



Número: **0079208-98.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes  |                    | Procurador/Terceiro vinculado  |                    |
|---|--------------------|--|--------------------|
| EDVANILSON ABREU PEREIRA (AUTOR)                          |                    | THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)<br>Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) |                    |
| TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)                 |                    |  |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO<br>DPVAT SA (REU) |                    |  |                    |
| Documentos  |                    |  |                    |
| Id.   | Data da Assinatura | Documento  | Tipo               |
| 74029<br>808  | 25/01/2021 11:55   | <a href="#">ANEXO 2</a>  | Outros (Documento) |

**SAFE SEG SERVIÇOS**

21 MAR. 2012

CNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.069-3

**EXCELSIOR SEGUROS**

20 MAR. 2012

**SEGURO DPVAT.**



DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO  
1004037



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2012127981

**Cidade:** Olinda

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** EDVANILSON  
ABREU PEREIRA

**Data do acidente:** 30/11/2008

**Emissor do  
parecer:** José Artur  
Fialho  
Amorim

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR  
DE SEGUROS

**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS  
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**CRM do médico:** 314742

### PARECER

**Data da análise:** 08/05/2012

**Valoração do  
IML:**

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados  
terapêuticos:**

**Sequelas  
permanentes:** DEPENDE DE EXAME PERICIAL

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:** Não

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 9.450,00

**Médico avaliador:** ARTUR

**UF do CRM do  
médico:** RJ

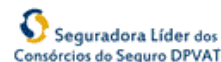
### DANOS

| Dano                 | % Dimensão Graduação |
|----------------------|----------------------|
| Danos não definidos. |                      |

**Valor avaliado:** 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2012127981 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez  
**Vítima:** EDVANILSON ABREU PEREIRA **Data do acidente:** 30/11/2008 **Emissor do parecer:** Maria Tereza Ramos de Araujo Amorim  
**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS **Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT **CRM do médico:** 31475-9

### PARECER

**Data da análise:** 03/04/2012  
**Valoração do IML:**  
**Perícia médica:** Não  
**Diagnóstico:** ENTORSE DE TORNOZELO E PE DIREITO ( TTO CONSERVADOR )  
**Resultados terapêuticos:**  
**Sequelas permanentes:** A ESCLARECER  
**Sequelas:** Sem sequela  
**Conduta mantida:** Não  
**Quantificação das sequelas:**  
**Documentos complementares:** ENVIAR BOLETIM DE ATENDIMENTO E RELATORIO DE INTERNAMENTO  
**Observações:**  
**Valor pleiteado:** 13.500,00  
**Médico avaliador:** MARIA TEREZA  
**UF do CRM do médico:** RJ

### DANOS

| Dano                 | % Dimensão | Graduação |
|----------------------|------------|-----------|
| Danos não definidos. |            |           |

**Valor avaliado:** 0,00

OUTROS

1004054

CARTA

Eu, EDVANILSON ABREU PEREIRA, portador do RG nº 6071959, inscrito no CPF/MF sob o nº 059.258.834-38 e cadastro na Seguradora Líder sob o sinistro nº 2012/127981, declaro para os devidos fins que já enviei toda a documentação médica e hospitalar possível, não tendo condições de enviar documentação complementar.

Desde já me apresento e me ponho a disposição para proceder à perícia junto a Seguradora Líder para que avaliem devidamente as minhas lesões, deformidades e debilidades.

Desde já, grato pela atenção e pela compreensão.

Recife, 16 de abril de 2012.

EDVANILSON ABREU PEREIRA



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2012127981

**Cidade:** Olinda

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** EDVANILSON  
ABREU PEREIRA

**Data do acidente:** 30/11/2008

**Emissor do  
parecer:** Jessica de  
Oliveira Vidal

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR  
DE SEGUROS

**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional  
Informações e Serviços

**CRM do médico:** 52575957

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA PERNA DIREITA

**Descrição do  
exame médico  
pericial:** MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM AUMENTO DISCRETO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE  
TORNOZELO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO MESMO. POLIQUEIXOSO.

**Resultados  
terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR

**Sequelas  
permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas :**

**Data da perícia:** 12/05/2012

**Conduta mantida:** Não

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 3.375,00

**Médico avaliador:** flavio eduardo haddad

**UF do CRM do  
médico:** RJ

### DANOS

| Dano   | %  | Dimensão | Graduação |
|--|----|----------|-----------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 | 1        | 50        |

**Valor avaliado:** 1.687,50

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

### Informações do Acidente

Sinistro: **2012/127981**  
Vítima: **EDVANILSON ABREU PEREIRA**  
Local: **PE-OLINDA**  
Data do Acidente: **30/11/2008**

### Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM      b) ☐ NÃO      c) ☐ PREJ.

#### Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**TORNOZELO DIREITO.**

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**FRATURA DA PERNA DIREITA COM TRATAMENTO CONSERVADOR.**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM      b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias  
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM AUMENTO DISCRETO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO MESMO. POLIQUEIXOSO.**

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:  
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:  
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)  
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido





**Segmento Anatômico**

1ª Lesão

**TORNOZELO DIREITO.**

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - RECIFE, 12/05/2012**

**Médico Perito:**

**Médico Revisor: FLAVIO EDUARDO HADDAD CRM: 52575957**

  
Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad  
Médico  
CRM 10570

Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**  
**- SEGURO DPVAT -**

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT  
www.seguradoralider.com.br

Nº DO SINISTRO:

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EDUARILSON ALVES PEREIRA  
PORTADOR / A DO RG Nº 6071959 EXPEDIDO POR SMS EM 1 / 1 / 2012 E  
CPF 059258034-38 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Motociclista  
E RENDA MENSAL DE R\$ 780,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR  
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo  
AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT  
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA 9249 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA-CORRENTE 19780-8

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO  
1004039

EXCELSIOR SEGUROS

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESC**

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_



SEGURO DPVAT

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

SAFE SEG SERVIÇOS

21 MAR. 2012

CNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.069-3

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL OCINDA

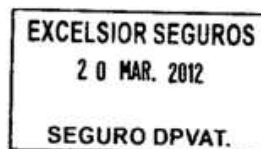
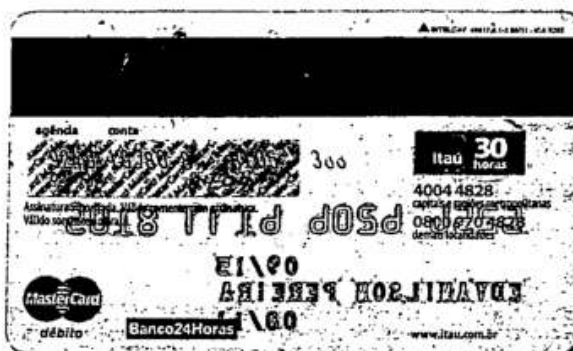
DATA 16/03/2012

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A EDUARILSON ALVES PEREIRA

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.







## BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 7A SECCIONAL - OLINDA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 12E0321002035

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/03/2012 às 20:40

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no**  
**dia 30/11/2008 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 16, 1 - Bairro JATIBA - Município: OLINDA - Estado:**  
**PERNAMBUCO - País: BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
**EDVANILSON ABREU PEREIRA (AUTOR / AGENTE)**  
**MARIA CRISTINA DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
**VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDVANILSON**  
**ABREU PEREIRA**

EXCELSIOR SEGUROS

20 MAR. 2012

SEGURO DPVAT.

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

(AUTOR / AGENTE) - **EDVANILSON ABREU PEREIRA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**

**Não: MARIA DAS GRACAS ABREU PEREIRA, Pat: ESPEDITO MIGUEL PEREIRA** Data de Nascimento: **21/11/1954; Naturalidade:**  
**SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documento: **6071958/SDS-PE (RG), 0552823408 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A); Escolaridade: NAO INFORMADO;**

Profissão: **MOTORISTA; Telefone de Contato: 2127202595; Telefone Celular: NAO INFORMADO**

Endereço Residencial: **AVENIDA CORONEL JOAO MELO MORAES, 1205, CASA, 55000-000, FRAGOSO, OLINDA,**  
**PERNAMBUCO, BRASIL**

Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**

Dados Comercial:

Nome Fantasia: **CEMITERIO MORADA DA PAZ**

(VITIMA) - **MARIA CRISTINA DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**

**Não: MARIA IRACEMA; Pat: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO, Naturalidade: NAO INFORMADO / NAO**  
**INFORMADO / NAO INFORMADO**

Estado Civil: **AMASIADO(A); Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: 2127202595; Telefone**

Celular: **NAO INFORMADO**

Endereço Residencial: **AVENIDA CORONEL JOAO MELO MORAES, 1205, 55000-000, FRAGOSO, OLINDA, PERNAMBUCO,**  
**BRASIL**

Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**

Dados Comercial: **NAO INFORMADO**

## 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/Modelo/Modelo: **MOTOCICLETA / YAMAHA / XTZ 125 - Objeto que estava: Não - Número de Série: NAO INFORMADO**

SAFE SEG SERVIÇOS

21 MAR. 2012

CNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.069-3

COR PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unidade: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: KLO4148 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação:

ESTEVE PRESENTE A ESSE PLANTÃO O SR. EDVANILSON INFORMANDO QUE NO DIA 30/11/2011 QUANDO ESTAVA CONDUZINDO A MOTO DE PLACA KLO4148 NA PE 15-GLINDA, UM ÔNIBUS EFETUOU UMA MANOBRA, FAZENDO COM QUE O SR. EDVANILSON DESVIASSE, PORÉM PROVOCANDO A QUEDA DESEU FIO CARLA PAULA MARIA, ONDE AMBOS FORAM SOCORRIDOS, SENDO QUE O SR. EDVANILSON FICOU NO HOSPITAL GETULIO VARGAS SENDO ATENDIDO AS 15 HORAS E 51 MINUTOS.

Assinatura (a) pessoa(s) presente(s) nesta unidade policial:

*Edvanilson Abreu Pereira*

EDVANILSON ABREU PEREIRA  
(AUTOR / AGENTE)

SAFE SEG SERVIÇOS

21 MAR. 2012

GNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.069-3

5.3.3. registrado pelo p. 10 - MICHELLE ESTEVES FALCÃO FREIRE - Matrícula: 319675-0

EXCELSIOR SEGUROS

20 MAR. 2012

SEGURO DPVAT.



POLICIA CIVIL PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

**CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPL**

1004029



2012

CNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.069-3

CERTIFICADO

EU, RICARDO FIRMINO DE ARAUJO, matrícula nº 220.752-0, escrivão de polícia -  
placetonista - no uso de minhas atribuições legais, ...

CERTIFICO, para os devidos fins, que não existe Instituto de Medicina Legal (IML), em nenhum dos municípios de: OLINDA, RIBEIRÃO, JOAQUIM NABUCO, CORTÊS, ABREU E LIMA E SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE, TAMANDARÉ, ESCADA, para realização de perícias. O referido é verdade. dou fé. Dado e passado nesta cidade de Olinda, ao sexto dia do mês de agosto de dois mil e dez, (06/08/2010). EU Olinda 220-752-0 escrivão de polícia que digitei.



07

☐ Ma. Rita de Cassia V. Rangel

☐ Geraldo Lopes Gomes

☐ Ana Váquina Rangel

☐ Flávio Emanuel R. de Oliveira

☐ Vivian Brandão Souza Mesquita

07 JUN 2011

- Titular
- Substituto
- 2º Substituto
- Etc. A...

VALUO.S.  
Esquema  
T.S.N.R.

**EXCELSIOR SEGUROS**

20 MAR. 2012

**SEGURO DPVAT.**



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDENCIA  
1004040



NOME LEGÍVEL: EDVANILSON ALVES PEREIRA

RG Nº 6071939 ORG.EXP: SDS DT. EXP: 1 / 1 /

CPF: 039.258.834-38

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO NO  
ENDEREÇO ABAIXO:

ENDEREÇO: AV. CEL. JOÃO MELO MORAIS N:1235

BAIRRO: Jatoma

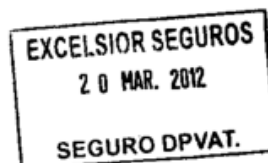
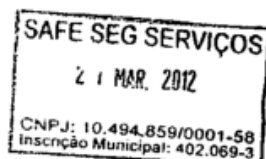
CIDADE: OLINDA

ESTADO: PE CEP: 53250-040

Tel. (81) 9648-4978

OLINDA 16/03/2012  
LOCAL/DATA

Edvanilson Alves Pereira  
ASSINATURA DO DECLARANTE





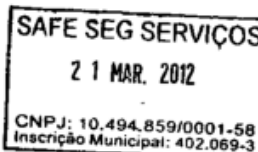


SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

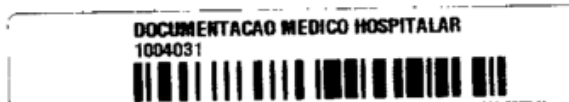
NOME: EDVANILSON ABREU PEREIRA  
CODIGO DO PACIENTE: 687468



1. Ocorrência da Emergência:

- 1.1 Atendido em: 30/11/08, às 15 horas e 51 minutos
- 1.2 Internado em: , às horas e minutos
- 1.3 Alta em: , às 22 horas e 40 minutos.

