



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**

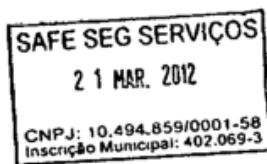
Segredo de justiça? **NÃO**

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) Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74029808	25/01/2021 11:55	<u>ANEXO 2</u>	Outros (Documento)



EXCELSIOR SEGUROS
20 MAR. 2012
SEGURO DPVAT.



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO
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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE	Nº 7529503457
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
VIA:	A1530486946
EDVAN JOSÉ COELHO DE FREITAS REBELO	98254611457
RUA: CURICO DOMINGOS, 6	INT: 1
CD: D1320URO/PRETO	PLACA: 59370-160
VOLTINDA-PE	DATA: 10/03/2012
PIAGGIO	7047-1607943
ESPECIE: MOTO/CICLETA	DATA ANTERIOR: 10/03/2012
MARCA/MODELO: VANTAV V100	CÓDIGO CHASSIS: CNE093080826517
QAP/POÇO: 2P/124C	ESPECIE: GASOLINA
DATA: 2008/03/2008	ANO FABR.: 2008
DATA: 2008/03/2008	ANO MOD.: 2008
DATA: 2008/03/2008	CATEGORIA: PRETA
DATA: 2008/03/2008	COR PREDOMINANTE: PRETA
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA GUARDA MUNICIPAL/SEGURADORES	
LOCAL: VOLTINDA-PE	DATA: 12/03/03

SAFE SEG SERVIÇOS

21 MAR. 2012

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

EXCELSIOR SEGUROS
20 MAR. 2012
SEGURADO DPVAT.

DUT
1004032



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:

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:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

Valor avaliado: 0,00

'ROCESSO%20ADMINISTRATIVO/2012127981/PARECER%20DE%20ANÁLISE%20MÉDICO%20DOCUMENTAL.html[21/01/2021 14:12:03]



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551590200000072561537
Número do documento: 21012511551590200000072561537

Num. 74029808 - Pág. 4

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
EDVANILSON ABREU PEREIRA



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012127981

Vítima: EDVANILSON
ABREU PEREIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR
DE SEGUROS

Cidade: Olinda

Data do acidente: 30/11/2008

Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional
Informações e Serviços

Natureza: Invalidez

Emissor do parecer: Jessica de
Oliveira Vidal

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 médico 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 TORNозELO 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 suscetível(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 integra 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%

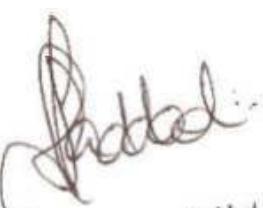
Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551590200000072561537>
Número do documento: 21012511551590200000072561537

Num. 74029808 - Pág. 8

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, Edvanilson Alves Pereira,
PORTADOR / A DO RG N° 6071953 EXPEDIDO POR SOS EM / / E
CPF 059158334-38 / CNPJ 000000000000-00000-000, PROFISSÃO Motorista
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 9749 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) FYCEI SIOR SEGUROS
Nº CONTA-CORRENTE 19380-5 AUTORIZACAO DE PAGAMENTO
1004039

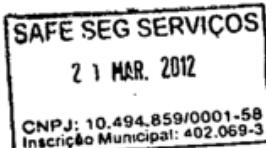


CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESC

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) SEGURO U. AT.
Nº CONTA-POUPANÇA _____

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 _____

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 DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Ocinda

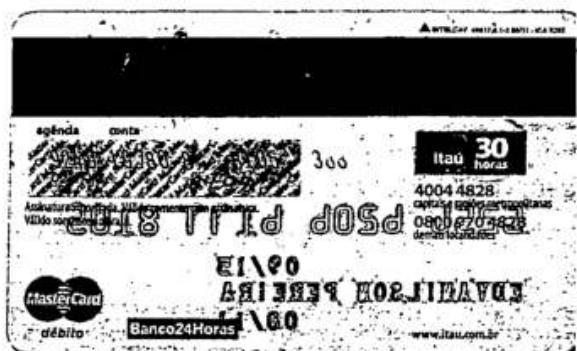
DATA 16/03/2012

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Edvanilson 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 sequelas 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 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.





SAFE SEG SERVIÇOS
21 MAR. 2012
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS
20 MAR. 2012
SEGURO DPVAT.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551590200000072561537>
Número do documento: 21012511551590200000072561537

Num. 74029808 - Pág. 10

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



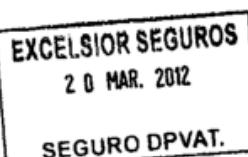
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 12E0321002035

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 periodo da Tarde

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA PE 16, 1 - Bairro: JATOBÁ - Município: OLINDA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL
Local de Fato: VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO

Pessoas(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 de(s) Sr(a): EDVANILSON ABREU PEREIRA

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

(AUTOR / AGENTE) - EDVANILSON ABREU PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
M/S: MARIA DAS GRACAS ABREU PEREIRA, P/ESPEDITO MIGUEL PEREIRA Data de Nascimento: 2/1/1984; Heterônimo: SERRA TALHADA (PERNAMBUCO / BRASIL)

Documento: 6071955/SDS/PE (RG), 05928029405 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A); Endoalidade: NAO INFORMADO;

Profissão: MOTORISTA; Telefone de Contato: 8127202596; Telefone Celular: NAO INFORMADO

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

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais:

Nome Fantasia: CEMITERIO MORADA DA PAZ

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

M/S: MARIA IRACEMA, P/ NAO INFORMADO; P/ NAO INFORMADO; Heterônimo: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

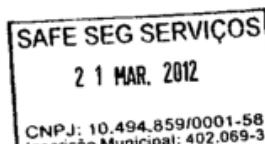
Estado Civil: AMASIADO(A); Endoalidade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: 8127202596; Telefone Celular: NAO INFORMADO

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

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais: NAO INFORMADO

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



MOTO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): EDVANILSON ABREU PEREIRA, que estava em posse de(s) Sr(a): EDVANILSON ABREU PEREIRA

Placa/Marca/Modelo: MOTOCICLETA /YAMAHA / XTZ 125 - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NAO INFORMADO



COR PRETA - QUADRADO 1 UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unidade (MOEDA NÃO INFORMADA)
PLACA KLO4148 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)

EXCELSIOR SEGUROS
20 MAR. 2012
SEGURO DPVAT.

