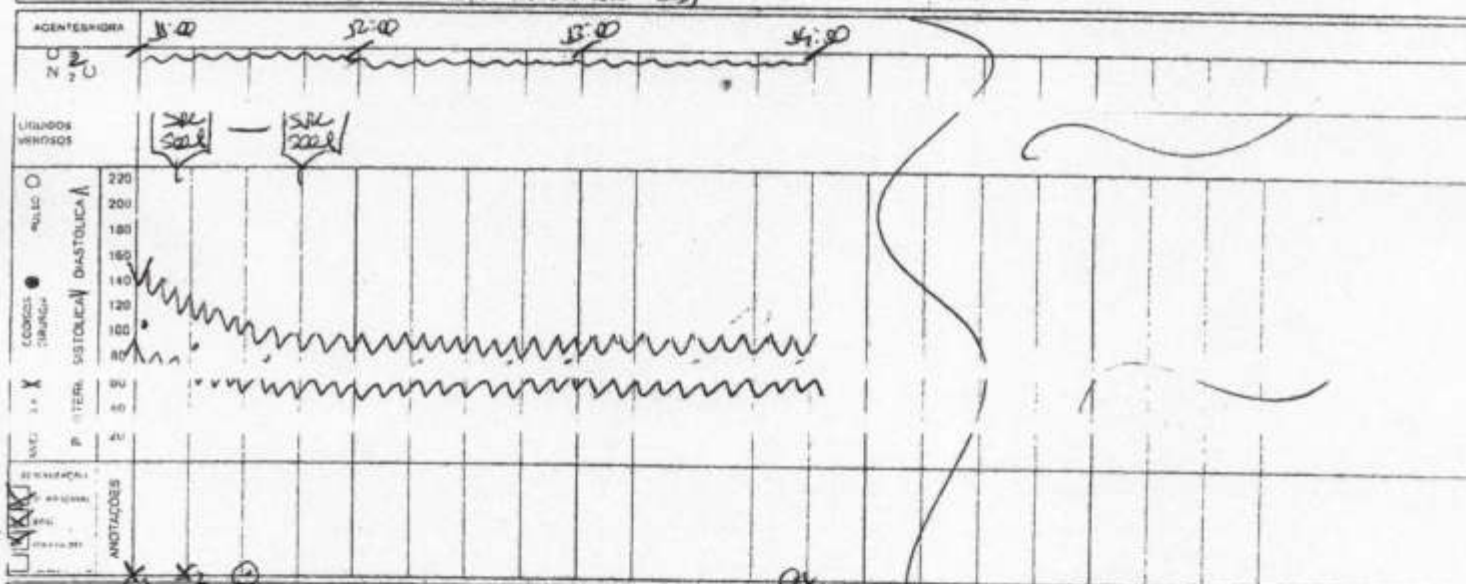
PACIENTE: EDVANILSON ABBREU PEREIRA

SEXO:

COR:

IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 52	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL	☒ BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	☒ BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES	VPM				
AP. RESPIRATÓRIO	EUPNEICO		AP. CIRCULATÓRIO	ESTÁVEL	
AP. DIGESTIVO	DEJUN	ESTADO MENTAL	LOTE	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO					ESTADO FÍSICO (A)
DOSE/HORA	0				II
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FRATURA FÊMUR DIREITO				
CIRURGIA REALIZADA	TTO CLAUDELO DE FRATURA DIAGNÓSTICO DE FÊMUR DIREITO				
CIRURGIÃO	DR. JAMES	AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA	13:00	TÉRMINO DA ANESTESIA	14:00	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	30925327	QUANT. DE CH.	VALORES R\$		
ANESTESISTA	DRS. NIKOLÉ + DRA. CRESSANDRA (R3)			CRM-PB	