2. Hipótese Diagnóstica: POLITRAUMA + ENTORSE DE TORNOZELO E PÉ DIREITO.



3. Tratamento: PROFENID IM + TALA GESSADA TIPO BOTA À DIREITA.

4. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. TRAZIDO AO HGV PELO SAMU. REALIZOU RX COLUNA CERVICAL, TORAX, BACIA JOELHO ESQUERDO, TORNOZELO DIREITO.

DATA 04/02/2009  
PASTA: 03/02/2009  
JV



Dr. Roberto Fontini  
Ortopedia - Coluna Vertebral  
CRM 3745-SDC-HGV  
Dr. Jorge Valadares





25/01/2021

Número: **0079208-98.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes  |                    | Procurador/Terceiro vinculado  |                    |
|---|--------------------|--|--------------------|
| EDVANILSON ABREU PEREIRA (AUTOR)                          |                    | THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)<br>Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) |                    |
| TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)                 |                    |  |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO<br>DPVAT SA (REU) |                    |  |                    |
| Documentos  |                    |  |                    |
| Id.   | Data da Assinatura | Documento  | Tipo               |
| 74029<br>809  | 25/01/2021 11:55   | <a href="#">ANEXO 3</a>  | Outros (Documento) |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradolider.com.br](http://www.seguradolider.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, 17 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200403567

Vítima: EDVANILSON ABREU PEREIRA

Data do Acidente: 22/06/2020

Cobertura: INVAUDEZ

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

Pag. 0101301014 - carta\_02 - INVAUDEZ

00020607



Carta nº 16313343





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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 Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Lider-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: 22/08/2020 - 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. Nexa 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 seqüela 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 SU/SEP 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) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1031 CONTA: 00026264 0 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 de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e ratando, 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 pericial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER 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 - Grávida Paralelamente 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 nascituro(s)/nascidos? ☐ 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 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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001-V002/2019





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: - BAIA 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: **21/1984** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6071959/SDS/PE (RG), 05925883438 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. 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: **OY30841 (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 BAIA DA TRAIACAO CONDUZINDO SUA MOTO**  
**-----NTANDO-SE AO PASSAR SOBRE UMA LOMBADA TIPO QUEBRA MOLAS PERDENDO O CONTROLE DA MOTO**

pers/inv/infopol-5.0.0/xml/BOEPreview.html

1/2





**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 BAIA 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 SU/SEP 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) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1031 CONTA: 00026264 0 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 ratando, 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 pericial, 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 - Grávida Paralelamente 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 nascituro(s)/nascidos? ☐ 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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001-V002/2019





ESTADO DA PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO TINTO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU-192)  
RIO TINTO - PR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16

### DECLARAÇÃO

Declaram para os devidos fins, que no dia 22/06/2020, o Sr. Edvanilson Alencar Pereira foi vítima de acidente de trânsito na BR - 041 e encontrava-se dentro da unidade de saúde do UBS da região.

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

RIO TINTO, 18/06/2020

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Coordenador de Saúde da Família  
CPF: 041.123.456-78  
ARTUR LUIZ PINTO DE MENEZES  
Coordenador Saúde Bucal 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



**Informações Gerais**

Nome: **SEMPRE NO MEU**

Endereço: **AV. CIL. JOAO NELLO VIEIRA S/Nº FUNDOS - BARRIO - DISTRITO - FÉ**

Cidade: **AV. CIL. JOAO NELLO VIEIRA S/Nº FUNDOS - BARRIO - DISTRITO - FÉ**

CEP: **00000-000**

Telefone: **000000000**

E-mail: **000000000**

**Detalhamento de Valor**

| Descrição de Valor | Valor (R\$) |
|--------------------|-------------|
| Valor Base         | 73,99       |
| Valor Adicional    | 22,99       |
| Valor Total        | 96,98       |

**Historico de**

Tipo de Emissão

Valor

**TOTAL GERAL A PAGAR**

96,98





Data de Postagem: 10/07/2020



CTC RECIFE PE RJ2



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



7310071580338190000000440490100720





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Clivódoria: 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/DOCCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=20636>

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 COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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: <u>AV. DR. CLAUDIO JOSE GUERROS LEITE</u> | Número: <u>324</u>      | Complemento: <u>APTº 102</u>   |
| Bairro: <u>JANGA</u>                                | Cidade: <u>PAULISTA</u> | Estado: <u>PE</u>              |
| E-mail: _____                                       | CEP: <u>53437000</u>    | Tel (DDD): <u>81-996459753</u> |

Local e Data: PAULISTA, 09 DE Novembro 2020

Mauricio Fernando Araujo da Silva  
Assinatura do Declarante

DLDR.L.001 V001/2017





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



*Sempre todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Paciente<br><b>EDVANILSON ABREU PEREIRA</b>           | BAE<br><b>1242594</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>22/06/2020 23:34:01</b>    | Data Baixa                                  |
| Data de nascimento<br><b>02/01/1984</b>               | Idade<br><b>36a 5m 21d</b>               | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | Telefone de Contato<br><b>(81) 86092993</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DAS GRACAS ABREU PEREIRA</b>          |  |  | Prontuário                                  |
| Endereço<br><b>EMANUEL TAVARES DE MELO, 37</b>        | Bairro<br><b>CENTRO</b>                  | Município<br><b>BAIA DA TRAICAO</b>                | UF<br><b>PB</b>                             |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>    | Nº Cons. Regional<br><b>7423/PB</b>         |
| Data/Hora Classificação<br><b>22/06/2020 23:34:01</b> |  | Data/Hora Prescrição<br><b>23/06/2020 01:08:57</b> |   |

## 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

*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

Sede: Rua Humberto Lucena



*Servos todos*  
**PARAIBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165708 - CNES: 2593262

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Paciente<br><b>EDVANELSON ABREU PEREIRA</b>           | BAE<br><b>1242594</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>22/06/2020 23:34:01</b>    | Data Baixa                                  |
| Data do nascimento<br><b>02/01/1984</b>               | Idade<br><b>36a 5m 21d</b>               | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | Telefone de Contato<br><b>(81) 86092993</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DAS GRACAS ABREU PEREIRA</b>          |  |  | Prontuário                                  |
| <b>EMANUEL TAVARES DE MELO, 37</b>                    | Nome<br><b>LENTINHO</b>                  | Município  | UF  |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>BRUNO DA SILVA MESQUITA</b>     | Nº Cons. Regional<br><b>5126/PB</b>         |
| Data/Hora Classificação<br><b>22/06/2020 23:34:01</b> |  | Data/Hora Prescrição<br><b>23/06/2020 02:50:30</b> |   |

## ANAMNESE

#BMF# PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO COM GAMINHÃO, 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 LISSOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PE, 58021000  
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

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

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| Nome<br><b>EDVANILSON ABREU PEREIRA</b>       | Bolém de Atendimento<br><b>1242594</b>           | Data/Hora Entrada<br><b>22/06/2020 23:34:01</b> | Data/Hora Saída                             |
| Data de nascimento<br><b>02/01/1984</b>       | Idade<br><b>36</b>                               | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | CNS<br><b>79500686390854</b>                |
| Tempo de Internação<br><b>6d 6h 18min</b>     | Convênio<br><b>SUS</b>                           | Plano<br><b>DIURNO</b>                          | Prontuário<br><b>123258</b>                 |
| Data de Entrada<br><b>22/06/2020 23:34:01</b> | Data de Internação<br><b>23/06/2020 05:07:25</b> | Permanência na Unidade<br><b>6d 12h 51min</b>   | Permanência no Leito<br><b>3d 18h 46min</b> |

### EVOLUÇÃO MÉDICA (AUGUSTO GONÇALVES SARMENTO JUNIOR - 29/06/2020 11:11:53)

#### EVOLUÇÃO

##### PROCEDIMENTO

##### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO PORTO ROTA

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 DIAPHISÁRIA)

4º DPO DE OSTEOSÍNTESE 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 DIAPFISE DE FÊMUR PARA QUINTA

1000: POSICIONAMENTO EM LEITO + 001  
Ossional responsável por: Informação: AUGUSTO GONÇALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselho: 12411





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Hospital Humberto Lucena



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031000  
Tel: 32195790 - CNES: 2593282

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

|   |                    |   |   |   |
|---|--------------------|---|---|---|
| Nome<br><b>EDVANILSON ABREU PEREIRA</b>       |                    | Boletim de Atendimento<br><b>1242594</b>    | Data/Hora Entrada<br><b>22/06/2020 23:34:01</b> | Data/Hora Saída                           |
| Data de nascimento<br><b>02/01/1984</b>       | Idade<br><b>36</b> | Sexo<br><b>Masculino</b>                    | CNS<br><b>705008863908554</b>                   | Prontuário<br><b>123258</b>               |
| Tempo de Internação<br><b>5d 1h 53min</b>     |                    | Convênio<br><b>SUS</b>                      | Plano<br><b>DIURNO</b>                          |   |
| Data de Entrada<br><b>22/06/2020 23:34:01</b> |                    | Data de Saída<br><b>28/06/2020 08:07:25</b> |   | Tempo de Internação<br><b>5d 8h 26min</b> |
|   |                    |   |   | <b>2d 14h 21min</b>                       |

### **EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONÇALVES 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 - 063  
Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONÇALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselho: 12411



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32185700 - CNES: 2503262

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

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Nome<br><b>EDVANILSON ABREU PEREIRA</b>         | Boletim de Atendimento<br><b>1242594</b>      | Data/Hora Entrada<br><b>22/06/2020 23:34:01</b> | Data/Hora Saída                        |
| Data de nascimento<br><b>02/01/1984</b>         | Idade<br><b>36</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | CNS<br><b>7050068633908554</b>         |
| Tempo de Internação<br><b>3d 22h 42min</b>      | Convênio<br><b>SUS</b>                        | Plantão<br><b>NOTURNO</b>                       |  |
| Data/Hora Entrada<br><b>22/06/2020 23:34:01</b> | Data/Hora Saída<br><b>23/06/2020 06:07:25</b> | Duração<br><b>4d 5h 15min</b>                   | Data/Hora Saída<br><b>1d 11h 10min</b> |

## 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 INESTABILIDADE EM SEÇÃO DE JOELHO DIREITO.

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  
REALIZADA UMA ORTODONTOPLASTIA

CD: PROGRAMAR CIRURGIA DE DIAFISE DE FEMUR

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16

NUMERO DO DOCUMENTO: 12411

*(Assinatura manuscrita)*





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>Edson da Silva Pereira</i> |                               |                    | Registro:       |               |     |
| Idade:                              | Sexo:                         | Cor:               | Clinica:        | EMP:          | LR: |
| Data: <i>23/06/20</i>               | Cirurgião: <i>J. dos Reis</i> |                    | 1º Assistente:  |               |     |
| 2º Assistente:                      |                               | 3º Assistente:     | Instrumentador: |               |     |
| Anestesiologista:                   |                               | Tipo de Anestesia: | Hora início:    | Hora término: |     |

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

| Procedimento(s) Cirúrgico(s) | Código |
|------------------------------|--------|
| <i>Reparo cirúrgico</i>      |        |
|                              |        |
|                              |        |
|                              |        |
|                              |        |
|                              |        |

|   |  |
|---|--|
| Acidente durante ato cirúrgico<br>1º sim 2º não | Descreva:  |
| Biopsia de congelação:                          | 1º sim 2º não  |
| Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:  | 1º enfermaria 2º terapia intensiva<br>3º residência 4º óbito durante ato cirúrgico |

|                    |
|--------------------|
| <i>23 106 120</i>  |
| João Pessoa - Data |

|                      |
|----------------------|
| <i>[Assinatura]</i>  |
| Ass. do Médico / CRM |



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) Paciente em decúbito supino

2) Passagem de fio de Seldinger 4.0 transdermal

Achados:

3) Marking de local com +5

Conduta:

Fechamento:

Observação:

Data, João Pessoa de de

Assinatura/carimbo







Nota de Sala Cirúrgica

5-06

Edvarilson Abreu Pereira

36 - 1242594

Mal-crianças de futura Transcatheteriana (E)

Jackman (chico)

Raque + bloqueio de póxo fixar (D)

Patoana

Apêndice (Ortholife)

12:30

25/06/20

09:45

10:30

AKOS

| INDICACIONES CLÍNICAS | QTD | MATERIAIS CONT              | QTD | QTD |
|-----------------------|-----|-----------------------------|-----|-----|
| 5F SSV                | L   | ELCO Nº 1                   | 1   |     |
| 5F SSV                | H   | ELCO Nº 2                   | 1   |     |
| 5F SSV                |     | ELCO Nº 3                   | 1   |     |
| 5F SSV                |     | ELCO Nº 4                   | 1   |     |
| 5F SSV                |     | KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA BISTURI Nº 11        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA BISTURI Nº 12        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA BISTURI Nº 13        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA BISTURI Nº 14        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA DE DERMATÓMIO        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA DE INCISÃO           | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA DE PROCEDEMENTO PAL. | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 1         | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 2         | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 3         | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 4         | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 5         | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 6         | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 7         | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 8         | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 9         | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 10        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 11        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 12        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 13        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 14        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 15        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 16        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 17        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 18        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 19        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 20        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 21        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 22        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 23        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 24        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 25        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 26        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 27        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 28        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 29        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 30        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 31        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 32        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 33        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 34        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 35        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 36        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 37        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 38        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 39        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 40        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 41        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 42        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 43        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 44        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 45        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 46        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 47        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 48        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 49        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 50        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 51        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 52        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 53        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 54        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 55        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 56        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 57        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 58        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 59        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 60        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 61        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 62        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 63        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 64        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 65        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 66        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 67        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 68        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 69        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 70        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 71        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 72        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 73        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 74        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 75        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 76        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 77        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 78        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 79        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 80        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 81        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 82        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 83        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 84        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 85        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 86        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 87        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 88        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 89        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 90        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 91        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 92        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 93        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 94        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 95        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 96        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 97        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 98        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 99        | 1   |     |
| 5F SSV                |     | LÂMINA ESTERIL Nº 100       | 1   |     |

Ver p. 1

QTD

L

L

L

L

L

L

L

L

L

L





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Deitado em DHA sob anestesia  
Assepsia antisséptica e grampo de campo aberto

Incisão:

Por plano an fascial de coxa

Achados:

Tumor intracanal em dente

Conduta:

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

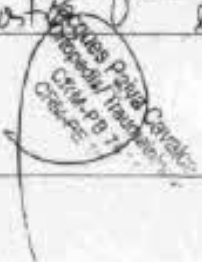
Fechamento:

Por planos

Observação:

Durante procedimento, ocorreu fratura do f  
o que inviabilizou o procedimento previamente  
proposto e por isso a fratura foi colocada  
os parafusos comulados  
João Pessoa, 25, 06, 2020

Médico/CRM:



F(ND)ASCIN.002-1



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

RECIBO

Nome: Edson Amor Pereira BE/Prontuário: 14254  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 25/06/2020  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Tct amputação de fémur de colo de fémur (II)  
 Cirurgião: Dr. Jacques 1º Assistente: Dr. Jorge  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório                 | CID |
|--|-----|
| <u>Ent. bursaral de colo de fémur (II)</u> |     |
|  |     |
|  |     |
|  |     |
|  |     |
|  |     |

| Procedimentos Cirúrgicos                                 | Código |
|--|--------|
| <u>Redução + fixação distal - C/ parafusos canulados</u> |        |
|  |        |
|  |        |
|  |        |
|  |        |

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 25/06/2020

F(NG).ASCIR.004-1

HISTÓRICO

## FICHA DE ANESTESIA



DATA: 22/03/2020

PRONTUÁRIO: 1342294

PACIENTE: EDVANILSON ABREU PEREIRA SEXO: COR: IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: 72 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATORIO: EUPNEICO AP. CIRCULATÓRIO: EFG

AP. DIGESTIVO: DEJUN ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS EM USO:

PÓS-ANESTÉSICO: DISSOLUÇÃO ESTADO FÍSICO: II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA FÊMUR DISTAL

CIRURGIA REALIZADA: TIO CURÓRIO DE FRATURA ANESTESIA DE FÊMUR DISTAL

CIRURGIÃO: Dr. JAMES AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 13:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 3072.507 QUANT. DE CH. VALORES RS:

ANESTESISTA: Dps. NIKOLÉ + Dps. Alessandra (23) CRM-PB:

ACATAMENTO: 13:00 15:00 17:00 19:00

LIVRO DE ANESTESIA: 13:00 15:00

130  
120  
110  
100  
90  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

13:00 15:00 17:00 19:00

ANESTESIA GERAL ☒ RADIOLÓGICA ☐ ESPINAL ☐ BLOQUEIO ☐ BLOQUEIO ☒ OUTROS ☒ SRA 13

ANESTESIA DE N. FÊMUR → FC MONITORIZADA, MONITORIA PRÉVIA MSE, SEDAÇÃO COM ① + ② + ③ CRITÉRIO NASC.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

|    |              |    |                 |
|----|--------------|----|-----------------|
| 1  | MORFINA 5mg  | 11 | DISSOLUÇÃO 20mg |
| 2  | ROXAPIL 50mg | 12 | DISSOLUÇÃO 20mg |
| 3  | ROXAPIL 50mg | 13 | DISSOLUÇÃO 20mg |
| 4  | ROXAPIL 50mg | 14 | DISSOLUÇÃO 20mg |
| 5  | ROXAPIL 50mg | 15 | DISSOLUÇÃO 20mg |
| 6  | ROXAPIL 50mg | 16 | DISSOLUÇÃO 20mg |
| 7  | ROXAPIL 50mg | 17 | DISSOLUÇÃO 20mg |
| 8  | ROXAPIL 50mg | 18 | DISSOLUÇÃO 20mg |
| 9  | ROXAPIL 50mg | 19 | DISSOLUÇÃO 20mg |
| 10 | ROXAPIL 50mg | 20 | DISSOLUÇÃO 20mg |

ANESTESISTA: Dps. NIKOLÉ + Dps. Alessandra (23) CRM-PB

| ALFABETICAMENTE         | QUANTIDADE | UNIDADE | VALOR | TOTAL | QTD. |
|-------------------------|------------|---------|-------|-------|------|
| ALPERT ANELA            | 5000       | UN      |       |       |      |
| BUTIRACATINA ISOLADA    | 5000       | L       |       |       |      |
| BUTIRACATINA PESADA     |            |         |       |       |      |
| DET AMBIA               |            |         |       |       |      |
| DEGRADOL                |            |         |       |       |      |
| QOMIDATO                |            |         |       |       |      |
| NOBAMITAL               |            |         |       |       |      |
| FENTANILA               |            |         |       |       |      |
| FLUMAZENIL              |            |         |       |       |      |
| ISOPULVINO              |            |         |       |       |      |
| LEVOSUPRACATINA Q/VASO  |            |         |       |       |      |
| LEVOSUPRACATINA BI VASO |            |         |       |       |      |
| LOCACINA Q/VASO         |            |         |       |       |      |
| LOCACINA BI VASO        |            |         |       |       |      |
| NOVAZOLAN               |            |         |       |       |      |
| NOURINA                 |            |         |       |       |      |
| NYMOLIN                 |            |         |       |       |      |
| PANCURONIO              |            |         |       |       |      |
| PETIDINA                |            |         |       |       |      |
| PROPOFOL                |            |         |       |       |      |
| RAMIFENTANILA           |            |         |       |       |      |
| ROCURONIO               |            |         |       |       |      |
| SEVOFLURANO             |            |         |       |       |      |
| SUXAMETONIO             |            |         |       |       |      |
| TORCEAL                 |            |         |       |       |      |
| MEDICAÇÕES              | QTD.       |         |       |       |      |
| AGUA DESSALADA          |            |         |       |       |      |
| TRONCA                  |            |         |       |       |      |
| EXTINA                  |            |         |       |       |      |
| FIARELINA               |            |         |       |       |      |
| HEXAMETASONA            |            |         |       |       |      |
| IPRONIA SODICA          |            |         |       |       |      |
| CELA PARA OSO           |            |         |       |       |      |
| CELO N° 1               |            |         |       |       |      |
| CELO N° 2               |            |         |       |       |      |
| CELO N° 3               |            |         |       |       |      |
| CELO N° 4               |            |         |       |       |      |
| CELO N° 5               |            |         |       |       |      |
| CELO N° 6               |            |         |       |       |      |
| CELO N° 7               |            |         |       |       |      |
| CELO N° 8               |            |         |       |       |      |
| CELO N° 9               |            |         |       |       |      |
| CELO N° 10              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 11              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 12              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 13              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 14              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 15              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 16              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 17              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 18              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 19              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 20              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 21              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 22              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 23              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 24              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 25              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 26              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 27              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 28              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 29              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 30              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 31              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 32              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 33              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 34              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 35              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 36              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 37              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 38              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 39              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 40              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 41              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 42              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 43              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 44              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 45              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 46              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 47              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 48              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 49              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 50              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 51              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 52              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 53              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 54              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 55              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 56              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 57              |            |         |       |       |      |
| CELO N° 58              |            |         |       |       |      |

[illegible]

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA |  |
|-----------------------|--|
| Posição e Preparo:    | Paciente em DPH sob anestesia geral, antissepsia e aplicação de capa estéril |
| Incisão:              | Cu gaur lateral de coxa direita por plano.                                   |
| Achados:              | Frac. diagnóstico de femur ①   |
| Conduta:              | Redução + fixação com placa e parafusos.                                     |
| Fechamento:           | Por planos   |
| Observação:           |  |

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16

João Pessoa, 02/01/20

Médico/CRM:

F(NG) ASCIR-009-1





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Edvaldo de Almeida BE/Prontuário: 1242594  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 08/07/20  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Dr. Jacques 1º Assistente: \_\_\_\_\_  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dra. Nicolai  
 Tipo de Anestesia: Local

| Diagnóstico Pós-Operatório          | CID |
|-------------------------------------|-----|
| <u>Frot. diagnóstico de fêmur @</u> |     |
|                                     |     |
|                                     |     |
|                                     |     |
|                                     |     |

| Procedimentos Cirúrgicos      | Código |
|-------------------------------|--------|
| <u>Trot. cirúrgico (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: \_\_\_\_\_

*João Pessoa, 08/07/20*  
 João Pessoa, 08/07/20  
 CRM-PB 1625  
 CMAPE 1942

João Pessoa, 08/07/20

F(NG).ASCIR 009-1





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Endereço: RUA CRESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090



*Somos todos*  
**PARAIBA**  
Estado do Brasil

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR  
Em: 24/06/2020 07:10:45

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| Nome<br><b>EDVANILSON ABREU PEREIRA</b>       |   | Bolém de Atendimento<br><b>1242584</b>       | Data/Hora Entrada<br><b>22/06/2020 23:34:01</b> | Data/Hora Saída                          |
| Data de nascimento<br><b>01/01/1984</b>       | Idade<br><b>36</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                     | CNS   | Prontuário<br><b>123258</b>              |
| Tempo de Internação<br><b>1d 1h 3min</b>      |   | Convênio<br><b>SUS</b>                       | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |  |
| Data de Entrada<br><b>22/06/2020 23:34:01</b> | Data Internação<br><b>23/06/2020 06:07:25</b> | Permanência na Unidade<br><b>1d 7h 36min</b> |   | Permanência no Leito<br><b>15h 17min</b> |

### 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 E COXA DIREITA: OEDEMA DE MODERADA INTENSIDADE, DOR À PALPAÇÃO, DEFORMIDADE.

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, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32155700 - CNES: 2993262

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR  
Em: 26/08/2020 06:32:57

|   |   |   |   |                             |
|---|---|---|---|-----------------------------|
| Nome<br><b>EDVANILSON ABREU PEREIRA</b>       |   | Boletim de Atendimento<br><b>1242584</b>      | Data/Hora Entrada<br><b>22/08/2020 23:34:01</b> | Data/Hora Saída             |
| Data de nascimento<br><b>02/01/1984</b>       | Idade<br><b>36</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                      | CNS<br><b>765008863908554</b>                   | Prontuário<br><b>123258</b> |
| Tempo de internação<br><b>3d 25min</b>        |   | Convênio<br><b>SUS</b>                        | Plantão<br><b>NOTURNO</b>                       |                             |
| Data de Entrada<br><b>22/08/2020 23:34:01</b> | Data Internação<br><b>23/08/2020 08:07:28</b> | Permanência na Unidade:<br><b>3d 6h 58min</b> | Permanência no Leito<br><b>12h 53min</b>        |                             |

## **EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 26/08/2020 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

LISES CORDEIRO  
COORDENADOR  
ORTOPEDIA

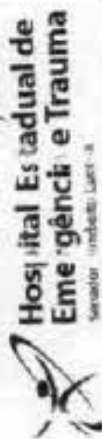




# Nota de Sala Cirúrgica

RES 1806

|  |                    |                             |                            |
|--|--------------------|-----------------------------|----------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Advanilson Abreu Pereira</u>  |                    |                             |                            |
| IDADE: <u>36</u>   | BS: <u>1242594</u> | PROTUBAÇÃO: _____           | INTERMÁRIA: _____          |
| CURSIVA: <u>valgo humo esquelética fêmur D.</u>  |                    |                             |                            |
| CONTROLE: <u>M. João Henrique</u>  |                    |                             |                            |
| ANESTESIA: <u>sedação</u>  |                    |                             |                            |
| ANESTESISTA: <u>Dr. Luis + Homero</u>  |                    |                             |                            |
| DISTRIBUIDOR: _____  |                    |                             |                            |
| DT: <u>23/06/20</u> TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIA: <u>05:00</u> - <u>05:30</u> CIRURGIA INICIA: <u>05:40</u> - <u>05:55</u> |                    |                             |                            |
| ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)  |                    |                             |                            |
| ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )  |                    |                             |                            |
| GRAU DE CONTAMENÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) DIFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA                                      |                    |                             |                            |
| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS   |                    | QTD.                        | MATERIAIS CONT.            |
| ALFENTANIL   |                    |                             | TECO Nº1                   |
| BUPIVACAÍNA ISOBARICA  |                    |                             | TECO Nº2                   |
| BUPIVACAÍNA PESADA   |                    |                             | TECO Nº3                   |
| ETARONA  |                    |                             | TECO Nº4                   |
| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS   |                    | QTD.                        | FIO                        |
| ALFENTANIL   |                    |                             | FIO CAT OUT CROMADO Nº     |
| BUPIVACAÍNA ISOBARICA  |                    |                             | FIO CAT OUT CROMADO Nº     |
| BUPIVACAÍNA PESADA   |                    |                             | FIO DE AÇO Nº              |
| ETARONA  |                    |                             | FIO DE AÇO Nº              |
| TOMEDATO   |                    | SOLUÇÕES                    | QTD.                       |
| PENOBARETAL  |                    | ALCOOL ETILICO 70%          | LÂMINA BISTURI Nº1         |
| PENTANIL   |                    | PVP DEGRADANTE              | LÂMINA BISTURI Nº2         |
| PLUMAZEN   |                    | PVP TINTURA                 | LÂMINA BISTURI Nº3         |
| ISOFLURANO   |                    | PVP TÓRICO                  | LÂMINA BISTURI Nº4         |
| LEVOBUPIVACAÍNA CIVASO   |                    | SABÃO ANTISÉPTICO           | LÂMINA DE DERMATOMO        |
| LEVOBUPIVACAÍNA CIVASO   |                    | MATERIAIS                   | LÂMINA DE INCERTO          |
| LEVOBUPIVACAÍNA CIVASO   |                    |                             | LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR. |
| LIBOCADNA CIVASO   |                    | AGULHA 13X4.5               | LAVA ESTERIL Nº1           |
| LIBOCADNA CIVASO   |                    | AGULHA 25X31                | LAVA ESTERIL Nº2           |
| MODAZOLAM  |                    | AGULHA 25X31                | LAVA ESTERIL Nº3           |
| MORFINA  |                    | AGULHA 40X12                | LAVA ESTERIL Nº4           |
| PANCURÔNIO   |                    | AGULHA PERIDURAL Nº1        | MATERIALS                  |
| PETIDINA   |                    | AGULHA PERIDURAL Nº2        | NEULIAS                    |
| PROPOFOL   |                    | AGULHA RAQUIM Nº230         | PERFORADOR DE SORO         |
| RAMIFENTANIL   |                    | AGULHA RAQUIM Nº250         | SCALP Nº1                  |
| ROCURÔNIO  |                    | AGULHA RAQUIM Nº270         | SCALP Nº2                  |
| SEVOFLURANO  |                    | ALGODÃO COTOPÉDICO          | SERENGA 2ML                |
| SUXAMETÔNIO  |                    | ATADURA DE CASPOM           | SERENGA 10ML               |
| TIOPENTAL  |                    | ATADURA DESSADA             | SERENGA 20ML               |
| MEDICAÇÕES   |                    | QTD.                        | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº1    |
| ADRENALINA   |                    | BOLSA IV COLOSTOMA          | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº2    |
| ÁGUA DESSALADA   |                    | CÂMULA IV TRAQUEOSTOMIA Nº  | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº3    |
| ATROFINA   |                    | CATETER DE OXIGÊNIO         | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº4    |
|  |                    | CATETER ENDOLIC ARTERIAL Nº | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº2      |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. CURTA         |
|  |                    |                             | SONDA NASOG. LONGA         |
|  |                    |                             | SONDA URETRAL Nº           |
|  |                    |                             | TORAXDREN                  |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº       |
|  |                    |                             | TUBO SILICONE (LATEX)      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº1      |
|  |                    |                             | SONDA FOLEY 27FAS Nº       |



Endereço: RUA ORESTES LEBBOA, S/N, PEDRO - ONDINA, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32166700 - CNJ 3: 2593262

C.E.  
1 47594  
E.X.O.  
P. ascullino

Data Hora Entrada  
22/01/2020 23:34:01  
CN

Paciente  
EDVANILS N ABREU PEREIRA  
Data de nascimento  
02/01/1984  
Mão  
MARIA DA GRACAS ABREU PEREIRA  
Endereço  
EMANUEL TAVARES DE MELO, 37  
Acidente  
VEICULO MOTO  
Data/Hora  
22/01/2020 23:34:01

Mão  
BA DA TRAUCAO  
Pr. assinal  
GRACIELA SILVA DE QUEIROZ  
Data/Hora Prescrição  
22/01/2020 23:52:23

Data Baixa  
Telefone de Contato  
(81) 96062993  
Prontuário  
UF  
PB  
Nº Cons. Regional  
12686PB

## ANAMNESE

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, EM PROTOCOLO DE TRAUMA, COM HISTÓRIA DE COLISÃO NO CAMINHÃO, ESTÁ EM USO DE CAPACETE. PACIENTE RELATA QUE NÃO LEMBRA O OCORRIMENTO. Nega náuseas e vômitos. Relata dor de Joelho e coxa direita. SOCORRISTA RELATA POSSÍVEL DESLOCAMENTO DE PATELA FRATURA DE HÁLUX ESQUERDO. PRESENÇA DE LESÃO DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. SEM DEFICIT FOCAL. ECG 15, SEM DEFICIT FOCAL. LESÃO OCULTA. COMO IMAGENS. AO EXAME FÍSICO, AS ÁREAS PÉLVICAS, SEM SINAIS DE IRRITABILIDADE PERITONEAL. D: ECG 15, SEM DEFICIT FOCAL. LESÃO OCULTA. CONTINUA EM MENTO E QUINTO EDO. DA MÃO DIREITA. DO DA NEUROLOGIA: GRAFIA DE TORAX, BACIA, COXA DIREITA, JOELHO DIREITO E PI ESQUELETO. USG FAST AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

## MEDICINAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRU SCC 100ML), ADMINISTRAÇÃO 100 ML VIA EV, AGORA, DURANTE 12 HORAS(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG/ML INJETÁVEL (MPOLA 2ML), ILUIR 4,0 ML

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)  
ULTRASSONOGRAFIA - FAST  
RADIOGRAFIA DE BACIA  
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA  
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (P + LATERAL)  
RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DÍPLOSQUERDO

## CID10

Medicamentos prescritos em um hospital não especificado



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



*Sempre 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

RAE  
1242594  
Sexo  
Masculino

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

Data Baixa  
Telefone de Contato  
(81) 88092993  
Prontuário

Endereço  
**EMANUEL TAVARES DE MELO, 3T**

Bairro  
**CENTRO**

Município  
**BAIA DA TRAICAO**  
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 TRAUMÁTICAS CO. 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

ORTO -  
CRM  
M.M. V. -



Documento de Alta

|                     |                          |                     |                     |                    |                     |
|---------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Nome:               | JOVANE SOU ABREU PEREIRA | Sexo:               | Masculino           | Numero Prontuário: | 123258              |
| Data de Nascimento: | 03/11/1984               | Idade:              | 36A 05M 25D         | Data de Alta:      | 06/07/2020 06:45:17 |
|                     |                          | Data de Internação: | 25/06/2020 06:07:25 | BAE:               | 104269H             |

|                                 |  |                |        |            |
|---------------------------------|--|----------------|--------|------------|
| Ass:                            |  |                |        |            |
| MYRA DAS GRACIAS ABREU PEREIRA  |  |                |        |            |
| Endereço:                       |  |                |        |            |
| RUA EMANUEL TAVARES DE MELO, 57 |  | Bairro:        | CENTRO | Município: |
| Especialidade:                  |  | BAJA DA TRACAO |        | UF:        |
| CLT MEDICA                      |  |                |        | PB         |

**Indicação:**  
ORTOPEDIA 10º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAPISARIO DE FEMUR DIREITO PROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS 10º DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE APORTANTE EM JOELHO DIREITO CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CERESET ANALGESIA NTIBIOTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

**Resumo de Internação:**  
ORTOPEDIA 10º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAPISARIO DE FEMUR DIREITO PROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS 10º DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE APORTANTE EM JOELHO DIREITO CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CERESET ANALGESIA NTIBIOTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

**Resultado de Exames:**  
ORTOPEDIA 10º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAPISARIO DE FEMUR DIREITO PROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS 10º DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE APORTANTE EM JOELHO DIREITO CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CERESET ANALGESIA NTIBIOTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

**Tratamento:**  
ORTOPEDIA 10º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAPISARIO DE FEMUR DIREITO PROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS 10º DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE APORTANTE EM JOELHO DIREITO CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CERESET ANALGESIA NTIBIOTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

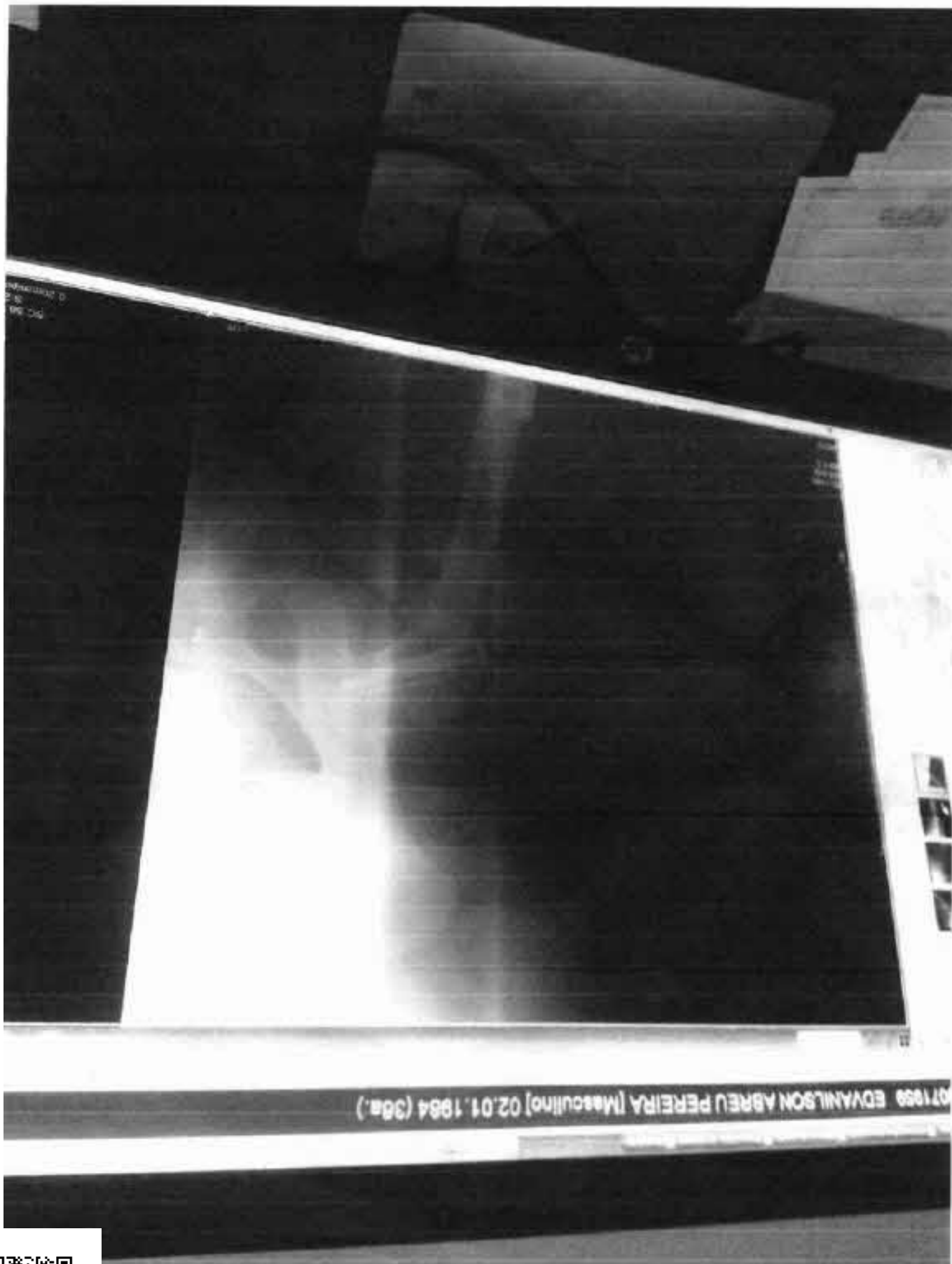
**Diagnóstico:**  
T2.8 - Fratura do fêmur, parte não especificada

**Recomendações:**  
ORTOPEDIA 10º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAPISARIO DE FEMUR DIREITO PROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS 10º DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE APORTANTE EM JOELHO DIREITO CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CERESET ANALGESIA NTIBIOTICO VIA ORAL POR DR. HEISENBERG

Data: 06/07/2020

AUGUSTO ANTONIO VES  
SARMENTO JUNIOR  
CRM: 124115-PB

















Digitizado com CamScanner



VÁLIDA 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

CPI

059.258.834-38

Assinatura do Diretor

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-03 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. Cumprir 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. Cumprir 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 ARAUJO PEREIRA, brasileiro (a),  
estado civil CASADO, profissão FOTOGRAFIA, residente e domiciliado à  
Rua AV. CORONEL JOAO DE MELLO MORAIS, nº 1295,  
bairro ENAGASSO, Município de OLINDA,  
Estado de (o) PE, portador (a) do RG nº 60229321-5051 PE e CPF nº  
052258634-38

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 ARAUJO PEREIRA, ocorrido em  
22/10/2020.

## 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 Araujo Pereira  
Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320452/20  
**Vítima:** EDVANILSON ABREU PEREIRA  
**CPF:** 059.258.834-38  
**CPF de:** Próprio  
**Data do acidente:** 22/06/2020  
**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.  
**Titular do CPF:** EDVANILSON ABREU PEREIRA

### 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](http://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

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Carolyn Lins Veloso