Complemento / Objeto:

ESTEVE PRESENTE A ESSE PLANTÃO O SR. EDVANILSON INFORMANDO QUE NO DIA 30/11/2012 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 DESSE E DO CARLPEDRA MARIA, ONDE AMBOS FORAM SOCORRIDOS, SENDO QUE O SR. EDVANILSON FERIU O HOSPITAL GETULIO VARGAS SENDO ATENDIDO AS 18 HORAS E 51 MINUTOS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) nesse atendimento policial
Edvanilson Abreu Pereira
EDVANILSON ABREU PEREIRA
(AUTOR / AGENTE)

SAFE SEG SERVIÇOS
21 MAR. 2012
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

SAC registrado pelo policial MICHELLE ESTEVES FALCÃO FREIRE - Número de: 319625-0

EXCELSIOR SEGUROS
20 MAR. 2012
SEGURO DPVAT.



POLICIA CIVIL PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML

1004029



2012

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

CERTIDÃO

EU, RICARDO FIREMINO DE ARAUJO, matrícula nº 220.752-0, escrivão de polícia – platemista – 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, CORTÉS, 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 da dois mil e dez, (06/08/2010). EU Ricardo / 220.752-0, escrivão de polícia que digitei.



EXCELSIOR SEGUROS
20 MAR. 2012
SEGURO DPVAT.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
1004040



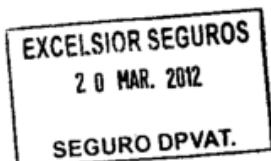
NOME LEGÍVEL: Evanilson Alves Pereira
RG N° 6071359 ORG.EXP: SOS DT. EXP: / /
CPF: 039.258.834-38

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO NO
ENDEREÇO ABAIXO:

ENDEREÇO: Av Cel. João Meço Moraes n.º 1235
BAIRRO: Jatoba
CIDADE: OLINDA
ESTADO: PE CEP: 53250-040
Tel. (81) 3648-4978

Ocirva 16/03/2012
LOCAL/DATA

Evanilson Alves Pereira
ASSINATURA DO DECLARANTE





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

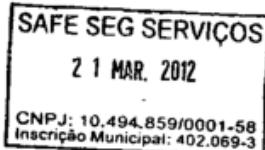


BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

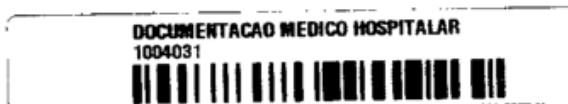
NOME: EDVANILSON ABREU PEREIRA
CÓDIGO DO PACIENTE: 687468

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.

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



Dr. Roberto Fontini
Ortopedista - Coluna Vertebral
CRM 3745 - Soc. HGV
Dr. Jorge Valadares





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) Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74029 809	25/01/2021 11:55	<u>ANEXO 3</u>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1598 (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: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDVANILSON ABREU PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0101301014 - carta_02 - INVALIDEZ

00020567

Carta nº 16315243



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número da sua 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você.

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200403567

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

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

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDS / 6071959

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

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

Coordenadas Geográficas: latitude: -8,05634, longitude: -34,8981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura de fêmur direito

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

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

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

Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 90°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofias 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 repercutem em todo o membro inferior. Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho varo, flexão aos 100°, extensão aos 100°, presença de demâmes articulares, presença de atrofias 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 repercutem em todo o membro inferior.

IV. Nexo 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 (*):

(i) "Vítima em tratamento"

(ii) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

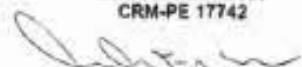
b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Direito - Intenso - 75%

Membro Inferior Direito - Intenso - 75%

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

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo: EDVANILSON ABREU PEREIRA	6 - CPF: 05925883438		
7 - Profissão: MOTOBOM	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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Comente para os bancos abaixo. Pode haver uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1031

CONTA: 00026264

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário. As 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (veracizar): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós Vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 da 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 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001-V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ºCIRC DIM/7ºDESEC

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/6/2020 às 22:00

Fato ocorrido no endereço: **RUA OSVALDO TRIGUEIRO, 01, PB - 041º - 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: **2/1/1984** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6071959/SDS/PE (RG) 05925883438 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOBOMBOY**
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 Y5 150 ED** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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

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

Complemento / Observação

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

CHOCANDO-SE CONTRA UM CAMINHAO DE PLACA NAO ANOTADA QUE ENCONTRAVA-SE ESTACIONADO NA VIA . O NOTICIANTE DECLAROU QUE FORA SOCORRIDO PARA A UNIDADE DE URGENCIA ANTONIO PALITOT NA CIDADE DE BAIA DA TRAICAO 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** - Matricula: **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: 4 - Nome completo da vítima:
05925883438 EDVANILSON ABREU PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo: EDVANILSON ABREU PEREIRA	6 - CPF: 05925883438		
7 - Profissão: MOTOBOM	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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Comente para os bancos abaixo. Pode haver uma opção):

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1031**

CONTA: **00026264**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário. As 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) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (verificar): 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 devido, 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 da 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 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Edvanilson Abreu Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS-001-V002/2019

TESTEMUNHAS





ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO TINTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SÉRVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE UNIÃO (SAMU) (SAMU-192)

RIO TINTO - PB



Digitalizado com CamScanner

DESCRIÇÃO

Declaro para os devidos fins, que no dia 22/05/2020, o sr. Edmarilson Alves Pereira foi vítima de acidente de trânsito na PB - 045 e encontrava-se dentro da unidade de saúde da bala da trágica.