☐ ANESTESIA GERAL	☒ RAQUIDIANA	☐ EPIDURAL	☐ BLOO PLEXO	☒ BLOO NERVOS	☒ OUTROS SEDACAO
X. SUCURIO DE N. FEMORAL -> PCT NAVIGATOR, VASOCLISE PREVIA MSE, SEDACAO COM 1 + 2 + 3. CATER NAIL.					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1 MIDAZOLAM 5mg	11 BUSCON 20mg				
2 FANTANIL 50mg	13 DUSPIL 10mg				
3 ROXAPROFEN 120mg	14				
4 ROXAPROFEN 120mg	15				
5 LIDOCAINA 1% 10ml	16				
6 ROXAPROFEN 120mg	17				
7 ROXAPROFEN 120mg	18				
8 ROXAPROFEN 120mg	19				
9 ROXAPROFEN 120mg	20				
10 ROXAPROFEN 120mg					

DESTINO DO PACIENTE:

☐ AP* ☐ ENFERMARIA

☐ UTI ☐ RESIDENCIA

11811

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: Edvanilson Abreu Pereira
 IDADE: 36 SEXO: M Nº: 1943594 PRONTUÁRIO: INTERMÁRIA LEITO: 1
 CIRURGIÃO: Trat. Cir. de Fratura Distal do Fêmur (D)
 CIRURGIÃO: Dr. Jacques LAUX: Dr. Nicole Costa
 ANESTESIA: Dr. Nicole Costa
 INSTRUMENTADOR: Opereide (Ortholife)
 DATA: 02/07/2020 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 14:00 FIM: 14:00 CIRURGIA INÍCIO: 14:00 FIM: 14:00
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMP () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

ALFENTANIL	5FU.91.500mg	U	JELO Nº1	FIOS	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	SR.500mg	L	JELO Nº2	FIOS	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELO Nº3	FIOS	
FETANIL			JELO Nº4	FIOS	
ROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	FIOS	
OMIDATO	SOLUÇÕES		LÂMINA BISTURI Nº11	FIOS	
NOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15	FIOS	
FENTANIL	PVP DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23	FIOS	
FLUMAZENIL	PVP TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	FIOS	
ISOFLURANO	PVP TÓMICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIOS	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIOS	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.	FIOS	
LIDOCAINA C/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVAS ESTÉRIL Nº1,0	FIOS	
LIDOCAINA S/VASO	AGULHA 25X07		LUVAS ESTÉRIL Nº7,5	FIOS	
MIDAZOLAM	AGULHA 25X08		LUVAS ESTÉRIL Nº8,0	FIOS	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVAS ESTÉRIL Nº9,5	FIOS	
HYDROLYUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	FIOS	
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	FIOS	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	FIOS	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº250		SCALP Nº7	FIOS	
RAMFENTANIL	AGULHA RAQUI Nº260		SCALP Nº1	FIOS	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº270		SERINGA 1ML	FIOS	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 10ML	FIOS	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIOS	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 10ML	FIOS	
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA FV COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	FIOS	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	FIOS	
ROPIN	CATETER EMBOLESC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	FIOS	
DEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº6		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIOS	
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº7		SONDA FOLEY IVIAS Nº12	FIOS	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº8		SONDA FOLEY IVIAS Nº14	FIOS	
DIFENONA SÓDICA	CERA PARA OSO		SONDA NAROG. CURTA	FIOS	

GLICOSE 10%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEDURA	PARAFUSOS ESPONJOSOS
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALBOLAR
HYDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALBOLAR
LIDOCAINA GELEIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SOLICONE (LATEX)	PLACA
PLASOL	EQUIPO TRANSF. SANGUE		
PROSTIGMONE	EQUIPO MICROGOTAS		
PROTAMINA	ESPONJA DE PVP		
TENOXICAN	ESPARADRAPO		
OrthoLife	GAZES		
Dr. Fuchs	GAZES ALGODOADAS		
Dr. Parafusos entortados	GEL ELETROLÍTICO		
Blende: 1 n=36101, n=3805	JELO Nº14		
n=40101, n=46101	JELO Nº16		
n=50101			
02 Parafusos esponjosos n=65			
02 Roca n=30			

Handwritten signature and notes at the bottom right of the page.