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

Rio Tinto, 18/09/2020

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Governo do Estado da Paraíba
Coronel de Policia Civil
Comisario de Policia Civil
ARTURO LESTE MPPR DE MELLO
Chefe do Escritório São Luís Tinto



BANCO DO BRASIL

COMPROMISSO 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 10

DETALHAMENTO DA FOLHA DE PAGAMENTO	
Data da folha: 25/01/2021	
Número da folha: 00000000000000000000000000000000	
Descrição da folha:	
VALOR (R\$)	
Salário	73,99
Provisão Contratada / Serviços Prestados	
Verbas	2,38
Férias	86,88
Total	162,25
Impostos	-1,28
Outros	-1,28
TOTAL GERAL A PAGAR	99,70

Assinado digitalmente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
 Número do documento: 21012511551629000000072561538

Digitado com CamScanner





Data de Postagem: 10/07/2020

lbbdbdbdbdbdbdbdbdbdb

CTC RECIFE PE PL2



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



7210071980536100000000442490100720



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 12



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Olvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BILHOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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 fonte 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.

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. 2 CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Mauricio Fernando Araujo da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 46882178041-49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
EDVANILSON ABREU PEREIRA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 059258834-38
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDVANILSON ABREU 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 GUINOS LEITE</u>	Número:	<u>3221</u>	Complemento:	<u>APTº 102</u>
Bairro:	<u>JANGA</u>	Cidade:	<u>PAULISTA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>82-996459752</u>				

Local e Data:

PAULISTA, 09 DE Novembro 2020

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 13



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Sacada número Lixeira



Saúde Pública
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Tel: 32165700 - CNES: 2593202

Paciente	SAE	Data/Hora Entrada:	Data Baixa
EDVANILSON ABREU PEREIRA	1242694	22/06/2020 23:34:01	
Data de nascimento:	idade	Sexo	Telefone de Contato
02/01/1984	36a 5m 21d	Masculino	(81) 86092993
Mãe			Prontuário
MARIA DAS GRACIAS ABERU PEREIRA			
Enderéijo	Bairro	Município	UF
EMANUEL TAVARES DE MELO, 37	CENTRO	BAIA DA TRAIÇAO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL ESPINDOLA RONCONI	7423/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
22/06/2020 23:34:01		23/06/2020 01:08:57	

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/CRA-3/PB)

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
 Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 14

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 819, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165708 - CNES: 2993262

Paciente	EAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
EDVANELSON ABREU PEREIRA	1242594	22/06/2020 23:34:01	
Data de nascimento	Idade	CNIS	Telefone de Contato
02/01/1984	36a S/m 21d	Masculino	(81) 86092993
Mãe			Prontuário
MARIA DAS GRACAS ABREU PEREIRA			
EMANUEL TAVARES DE MELO, 37	LEN1PM	Município	UF
Acidente	Motivo	Profissional	PE
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	BRUNO DA SILVA MESQUITA	Nº Cons. Regional
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	5126/PB
22/06/2020 23:34:01		23/06/2020 02:50:36	

ANAMNESE

#BMF# PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO COM CAMINHÃO, CURSANDO TRAUMA EM FACE. NEGA DESMAIO, VÔMITO, DOENÇAS DE BASE E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, VERBALIZANDO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE, EM MACA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA FCC EM REGIÃO MENTONIANA SEM SANGRAMENTO ATIVO. ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, MOVIMENTOS MANDIBULARES E CONTORNOS DA FACE MANTIDOS. TC: SEM SINAIS TOMOGRAFICOS 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 Plástico-Maxilo-Facial
CRM-PB 5126

BRUNO DA SILVA MESQUITA
(CRM: 5126/PB)

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

Enfermeiro



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2693262

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

Nome: EDVANILSON ABREU PEREIRA	Sexo: Masculino	Data/Hora Entrada: 1242584 22/06/2020 23:34:01	Data/Hora Saída:
Data de nascimento: 02/01/1984	SEAC: SUS	CNS: 795006863908654	Prontuário: 123258
Tempo de Internação: 6d 0h 18min	Convênio: SUS	Pernambuco: DIURNO	
Data de Entrada: 22/06/2020 23:34:01	Data Internação: 23/06/2020 06:07:25	Permanência na Unidade: 6d 12h 51min	Permanência no Leito: 3d 18h 46min

Evolução médica (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 29/06/2020 11:11:53)

Evolução

PROCEDIMENTO:

DESCRÍÇÃO 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 AFASTAR LESÃO LIGAMENTAR)

RX FRATURA DO FEMUR DIREITO SEGMENTAR (PROXIMAL E DIAFISÁRIA)

4º BPO DE OSTEOSÍTESE DE FX TRANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR. JACQUES

PACIENTE COM INSTABILIDADE IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO.
REALIZAR RNM POSTERIORMENTE

LAB E RX PCS-OP OK

CD: PROGRAMAR CIRURGIA DA DIAFISE DE FÉMUR PARA QUINTA

Assinado digitalmente - Data: 29/06/2020 12:25:26
Assinante responsável pelo documento: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselheiro: 12611



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



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA CRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165790 - CNES: 2593252

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
Em: 26/06/2020 08:00:03

Nome: EDVANILSON ABREU PEREIRA		Boleto de Abandono 1242594	Data/Hora Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/01/1984	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 705008863906554	Prontuário 123258
Tempo de Internação 5d 1h 53min		Convênio: SUS		Plano: DIURNO
Tipo de Entrada 26/06/2020 23:59:01	Ortopeia	Entrada:	26/06/2020 06:07:25	15d 8h 26min

Evolução médica (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 26/06/2020 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

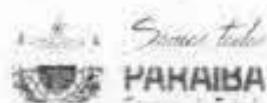
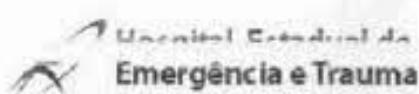
Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselho: 12411



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
 Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 17



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2503262

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

Nome EDVANILSON ABREU PEREIRA		Boletim de Atendimento 1242594	Data/Hora Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/01/1984	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 705098883908554	Prontuário 123258
Tempo de Internação 3d 22h 42min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
22/06/2020 23:34:01		23/06/2020 06:07:26	4d 5h 15min	
			1d 11h 10min	

Evolução médica (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 27/06/2020 04:49:28)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRÍPCAO DA EVOLUÇÃO
#ORTOPEDIA#

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO CAMINHÃO, RELATA DOR DE FORTE INTENSIDADE E
DESPERADAMENTE DE EXCESSO DE JOELHO E COLO 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
REALIZADO ORTOPEDICO

CD: PROGRAMAR CIRURGIA DE DIAFISE DE FEMUR.