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTSA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia
gereral, antissepsia e aplicação de campos elétricos.

Incisão:

Coupe lateral de coxa direita por plano.

Achados:

Fract. diagnosa de fêmur (D)

Conduta:

Redução + fixação com placa e parafusos.

Fechamento:

Por planos

Observação:

João Pessoa, 02/07/20
CRM: 19877
Otorrinolaringologista
Dr. João Pessoa

João Pessoa, 02/07/20

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Edvaldo Alneu BE/Prontuário: 124 25 94
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 02/07/20
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: Dn Jacques 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dna Nicole
 Tipo de Anestesia: Local

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Frot diagnóstico de fêmur ⊕</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tot. cirurgia (PAPL)</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Jacques Paiva Cavalcanti
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-PA 7625
 CRM-PE 19492

João Pessoa, 02/07/20



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**



Somos todos
PARAÍBA
Carissimos da Paraíba

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

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
Em: 24/06/2020 07:10:48

Nome EDVANILSON ABREU PEREIRA		Boletim de Atendimento 1242594	Data/Hora Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/01/1984	Idade 36	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 123258
Tempo de Internação 1d 1h 3min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data Internação 23/06/2020 06:07:25	Permanência na Unidade: 1d 7h 36min		Permanência no Leito: 15h 17min

EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 24/06/2020 07:10:45)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO CAMINHÃO, RELATA DOR DE FORTE INTENSIDADE E DEFORMIDADE EM REGIÃO DE JOELHO E COXA DIREITA.

EXAME FÍSICO DE JOELHO: PRESSIONES NO MOVIMENTO, IMPOSSÍVEL ABERTA. PÉDÃO UNICAMERAL.

RX FRATURA DE FEMUR DIREITO SEGMENTAR (PROXIMAL E DIAFISÁRIA)

CD: VPM

BC 25/06

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselho: 12411

Dr. Augusto Sarmento

CRM 12411



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
Em: 26/06/2020 06:32:57

Nome EDVANILSON ABREU PEREIRA		Boletim de Atendimento 1242594	Data/Hora Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/01/1984	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 705008863908554	Prontuário 123258
Tempo de Internação 3d 25min		Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data Internação 23/06/2020 06:07:25	Permanência na Unidade: 3d 6h 58min		Permanência no Leito: 12h 53min

EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 26/06/2020 06:32:53)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO CAMINHÃO, RELATA DOR DE FORTE INTENSIDADE E DEFORMIDADE EM REGIÃO DE JOELHO E COXA DIREITA.
EXAME FÍSICO DE JOELHO PREJUDICADO (NO MOMENTO, IMPOSSÍVEL AFASTA LESÃO LIGAMENTAR)
RX FRATURA DE FEMUR DIREITO SEGMENTAR (PROXIMAL E DIAFISÁRIA)

1º DPO DE FIXAÇÃO DE COLO DE FEMUR DIREITO
PACIENTE COM INSTABILIDADE IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO
SOLICITO RX DE JOELHO DIREITO E POSTERIORMENTE RNM

CD: PROGRAMAR CIRURGIA DE DIAFISE DE FEMUR

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselho: 12411

Dr. Augusto Sarmento
Médico
CNS 705008863908554
12411

Nota de Sala Cirúrgica

RECEBI

NOME DO PACIENTE Advanilson Abreu Pereira					
IDADE 36	SEX M	PRONTUÁRIO 1242594	ENFERMARIA	LEITO	
CIRURGIA Tratamento esquelético femur D.					
CIRURGIÃO M. João Henrique					
ANESTESIA Sedação					
ANESTESISTA M. Juri + Homero					
INSTRUMENTADOR					
DATA 23/06/20 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO 05:00 FIM 05:30 CIRURGIA: INÍCIO 05:40 FIM 05:55					
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)					
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.
ALFENTANIL			JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº
ETANIDIA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº
TOMEDATO					
SOLUÇÕES		QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	✓	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº
FENTANIL	PVP DEGERMANTE	✓	LÂMINA BISTURI Nº23	1	FIO POLILACTINA Nº
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	✓	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLILACTINA Nº
ISOFLURANO	PVP TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLILACTINA Nº
LEVOPUPVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOPUPVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	✓	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº
MEDAZOLAN	AGULHA 25X08	1	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº
MORFINA	AGULHA 40X12	1	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA
AGULHA PERIDURAL Nº16			MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANIL	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEEDMAN Nº 5.0
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	1	FIO STEEDMAN Nº
TIOPENTAL Nº1 Peridol	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	1	GRANDEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES		QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA	CÂMULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		PRÓTESE VASCULAR
ATROPINA	CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		KIT PAM
			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		
CEFALOTINA	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		
DIPIRONA SÓDICA	CERA PARA OSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 30%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNABUQUA		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAÍNA GELEIA	ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA
PLASOL	EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS
TENOXICAN	ESPARADRAPO	1	FIO ALGODÃO S/A Nº		() BISTURI ELÉTRICO
	GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº		✓ CÂRDIOMONITOR
	GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº		() DESFIBRILADOR
	JELCO Nº14				() EDCO AUXILIAR
	JELCO Nº16				() FOCO CENTRAL
					() MICROSCOPIO
					() OXÍMETRO DE PULSO
					() S.A. INVASIV/ NÃO INVASIVA
					() PERFURADOR ELÉTRICO
					() SERRA
					CIRCULANTE



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
EDVANILSON ABREU PEREIRA
Data de nascimento
02/01/1984
Idade
36a 5m 21d
Mão

BAE
1242594
Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
22/06/2020 23:34:01
CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(81) 86092993
Prontuário

Endereço
EMANUEL TAVARES DE MELO, 37

Bairro
CENTRO

Município
BAIA DA TRAIÇÃO
Profissional
DANIEL ESPINDOLA RONCONI
Data/Hora Prescrição
23/06/2020 01:53:53

UF
PB
Nº Cons. Regional
7423/PB

Acidente
VEICULO X MOTO
Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA
Data/Hora Classificação
22/06/2020 23:34:01

ANAMNESE

#NCR TC DE COLUNA DORSAL E LOMBAR SEM EVIDENCIA DE LESÕES TRAUMATICAS CD. ALTA DA NCR

Conduta

Em observação

Dr. Daniel E. Ronconi
Neurocirurgia
CRM 7423

Enfermeiro

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 22/06/2020 23:34:01

O RTO -
CIRRM
Mm. O -



Documento de Alta

Nome: EDVANILSON ABREU PEREIRA			Sexo: Masculino	Numero Prontuário: 123258
Data de Nascimento: 12/01/1984	Idade: 38A 5M 23D	Data de Internação: 23/06/2020 06:07:25	Data de Alta: 06/07/2020 06:45:17	BAE: 1242594

Mãe: MARIA DAS GRACAS ABREU PEREIRA				
Endereço: RUA EMANUEL TAVARES DE MELO, 37		Bairro: CENTRO	Município: BAIA DA TRAIÇÃO	UF: PB

Motivo da alta:
ALTA MEDICA

Conduta:
ORTOPEDIA #3º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIO DE FEMUR DIREITO
PROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS 9º DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA
RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE
IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA
NTIBIOTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Resumo da Internação:
ORTOPEDIA #3º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIO DE FEMUR DIREITO
PROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS 9º DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA
RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE
IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA
NTIBIOTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Resultado de Exames:
ORTOPEDIA #3º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIO DE FEMUR DIREITO
PROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS 9º DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA
RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE
IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA
NTIBIOTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Tratamento:
ORTOPEDIA #3º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIO DE FEMUR DIREITO
PROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS 9º DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA
RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE
IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA
NTIBIOTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