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

PRONTUÁRIO NÚMERO: 123258



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 18



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>Eduardo Alm Pessan</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:			
Anestesista:	Tipo de Anestesia:	Hora Início:	Hora término:		

Diagnóstico(s) Pós-Operatório	CID
Eradica o fôrum D	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<i>Nova esquerda</i>	

Acidente durante ato cirúrgico 1º sim 2º não	Descreva:	
Biópsia de congelação:	1º sim	2º não
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1º enfermaria 2º residência	4º óbito durante ato cirúrgico

23 106 120

José Pessoa - Data

CRF-600-745

Ass. do Médico / CRM



Descrição da Cirurgia		
Posição e Preparo:		
① Pct em DDT abrindo. ② Presg de -ão de Selenuan 4.0 trans díbil.		
Achados:		
③ Abnq de joent em +g		
Conduta:		
Fechamento:		
Observação:		
Data, João Pessoa de 25/01/2021		
Assinatura/carimbo		



Nota de Sala Cirúrgica

S-06

Edvanilson Abreu Pereira

36 14242594

~~10/12/12~~
Manejo clínico de fractura Transversaria (E)

~~Jan - 2006~~

Beavis +

187-AMG

Amide (enthalpy) 113°

Assisted

0.9845

403-30

ana Paul





RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em ORT sob anestesia Aspirado antisseptico e grande de campo esteril
Incisão:	Por placa ou fau lateral de Coxad
Achados:	Fratura hemicervical sem desvio
Conduta:	Reduzida sob mesa de fraca car e parafusos curvados 4x0.
Fechamento:	Por placa.
Observação:	Durante procedimento, ocorreu fio de f e que interbifizou o procedimento permanec proposto e por isso não foi feito. os frisos foram corrigidos João Pessoa, 25/06/2020
Médico/CRM:	



FNC/ASCIR.002.1





ESTEAL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Eduardo Almeida Pereira BE/Prontuário: 1242894
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 25/06/2020
 Clínica/Setor: _____ Cirurgia: Trat amigd de fato. de colo de ferro (II) EMP: LR
 Cirurgião: Dr. Júlio - 1º Assistente: Dra. Jorge
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 - Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
<u>Fat biliarunal do colo de ferro (I)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Reducao + fixada desvio c/</u>	
<u>punzum canulado</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 25/06/2020

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



REF ID: RL

FICHA DE ANESTESIA

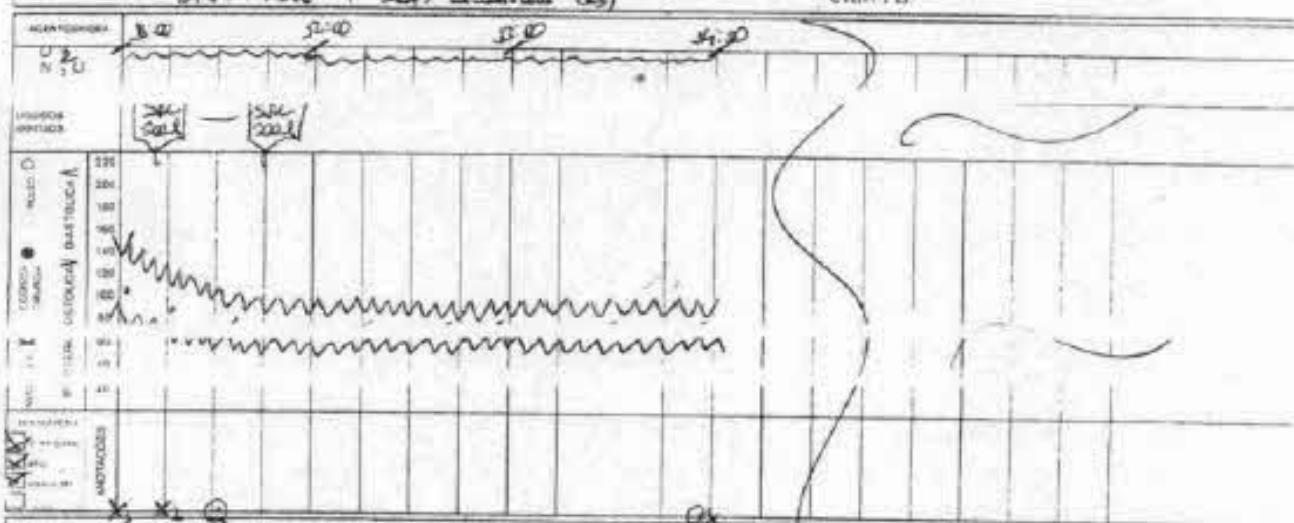


DATA: 27/10/2020

PRONTUÁRIO:

1247-004

PACIENTE:	EDUARLSON ABREU PEREIRA			SEXO:	COR:	IDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: PULSO	122	RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA PESO		GRUPO SANGUÍNEO:			
ESTADO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MAU	<input type="checkbox"/> PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO	<input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MAU	<input type="checkbox"/> PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES	VAM								
AP. RESPIRATÓRIO	EUPNÉTICO								
AP. DIGESTIVO	DEJUN	ESTADO MENTAL	VOTE	AP. CIRCULATÓRIO					EFGUE
PRE-ANESTÉSICO									
DOSE ADIC.	I								
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura Femur Dextro								
CHEURGIA REALIZADA	TTO CABELO DE FRATURA PROFESSÃO DE FEMUR DEXTRO								
CIRURGIÃO	Dr. James AUXILIARES								
INÍCIO DA ANESTESIA	13:00	TERMINO DA ANESTESIA	14:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA					
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	30925827	QUANT. DE CH.		VALORES RS					
ANESTESISTA	Dr. NICKOL + Dr. L. Lessa (23)								
CRM-PB									



Nota de Sala Cirúrgica



SBA

NOME DO PACIENTE: Edvaldoen Abreu Ferreira

IDADE: 56 RG: 1293594 FORTUNHO: DIPLOMARIA: LETO:

ORLAÇÃO: Trat. av. de Fratura Dissecção de fêmur (D)

CIRURGÃO: Dr. J. G. Queiroz

PALE:

ANESTÉSICO: Gálio

ANESTESISTA: Drs. Neide Lobo

INSTRUMENTADOR: Operende (Orthoflex)

DATA: 07/02/2020 HORA CIRÚRGICA: ANESTESIA INICIO: 10:00 FMH: 14:00 HORA FIM: 14:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

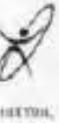
ASA I (ASA 1) ASA II (ASA 2) ASA III (ASA 3)

UNIFORME CONTAMINADO (1) LINHA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

ALFABETIZADA	STU. 9.1.500MP	QTD	MATERIAL	ITEM	QTD.
BEPKOXINA ISOBARICA	500ML	1	FLUIDO N°1	FLUIDAT GUT CEGNADO N°	
BUTYRACETINA PESADA	500ML	1	FLUIDO N°2	FLUIDAT GUT CEGNADO N°	
CET AMIDA			FLUIDO N°3	FLUIDE ACO N°	
ROFORZOL			FLUIDO N°4	FLUIDE ACO N°	
OMIDATO			KIT SET. LINER TORACICO N°	FLUIDE NYLON N°	3-0
NOBACETAL	ALCOOL ETILICO 70%	1	QTD. LINER ESTERIL N°1	FLUIDE NYLON N°	2-0
FENTANILA	FVRI DESGERANTE	1	LINER ESTERIL N°2	FLU POLIGLACTINA N°	2-0
FLU MAZENE	FVRI TINTURA	1	LINER ESTERIL N°3	FLU POLIGLACTINA N°	
SOFLURANO	FVRI TOPICO	1	LINER DE DERMATONO	FLU POLIGLACTINA N°	
LEVOSARTIPTENOCAINA C/VASO	SABAO ANTISEPTICO	1	LANCHA DE ENGOITO	FLU POLIPROPILENO N°	
LEVOSUPRARACINA S/VASO	MATERIAS	1	LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR.	FLU POLIPROPILENO N°	
LOCOCALMA S/VASO	AGULHA 22X4,5	1	LUVIA ESTERIL N°1	FLU POLIPROPILENO N°	
LOCOCALMA S/VASO	AGULHA 22X3,7	1	LUVIA ESTERIL N°2	FLU POLIPROPILENO N°	
SOFAZOLAN	AGULHA 22X3,0	1	LUVIA ESTERIL N°3	FLU POLIPROPILENO N°	
ANOTINA	AGULHA 40X1,5	1	LUVIA ESTERIL N°4	FLUSSIDA N°	
HMBTUM	AGULHA PERITURAL N°16	1	LUVIA ESTERIL N°5	FLUSSIDA N°	
PARACONDURO	AGULHA PERITURAL N°17	1	MASCARA CIRURGICA	FLUSSIDA N°	
PETEDINA	AGULHA PERITURAL N°18	1	MULTIVIAS	GATETEK DE PVC	
PROPOROL	AGULHA RAQUIS N°20	1	DISSECTACION DE SEDA	EMENTO CIRURGICO	
TRANSCIENTEZA	AGULHA RAQUIS N°20	1	SCALP N°1	GLP TITANIO LIGADURA	
RECOURNHO	AGULHA RAQUIS N°20	1	SCALP N°2	PRO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGORAO ORTOPEDICO	1	SEKONGA N°2	PRO STEENMAN N°	
SUFANAMBOLIO	ATADURA DE CREPOM	1	SEKONGA N°3	PRO STEENMAN N°	
TORNICELA	ATADURA GESSADA	1	SEKONGA N°4	CRAMPEDOR CIRURGICO	
MEDICACOES	QTD. BOLSA INCOLOSTOMIA	1	SONDA AFP TRAQUEAL N°12	PERFUS. ABSORVENTE	
		1	SONDA AFP TRAQUEAL N°14		
AQUA DESTILADA	CATETERIA DE OXIGENIO	1	SONDA AFP TRAQUEAL N°16	PROTESE VASCULAR	
ROXINA	CATETER BARRILAC ANTERIAL N°	1	SONDA AFP TRAQUEAL N°18	RIT PAM	
EXTINA	CATETER EPIDURAL N°6	1	SONDA AFP TRAQUEAL N°18	VALVULADOR EXTERNO	
CEFAZOLEINA	CATETER EPIDURAL N°7	1	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	ENDRENA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL N°8	1	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DITRORIA SÓDICA	CERA PARA OSSEO	1	SONDA NAROG CINTA	PARAFUSOS CORTICIAN	

GLICOSE 9%	COMPRESSAS CIRURGICAS	TOXA	PARAFUSOS
CLICOMATO DE CALCIO	DRENOS DE PERITONE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS ESPORTIVO
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCCAO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MATERIAIS
LOCOCALMA GELADA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MATERIAIS
OMIBENTRONA	EQUIPO NEURODODAS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA
PLATE	EQUIPO TRAUMA BANDE	TUBO SECCION. LATEX	PLACA
PROSTOMINE	EQUIPO MICRODODAS		EQUIPAMENTOS
PROTACIMA	ESPONJA DE PVC		
TENDONIAN	ESTERILIZADOR		ASPIRADOR
Orthoflex	GAZES		ESTU. ELETRO
	GAZES ALGODOCADAS		DIAFRÓGRAMA
	GRU RESTRELITICO		GRIFONOMETRICO
	RELCO N°14		INTERFEROLATOR
	RELCO N°16		FOCO ALTA VAX
00-Parafusos longos			FOCO CENTRAL
Singe: n° 261001 n° 3800			MICROSCOPIO
n° 31001 n° 45001			OXIMETRO DE PULSO
n° 50101			PARABESTOTICO DIVULVA
00 Parafusos especiais n° 65			PERFILADORA ELETTRICO
00 REXA n° 201			SERULA





RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DPH sob anestesia.
Preparo, nutrição e aposição da capa estéril.

Incisão:

Cir. fac. lateral de cava direita por planos.

Achados:

Fist. diafragm. de fêmur (D)

Conduta:

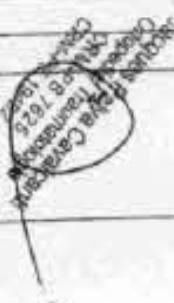
Redução + fixação com placas e pinosferos.

Fechamento:

Per planos

Observação:

João Pessoa, 07/04/20

Médico/CRM:

F(NG) ASCIR:009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Edvanilson Almeida BE/Prontuário: 124-2594
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 02/07/20
 Clínica/Sector: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: Dn Jacques 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: Dra. Paula Anestesista: Dra. Nicole
 Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Frat diafragma de ferro (++)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Trot. anágao (PAPZ)</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

João Pessoa, 02/07/20

Médico/CRM: _____

FINGLASCIR 009-1





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

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

Nome EDVANILSON ABREU PEREIRA		Boletim de Atendimento 1242584	Data/Hora Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1984	Idade 36	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 123258
Tempo de Internação 1d 7h 3min		Convênio: SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data Internação 23/06/2020 06:07:25	Permanência na Unidade: 1d 7h 38min		Permanência no Leito: 15h 17min

Evolução médica (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 24/06/2020 07:10:45)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#ORTOPEDIAJE

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

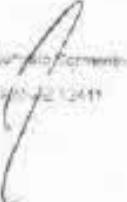
RX FRATURA DE FEMUR DIREITO SEGMENTAR (PROXIMAL E DIAFISÁRIA)

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 Gonçalves Sarmento Junior
CRM 12411




Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58030-090
Tel: 32165700 - CNES: 2993262

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

Nome EDVANILSON ABREU PEREIRA		Boletim de Atendimento 1242584	Data/Hora Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/01/1984	Idade 36	Sexo: Masculino	CNS 705008863908554	Prontuário 123258
Tempo da internação 3d 25min	Convênio SUS		Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 22/06/2020 23:34:01	Data Internação 23/06/2020 06:07:25	Permanência na Unidade: 3d 6h 58min		Permanência no Leito 12h 53min

Evolução médica (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 26/06/2020 06:32:53)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

Descrição da evolução:
#ORTOPEDIA#

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

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

CD: PROGRAMAR CIRURGIA DE DIAFISE DE FEMUR

Seguimento: **POSTO IB - ENF 12** - Leito: **LEITO - 003**
Profissional responsável pela informação: **AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR**

Número Conselho: **12411**




Nota de Sala Cirúrgica



Nome do paciente Adrianielsen Alves Pereira

36 1242594 FORTUANUS INTERMARIA HEP

~~ORIGIN~~ ~~Wadag-hans~~ esqueleto de fêmea
de ~~Wadag-hans~~ ~~Wadag-hans~~

CONFIRMADO John R. Tully

ANESTESIA: Spinal

— 1 —

DATOS CLÍNICOS - ANESTESIA INICIO: 05:10 FIN: 05:30 DURACIÓN: 20 MINUTOS

PRINCE DE LUXE DE CANNIBA : ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ANSWER

FIG. 13. DIFERENÇA ENTRE A MORTALIDADE DE INFECCÃO E PROBLEMA ALIMENTAR CONCOMITANTE.

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			SELCO Nº18		FIO CAT GUT CRONADO Nº	
BURIVACAINA ISOBARICA			SELCO Nº22		FIO CAT GUT CRONADO Nº	
BURIVACAINA PESADA			SELCO Nº23		FIO DE ÁCIDO Nº	
CETANINA			SELCO Nº24		FIO DE ÁCIDO Nº	
SOLUÇÕES			LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FEODOBARTAL		ALCOOL ESTÉRIL Nº%	✓ LÂMINA BISTURI Nº12		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		PVP DETERGENTE	✓ LÂMINA BISTURI Nº20		FIO POLICLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		ZT/T TINTURA	✓ LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLICLACTINA Nº	
ISOFLURANO		EVAP TÓRICO	LÂMINA DE DESKOMÔDIO		FIO POLICLACTINA Nº	
LEVOBURIVACAINA CIVASO		SABÃO ANTISEPÓICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBURIVACAINA SIVASO		MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCESSAMENTO PAR.	✓	FIO POLIPROPILENO Nº	
UDOCAINA CI VASO		AGULHA 12X1,5	LUVA ESTÉR. Nº12		FIO POLIPROPILENO Nº	
URGEAINA SIVASO		AGULHA 22X9	LUVA ESTÉR. Nº13		FIO POLIPROPILENO Nº	
MEDAZOLAN		AGULHA 22X6	LUVA ESTÉR. Nº6,5		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12	LUVA ESTÉR. Nº13		FITA CARDIACA	
MATERIAL TÉCNICO					MATERIAL TÉCNICO	
PARCUBÔNIO		AGULHA PERITUBULAR Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PVC	
TELETRINA		AGULHA PERITUBULAR Nº18	PELUCEADOR DE SORO		EMENTO CIRÚRGICO	
PROGRIFOL		AGULHA RAQUÍS Nº230	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍS Nº360	SCALP Nº31		FIO DE KUNSTCHNER Nº	
ROCUBÔNIO		AGULHA RAQUÍS Nº270	SEDRINGA 2ML		FIO DE KUNSTCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALODAO CRISTOPÉSICO	SEDRINGA 5ML		FIO STEEDMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CRISTOPE	SONDA IONL		FIO STEEDMAN Nº	5,0
MEDICAÇÕES		ATADURA DESSADA	SONDA 2ML		GRANDEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		INDOLA IV COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEIAL Nº8		KIT ABSORVÍVEL	
ÁGUA DESTILADA		INDOLA IV/TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEIAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ATROPINA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEIAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
		CATETER ENDOBRIC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEIAL Nº14		KIT FAM	
CIRURGIA						
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 25ML Nº12		EMPRESA	
DIPSONA SÓDICA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 25ML Nº14			
ESTERNA		CERA PARA OSO	SONDA NASO CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
FURASEMIDA		COLTE, IRMA, FLORADO	SONDA NASO LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
GLICOSE 10%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URINAR Nº		PARAFUSOS EXPANSO	
GLICONATO DE CALCIO		CONTRAPRESAS CIRÚRGICAS	TURMELINLA		PARAFUSOS EXPANSO	
HORMOCORTISONA		DRENHO DE PENSO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALARIAL	
LEOCAINA CELÍCA		DRENHO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALARIAL	
MONASERTRONICA		ELETRODOS	✓ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		ELAÇA	
PLATE		EQUIPO MACRODOTTAS	✓ TUBO SILICONE (LATEX)		ELAÇA	
PROSTOCHE		EQUIPO TRANSF SANGLTE				
		EQUIPO MICRODOTTAS				
EQUIPAMENTOS						
TOXOCIAN		ESPARADRAFO	✓ FIO ALGODÃO SVA Nº		BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODoadAS	FIO ALGODÃO CM Nº		CARDIOMONITOR	
		GEL, ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO CM Nº		DESFERGADOR	
		SELCO Nº14			EDICO AUXILIAR	
		SELCO Nº16			FIO CENTRAL	
					ENDOSCOPICO	
					DIAGNOSTICO DE PULSO	
					DISPARAVANO INTRAVERA	
					ESTUFADORES ELÉTRICO	
					SENNA	
					CIRUPLANT	

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.jufe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 31



Hospital Estadual de
Ementação e Trauma

Erläuterungen

Endereço: LIA ORESTES LIBBOA, S/N, PEDRO OLHOM, JOÃO PESSO - PB, 58031-050
Tel: 32165700 - CNI: 7-2593262

Pecador
EDUARDO NABREU PEREIRA
Data de nasc.
02/01/1984
lote: +
366 Sem 21 d

MARIA DA	GRACAS ABREU PEREIRA	MD - D
Eduardo		AC (ENTE E)
EMANUEL	AVARES DE MELO, 37	
Adrienne		
VEICULO	MOTO	
		Identificação
		2205612001

ANAM ESE

PACIENTE FEMININO DE 25 ANOS, AVALIA DO DOR NO TÓRAX, DIREITO, MELHORADA COM OUSO DE ANALGÉTICO. AVALIA DOR NO TÓRAX, DIREITO, MELHORADA COM OUSO DE ANALGÉTICO. AVALIA DOR NO TÓRAX, DIREITO, MELHORADA COM OUSO DE ANALGÉTICO. AVALIA DOR NO TÓRAX, DIREITO, MELHORADA COM OUSO DE ANALGÉTICO.

MEDII · AÇÃO

Diluir
TRAMIDOL 50MG/ML INJE

EXAME DE IMAGEM

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO
- RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PFRONTAL)
- ULTRASONOGRAFIA - FAST
- RADIOGRAFIA DE BACIA
- RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA
- RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (V/P + LATERAL)
- RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DIREITOS / PE SQUERDO

CID1 *luteolin* é um sítio de I anfílico não especificado





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA GRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090.
Tel: 32165700 - CNES: 2893262



Governo do Estado
PARAÍBA

Governo do Estado

Paciente	EDVANILSON ABREU PEREIRA	BAE	22/06/2020 23:34:01	Data Baixa				
Data de nascimento	02/01/1984	Idade	36a 5m 21d	Sexo	Masculino	CNS	Telefone de Contato	(81) 86092993
Mês							Prontário:	
Endereço	EMANUEL TAVARES DE MELO, 37	Bairro	CENTRO	Município	BAIA DA TRAIÇAO	PB	Nº Cons. Regional	
Acidente	VEICULO X MOTO	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	DANIEL ESPINDOLA RONCONI	7423/PB	Data/Hora Prescrição	
Data/Hora Classificação	22/06/2020 23:34:01							

ANAMNESE

#NCR TO DE COLUNA DORSAL E LOMBAR SEM EVIDENCIA DE LESÕES TRAUMATICAS CO. ALTA DA NCR

Conduta

Em observação

Dr. Daniel E. Ronconi
Neurocirurgia
CRM 7423

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjej.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 33



Documento de Alta

Nome: EDVANELSON ADREU PEREIRA		Sexo: Masculino	Número Prontuário: 123256
Data de Nascimento: 02/01/1998	Idade: 08 ANOS 00 MESES	Data de Internação: 25/05/2020 08:07:25	Data de Alta: 06/07/2020 06:45:17

Mais:

ANNA LIA GRACIAS ADREU PEREIRA

Endereço:

RUA EMANUEL TAVARES DE MELLO, 37

Bairro:

CENTRO

Município:

BAIA DA TRAIÇAO

UF:

PB

Motivo de alta:

ALTA MEDICA

Observações:

ORTOPEDIA #31 DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRACTURA DIAPISARIO DE FEMUR DIREITO
ROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS #31 DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTSE DE FRACTURA
RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE
IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO CD ALTA HOSPITALAR ORIENTACOES DE RETORNO AO CEREST ANALGESA
ANTIBIOTICO VIA ORAL POR DR HEISENBERG

Motivo de Internação:

ORTOPEDIA #31 DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRACTURA DIAPISARIO DE FEMUR DIREITO
ROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS #31 DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTSE DE FRACTURA
RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE
IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO CD ALTA HOSPITALAR ORIENTACOES DE RETORNO AO CEREST ANALGESA
ANTIBIOTICO VIA ORAL POR DR HEISENBERG

Indicação de Exames:

ORTOPEDIA #31 DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRACTURA DIAPISARIO DE FEMUR DIREITO
ROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS #31 DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTSE DE FRACTURA
RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE
IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO CD ALTA HOSPITALAR ORIENTACOES DE RETORNO AO CEREST ANALGESA
ANTIBIOTICO VIA ORAL POR DR HEISENBERG

Patente:

ORTOPEDIA #31 DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRACTURA DIAPISARIO DE FEMUR DIREITO
ROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS #31 DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTSE DE FRACTURA
RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE
IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO CD ALTA HOSPITALAR ORIENTACOES DE RETORNO AO CEREST ANALGESA
ANTIBIOTICO VIA ORAL POR DR HEISENBERG

Diagnóstico:

72.8 - Fratura do fêmur; data não especificada

Aconselhamentos:

ORTOPEDIA #31 DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRACTURA DIAPISARIO DE FEMUR DIREITO
ROCEDIMENTOS SEM INTERCORRENCIAS #31 DIA POS OPERATORIO DE OSTEOSINTSE DE FRACTURA
RANSTROCANTERIANA DIREITA COM CANULADO 7 REALIZADA POR DR JACQUES PACIENTE COM INSTABILIDADE
IMPORTANTE EM JOELHO DIREITO CD ALTA HOSPITALAR ORIENTACOES DE RETORNO AO CEREST ANALGESA
ANTIBIOTICO VIA ORAL POR DR HEISENBERG

Data: 06/07/2020

AUGUSTO CORDEIRO ALVES
SARMENTO JUNIOR
CRM: 11411-PB

Digitalizado com ClickSign



071950 EDVANILSON ABREU PEREIRA [Masoulin] 02.01.1984 (36a.)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 35

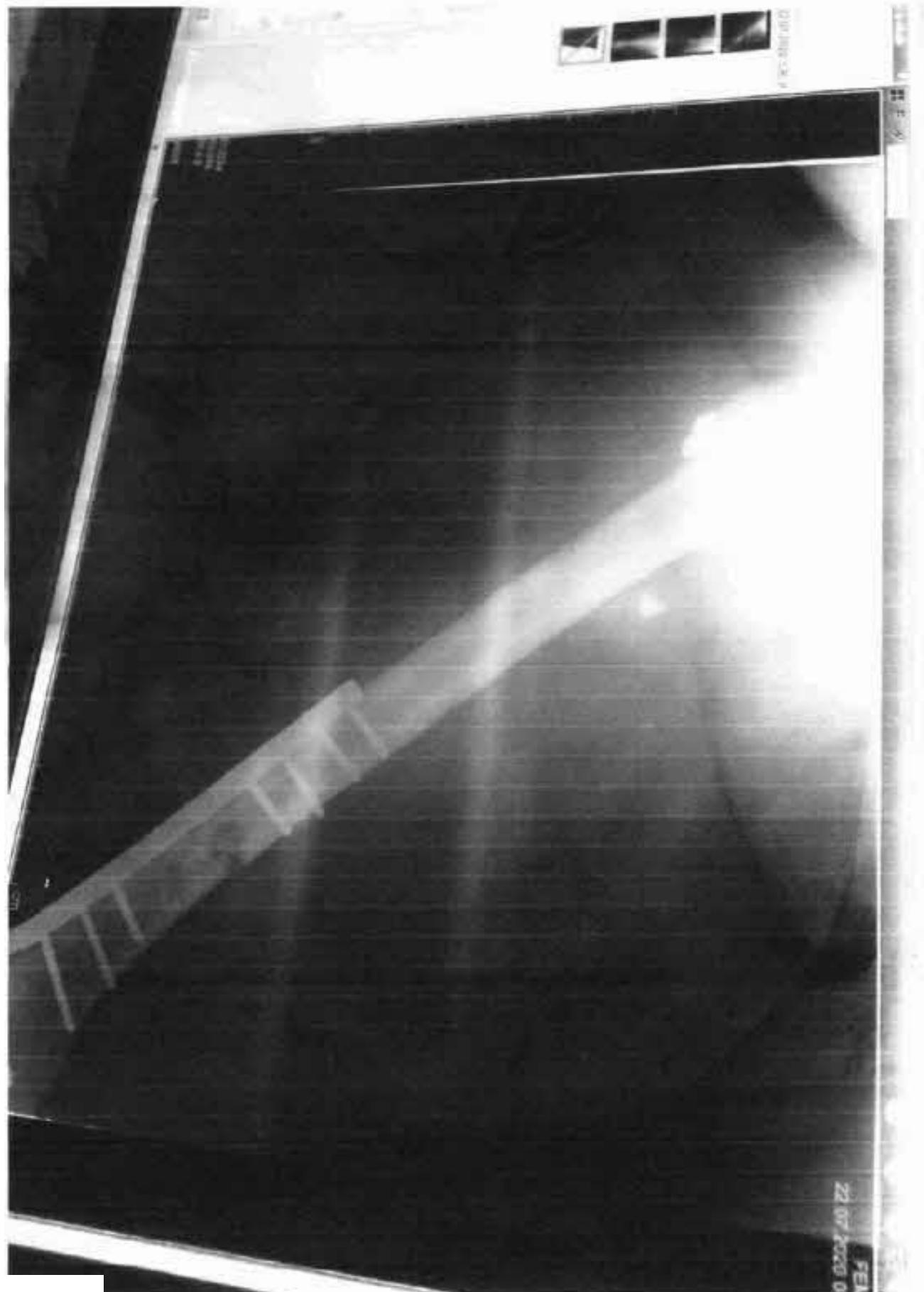


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 36

6011959 EDWARD LINDON AND OTHERS V. THE STATE OF SOUTH AFRICA

22/07/2020
FEN



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 38

ESTADO DE PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUNH



Edvalson Alves Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Digitado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 11:55:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511551629000000072561538>
Número do documento: 21012511551629000000072561538

Num. 74029809 - Pág. 39

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

6.071.959

NOME

<< EDVANILSON ABREU PEREIRA >>

RESIDÊNCIA

<< ESPEDITO MIGUEL PEREIRA >>

<< MARIA DAS GRACAS 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 15.12.2005 >>

CPF:

059.258.834-38

DATA DE
EXPEDIÇÃO 13/09/2014

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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 femur direito

Descrição do exame 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 atrofias 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 atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sequelas permanentes: Deficit funcional global intenso ao membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/11/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: EDVANILSON ABREU PEREIRA, brasileiro (a),
estado civil CASADO, profissão PROFESSOR, residente e domiciliado à
Rua AV CARNEVAL JOAO DE MELLO MORAIS, nº 1295,
bairro JANGA, Municipio de OLINDA, Estado de (o) PE, portador (a) do RG nº 60279391 305 1 PE e CPF nº
059258934-38

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 ABREU PEREIRA, ocorrido em
22/06/2020.

PODERES

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

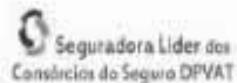
OLINDA . 09 de Novembro de 2020 .

Edvanilson Abreu Pereira
Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.



RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320452/20

Vítima: EDVANILSON ABREU PEREIRA

CPF: 059.258.834-38

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 22/06/2020

Titular do CPF: EDVANILSON ABREU PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA : 488.217.804-49

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

EDVANILSON ABREU PEREIRA : 059.258.834-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