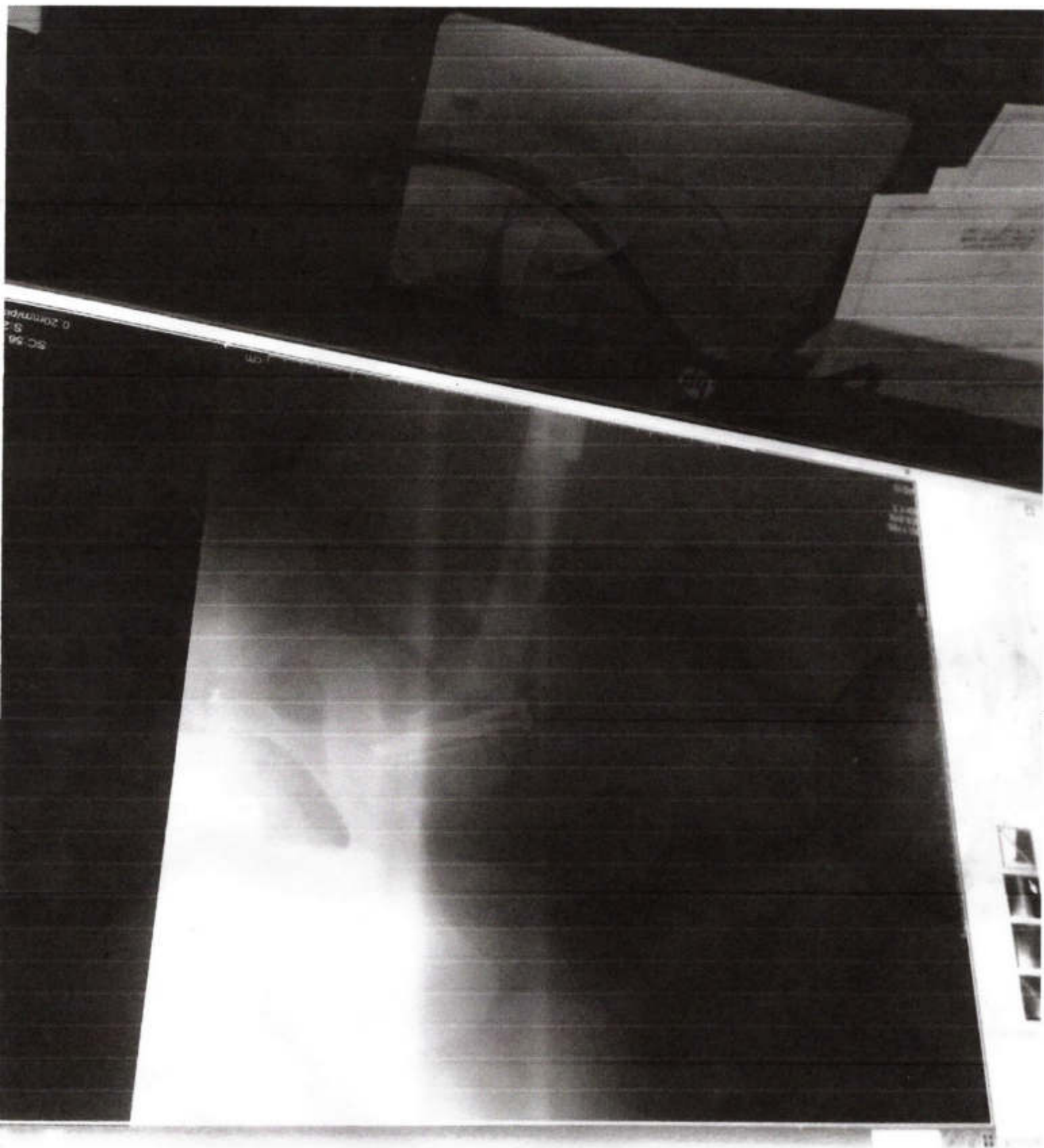
Diagnóstico:
72.9 - Fratura do fêmur, parte não especificada

Recomendações:
ORTOPEDIA #3º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIO DE FEMUR DIREITO
PROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS 9º DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA
RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE
IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST ANALGESIA
NTIBIOTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Data: 06/07/2020

Dr. Heisenberg S. M. Almeida
CRM: 12411 - PB

AUGUSTO SANCALVES
SARMENTO JUNIOR
CRM: 12411 - PB



071959 EDVANILSON ABREU PEREIRA [Masculino] 02.01.1984 (36a.)



SC 56
S
0.20mm/p

22.07.2020 CH P



002224
002224
002224
002224

FEL
22.07.2020 00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 01 14501
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



Edvanilson Alneu Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

6.071.959

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/09/2014

NOME

<< EDVANILSON ABREU PEREIRA >>

FILIAÇÃO

<< ESPEDITO MIGUEL PEREIRA >>

<< MARIA DAS GRAÇAS ABREU PEREIRA >>

NATURALIDADE

SERRA TALHADA - PE

DATA DE NASCIMENTO

02/01/1984

DOC. ORIGEM

<< CC.6056 L.B-21 AUX F.57 CART.

110DIST.RECIFE-PE 05.12.2005 >>

CPF

059.258.834-38

Assinatura do Diretor
Emissão no Ponto de Controle do I.E.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-63 53.298

- 4131

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200403567

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDVANILSON ABREU PEREIRA

Data do acidente: 22/06/2020

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de fêmur direito

Descrição do exame físico: Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 90°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho varo, flexão aos 100°, extensão aos 100°, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico com osteossíntese de colo e diáfise de fêmur direito, fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular de joelho e quadril direitos. Não comprova data da alta médica.

Sequelas permanentes: Deficit funcional global intenso ao membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/11/2020

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: EDVANILSON ABOREU PEREIRA, brasileiro (a),
estado civil CASADO, profissão MOTORISTA, residente e domiciliado à
Rua AV. CORONEL JOAO DE MELO MORAIS, nº 1235,
bairro ENAGASSO, Município de OLINDA,
Estado de (o) PE, portador (a) do RG nº 60729391-505 / PE e CPF nº
059258834-38

Outorgado: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA, brasileiro (a), estado civil:
divorciado, profissão: professor, residente e domiciliado (a): Avenida Dr. Claudio Jose
Gueiros Leite, bairro: Janga, Município do Paulista, Estado de PE portador (a) do RG nº
2883138 / SDS / PE e CPF 48821780449.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)
outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento da indenização por
invalidez permanente, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a)
EDVANILSON ABOREU PEREIRA, ocorrido em
22 / 06 / 2020.

PODERES

Podendo o dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a)
fosse para requerer: FICHAS DE ATENDIMENTO, PRONTUARIOS, RESUMOS DE ALTA
HOSPITALAR, BOLETINS DE ESCLARECIMENTO, FICHAS DE CIRURGIA, EXAMES DE
IMAGEM, LAUDOS MEDICOS, BOLETINS DE OCORRENCIA DE ACIDENTES DE
TRANSITO, TODOS MANTIDOS SOB POSSE E GUARDA DAS POLICIAS RODOVIARIA
FEDERAL E ESTADUAL, MILITAR, POLICIA CIVIL, IML, EM QUALQUER
ESTABELECIMENTO HOSPITALAR E DE PRONTO ATENDIMENTO, CORPO DE
BOMBEIROS MILITAR E SAMU EM TODO TERRITORIO NACIONAL.

OLINDA, 09 de NOVEMBRO de 2020.

Edvanilson Abreu Pereira
Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320452/20

Vítima: EDVANILSON ABREU PEREIRA

CPF: 059.258.834-38

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 22/06/2020

Titular do CPF: EDVANILSON ABREU PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA : 488.217.804-49

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

EDVANILSON ABREU PEREIRA : 059.258.834-38

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: 11/11/2020
Nome: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA
CPF: 488.217.804-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso