

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **EDILSON RODRIGUES MATEUS**

Nº Sinistro: **3180108704**

Vitima: **EDILSON RODRIGUES MATEUS**

Data do Acidente: **22/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180108704**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12491428



Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **EDILSON RODRIGUES MATEUS**

Sinistro: **3180108704**
Vítima: **EDILSON RODRIGUES MATEUS**
Data do Acidente: **22/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180108704** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Carta nº 12589016

A/C: EDILSON RODRIGUES MATEUS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180108704 ASL-0081388/18
Vitima: EDILSON RODRIGUES MATEUS
Data Acidente: 22/09/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Carta nº: 12670596

A/C: EDILSON RODRIGUES MATEUS

Nº Sinistro: 3180108704
Vítima: EDILSON RODRIGUES MATEUS
Data do Acidente: 22/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **EDILSON RODRIGUES MATEUS**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000003571**

Conta: **0000029700-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau leve 37.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (37.5% de 25%) 9,38%

Valor a indenizar: 9,38% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
--	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

077.356.334-24

Nome completo da vítima

Edilson Rodrigues Mateus

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Edilson Rodrigues Mateus		CPF titular da conta 077.356.334-24	Profissão Agricultor
Endereço Rua Bruno Rodrigues Lita		Número S/N	Complemento casa
Bairro Centro	Cidade Itaperanga	Estado PB	CEP 58.780-000
Email sertao-assessoria@hotmail.com		Telefone (DDD) 83	99947152/996978811

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale um banco.) ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 2146

D/V

CONTA

NRO. 02083

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Itaperanga 25 de Janeiro de 2018.

Local e Data

Edilson Rodrigues Mateus

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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: 3180108704
Nome do(a) Examinado(a): Edilson Rodrigues Mateus
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Bruno Rodrigues Pita, S/N Casa
Centro Itaporanga PB CEP: 58780-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3359384
Data local do acidente: [22/09/2017]
Data local do exame: [16/03/2018] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO MAIS FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO MAIS FRATURA DA PATELA

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO MAIS FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO MAIS FRATURA DA PATELA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO NO DIA 02/10/2017 COM FIXAÇÃO DE PLACA 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E FIO DE KIRSCHNER, E NO DIA 03/10/2017 FOI REALIZADA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM USO DE PLACA DCP 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS ALÉM DE TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO INGUINO MALEOLAR POR UM PERÍODO DE 45 DIAS PARA TRATAMENTO DE FRATURA DA PATELA DIREITA, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: APOS TRATAMENTO CIRÚRGICO PACIENTE ENCONTRA-SE COM QUADRO ÁLGICO DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Data da Alta: 05/10/2017

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

AO EXAME DO PUNHO DIREITO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO DIREITO EM 25° E DA EXTENSÃO EM 20°, DO DESVIO ULNAR EM 5°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ALÉM DE QUADRO ÁLGICO DURANTE A MOBILIZAÇÃO.

AO EXAME DO PUNHO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30° E DA EXTENSÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU I, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (1+/4+), ALÉM DE DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM APROXIMADAMENTE 5°.

AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 20° E DA EXTENSÃO FINAL EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO (1+/4+), DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM ARTICULAÇÃO PATELO FEMORAL DIREITO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

PUNHO DIREITO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 25°

DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°

DESVIO ULNAR EM 5°

DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II

AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR

PUNHO ESQUERDO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°

DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°

DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU I

AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR

DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 5°

JOELHO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO EM 20°

DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO FINAL EM 10°

DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II

AUMENTO DE VOLUME

DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM ARTICULAÇÃO PATELO FEMORAL

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ () "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Tiago Martins Formiga

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830





Boletim de Ocorrência Policial nº. 764 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 22 / Setembro / 2017. **Horas:** 11h.

Sob a Responsabilidade do Del. Pol. Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

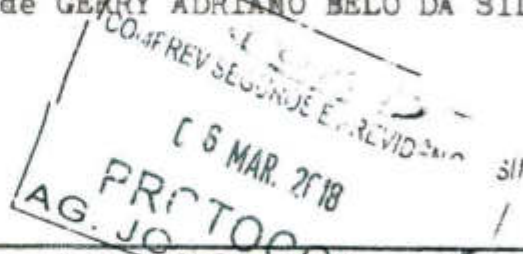
EDILSON RODRIGUES MATEUS, brasileiro, natural de Itaperanga-PB, solteiro, agricultor, nascido no dia 05.04.87, filho de José Mateus e Guilhermina Rodrigues Mateus, RG 3.359.384/PB e CPF Nº. 077.356.334-24, residente na R. Bruno Rodrigues Pitas s/n, centro Itaperanga/PB.

Histórico do Fato:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**:

Que no dia e horas acima citadas, saiu dos Pesto de Gasolina em Nova Olinda/PB, onde abasteceu sua moto, sentido Pedra Branca-PB, e ao pegar a Rodovia que liga as duas cidades (PB356), o cabo de acelerador travou, fazendo com que o condutor perdesse o controle da moto, vindo a colidir no muro de uma residência, sendo socorrido pelo SAMU, para atendimento Hospitalar.

Obs: Veículo que o notificante conduzia: Moto HONDA/NXR150 BROS ES, cor Vermelha, Ano 2011/2012, Placa QFD6429/PB e chassi 9C2KD0550CR-539302, licenciada em nome de GERY ADRIANO BELO DA SILVA.



Itaporanga-PB, 24 / Novembro / 2017.

Escrivão Plantonista:

Notificante/Vítima.

Fco. Silva Rodrigues
CIVIL NAT. 002655
CARTÃO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Edilson Rodrigues Mateus</i>	CPF da Vítima <i>044.356.334-24</i>	Data do Acidente <i>22/09/2017</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <i>sertao.assessoria@hotmail.com</i>	Telefone (DDD) <i>83 999471520/996978811</i>

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Itaperanga 25 de *Janeiro* de 2017
Local e Data

X Edilson Rodrigues Mateus

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: LSB14

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA <u>22.09.12</u>	OCORRÊNCIA Nº <u>053</u>	PACIENTE / USUÁRIO <u>Edilson Rodrigues Mateus</u>	IDADE <u>29</u>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA <u>R. Dr. João Quício - Noroeste Centro</u>		BAIRRO <u>Nordeste</u>	MÉDICO REGULADOR <u>Dr. H. R. Pato</u>	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECCIOSA/CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H. R. Pato RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: Médico

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Escoriações pelo corpo, edema e deformidade MMSS^s (D) e (E) na patela (M.I.D.), algia intensa nos locais.

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30lpm ☐ <30lpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm HgPA: 120 x 80 FC: 63 FR: 24 TEMP: - °C - GLICEMIA: 129 mg/dl - E. Com Arterial SpO2s/O2: _____ SpO2cl/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM / TÉC. EM ENFERMAGEM:

☒ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Contusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VAA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardíopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

INTERVENÇÕES

Aferidas SSVU, mobilizada em prancha rígida + collar cervical, mobilizada MMSS^s (E) e (D), mobilizada M.I.D. ambas com talas, comunicando ao médico regulador, transferido H. R. Pato conforme regulação.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO / TÉC. DE ENFERMAGEM:

Paciente sexo masculino, 29 anos, consciente e orientado, não deambulando, refere algia intensa em MMSS^s (D) e (E), como também em M.I.D., com presença de edema e deformidade em ambas.



PREFEITURA MUNICIPAL SANTANA NA DOS GARROTES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA -
SAMU 192 - UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO



**SAMU
192**

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTER-MUNICIPAL

Ocorrência nº: 013 Data: 22/09/17 Hora: 12:19
Nome da Vítima: Edilson Rodrigues Mota Idade: 29

Evento: ☒ Traumática ☐ Clínico ☐ Pediátrico ☐ Gineco-Obstétrico
☐ Traumática ☒ Cirúrgico Outros: _____

Procedência: H.R. Ponce
Solicitante: Dr. Allan F. Bastos
Destino: H.R. Ponce
Contato: Dr. João

Circunstâncias da Transferência:

Fratura de fêmur distal Dr. Eric Pótilo D.
Identifique quais as ineficiências deste hospital para manutenção da vida do paciente.

ausência de ortopedista no turno

Procedimentos realizados no hospital:

Exame físico EV
Exame de laboratório
Exame de imagem

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

Transferência e condução do Dr. Pótilo

Médico.

Dr. Allan F. Bastos
Médico
CRM-PP: 8918

CRM:

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

CO-FREV-SE-UN-REVID-MA
16 MAR 2018
AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLC-1

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: 11/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON RODRIGUES MATEUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000029700-9

Nr. da Autenticação 23BADD7092D6015A

MARCELINA BRUNET GUZMANTO DINIZ
RUA BRUNO RODRIGUES PITA, S/N - CENTRO
TAPORANGA / PB CEP: 58760002 (AQ 154)

Emissão: 10/01/2018 Referência: Jan / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BANDA RENDA MONOFÁSICA
Roteiro: 5 - 154 - 35 - 8300 Nº medidor: 00001202831

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Cidade: Crato - Roteiro: João Pessoa / PB - CEP: 58671-400
CNPJ: 08.086.183/0001-40 Ins. Est. 18.015.822

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.207.00
Cód. para Débito Automático: 00014769269

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jan / 2018	10/01/2018	07/02/2018	5306653448

UC (Unidade Consumidora): 5/1476926-9

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003.
- Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook com @energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/12/17	3432	10/01/18	3491	1	59	29

Demonstrativo							
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alíq. ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	Valor PIS (R\$)
				Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)
0001	Consumo até 250 kWh-BR	30,000	0,244860	7,34	7,34	25	1,83
0001	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	29,000	0,419920	12,17	12,17	25	3,04
0001	Adic. B. Vermelha			0,78	0,78	25	0,19
0010	Subsídio			23,54	23,54	25	5,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			0,80	0,80	0	0,00
0008	Devolução Substituição			-16,79	0,00	0	0,00

CONFREVS E REVISÃO
16 MAR 2018
PROTOCOLC
AG. JOAO PESSOA

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL FERREIRA CAIUA, 55 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 56700000 (A/G 154)

Emissão: 16/10/2017 Referência: Out / 2017

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km.25 - Creta Rodenfor - João Pessoa / PB - CEP 56071-660
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880 Nº medidor: 00008205001

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.096.183/0001-40 Ins. Est. 19.015.523-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.437.254
Cód. para Déb. Automático: 00000276634

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF / CNPJ / RANI

Out / 2017

16/10/2017

14/11/2017

3924706409

UC (Unidade Consumidora):

5/27663-4

Canal de contato

- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL.
- CADASTRO BIOMÉTRICO.
- A IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATÓRIA E GRATUITA.
- O TRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO
AO CADASTRAMENTO. PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL
MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
14/09/17	9867	16/10/17	9899	1	32	32				
Demonstrativo										
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa / Tributos Totais (R\$)	Valor Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS	ICMS (R\$) Base Calc. For Colm (R\$)	Por (R\$) (1,0000%)	Colm (R\$) (14,7150%)		
0601	Consumo em kWh	32,000	0,483480	15,79	0,00	0	0,00	15,79	0,17	0,78
0801	Adic. B. Amarela			0,33	0,00	0	0,00	0,33	0,00	0,01
0801	Adic. B. Vermelha			0,55	0,00	0	0,00	0,55	0,00	0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 09/2017			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 09/2017			0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CONFREVS E REVID-311
6 MAR. 2018
PROTOCOLC
AG. JOAO PLSSO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edilson Rodrigues Matus inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.356.334 / 24 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Edilson Rodrigues Matus inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.356.334 / 24, 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>Rua Manoel Pereira Caiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaperanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.780-000</u>
Email <u>santos.assessoria@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83/999471520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978811</u>

Itaperanga 25 de junho de 2018
Local e Data

x Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Eu, Gerry Adriano Belo da Silva

RG nº 60.372.643-4, data da expedição 21 / 09 / 2015, órgão SSP/PB

Portador do CPF nº 098.119.254-88, com domicílio na cidade de Nova Olinda, estado de Paraíba

Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Conjunto Mariaz

nº 511, complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima: Edilson Rodrigues Mateus, cujo

condutor era: o mesmo.

Veículo: moto

Modelo: Honda/NXR 150 Bros ES

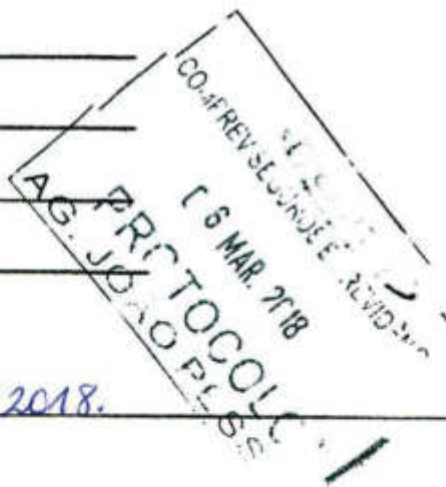
Ano: 2011/2012

Placa: OED 6429/PB

Chassi: 9C2KDD550CR539302

Data do Acidente: 22/09/2017

Local e Data: Itaporanga/PB, 25/01/2018.



Gerry Adriano Belo da Silva

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 100969
Ocorrência: URGENCIA

Data/Hora 22/9/2017 16:25:56

Servidor do Dr.:

Paciente: EDILSON RODRIGUES MATEUS

Idade: 30 Sexo M

Filiação:

Pai: JOSE MATEUS
Mãe: GUILHERMINA RODRIGUES MATEUS

Endereço:

Cidade: NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204
Endereço: CONJUNTO MARIZ
Bairro: CENTRO
Naturalidade: ITAPORANGA - PB
Fone: 83999011502

N.: SN

Documentos:

CNS: 709-2022-5792-6532
Identidade:
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 5/4/1987
Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: APOSENTADO

gerson Adriano B. de S. Silva

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Vitima acidente de trânsito

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Dor + Eas + arto + MMSS Bistorta +
Tórax @*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx tórax @ AS+P /

Diagnóstico:

Fração R. dist. Bistorta + Potens @

Motivo da Alta:

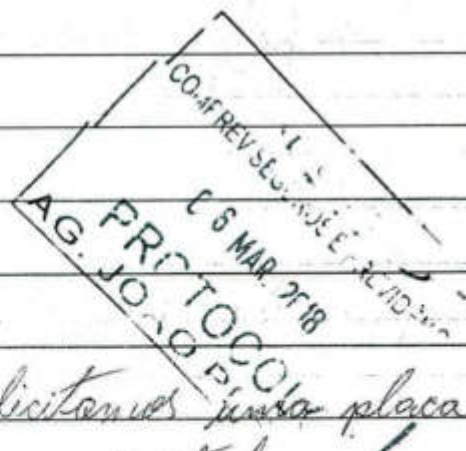
Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: ALANE



RELATÓRIO DE CIRURGIA

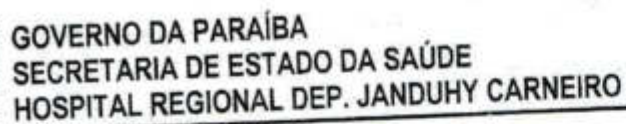
Nome: <i>Edilson Rodrigues Martins</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>02/10/17</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>Dr. Sessiom</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Ivanis</i>	
Anestesista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura diafragma complexa distal do Rádio</i>		
Tipo de Cirurgia <i>Tratamento cirurgico</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>Unusmo</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>Não</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>		
Acidente Durante a Cirurgia <i>Não</i>		
<i>Obs: Durante o ato cirurgico, solicitamos uma placa de a- poio volar maior, fomos informados que não tinha</i>		



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
<i>1) Paciente em decubito dorsal sob anestesia.</i>
<i>2) Gessamento com faixa de smach.</i>
<i>3) Antissepsia</i>
<i>4) Posição de campos cirurgicos.</i>
<i>5) Incisão volar de flexão + disseção por planos</i>
<i>6) Visualização de foco de fratura.</i>
<i>7) Fixação + alinhamento de foco fraturado para ganhar comprimento radial.</i>

[Assinatura]



Nome: <u>Wilson R. Miguor</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>03/10/17</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dr. Sampaio</u>	1º Auxiliar <u>Dr. Marcelo</u>	
Anestesista <u>Dr. Augusto</u>	Tipo de Anestesia <u>Blotum</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>fratura R. M. M. M.</u>		
Tipo de Cirurgia <u>TT. C. M.</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acontecimento Durante a Cirurgia		

DESCRICAO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material

① k h e n l H

Dark is my life

Green color plant

4) From other of Peter's work

$\sin^{-1} \frac{1}{\sqrt{2}} = \Delta \text{ rad.} = 0$

CO-IF REV. SL. UNDE E. R. UNDE
6 MAR. 2018
AG. JO. C. O. C. S. S. O.
GIA
Material Empregado - Aspectos Visce

[Handwritten signature]



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

EDILSON DOMINGOS NAVEZ

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

CIRÚRGICA
GASTROLOGIA

ENFERMARIA
LEITO

Nº
02

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Risco Cirúrgico

22/09/2014

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente em exames Cardiológicos
Nexo Remotido
PA = 120 x 80 mmHg
ECG = Normal
Risco Cirúrgico = Baixo Risco

CONF. REV. SEÇÃO DE REVISÃO
[6 MAR. 2018]
PROTOCOLC
AG. JOAO PLESSO


24/09/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Klauber M. de França
Cardiologista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <u>Edilson Rodrigues Mattos</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
QT. <u>NSc</u>	LEITO <u>02</u>	CONVÊNIO <u>SUS</u>	IDADE <u>30</u>	REGISTRO <u>100969</u>	
CIRURGIA <u>Tro. Amputação do pé direito</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Gaudêncio</u>			
ANESTESIA <u>Genl.</u>		ANESTESISTA <u>Dr. Augusto</u>			
INSTRUMENTADORA <u>Alan</u>		DATA <u>03/10/17</u>	INÍCIO <u>15:00</u>	FM	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ sor e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp 1ET 8.0
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Aspirador Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 20 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodos desc.
1	Neocain <u>Genl.</u>		Atadura de Crepom 10cm
<input checked="" type="checkbox"/>	Halotano <u>Servopluva</u>		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
1	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
1	Inoval <u>Genl.</u>		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	<input checked="" type="checkbox"/>	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar	<input checked="" type="checkbox"/>	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	<input checked="" type="checkbox"/>	PVPI Tintura
	Dimorf	<input checked="" type="checkbox"/>	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narvon		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
1	Sufenta <u>hidrocortisona</u>		Vaselina Estéril
	Diazepam	<input checked="" type="checkbox"/>	Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pestilha de Formol
<input type="checkbox"/>	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
<input type="checkbox"/>	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Piasif <u>Dexametasona</u>		Cat-gut simples 0 c/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	nylon 3-0

CO. REVISÃO
16 MAR 2018
AG. PROTOCOLO
JO. C. PLESSO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE	
Edilson Rodrigues Mateus						
QT.	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
NSC	02	SUS	30	100969		
CIRURGIÃO			CIRURGIÃO			
TTO cir prot radio digital Dr. Szejiam			ANESTESISTA			
ANESTESIA			ANESTESISTA			
bloqu岸			Dr. René			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		02.10.17	15:00			

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
<input type="checkbox"/>	FX. de Instrumentador S.F.	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/>	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi 0.29
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain	1	Atadura de Crepom 10cm
1	Halotano propofol	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal	1	Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
1	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Narcon	X	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Agulha descartável
<input type="checkbox"/>	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
<input type="checkbox"/>	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Prasit QUINAPRIL		Cat-gut simples 0 c/ agulha
<input type="checkbox"/>	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espirin 5000 VI De xmas 1/10		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
<input type="checkbox"/>	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
<input type="checkbox"/>	Abbocot 20 e 22 (18)		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha



GOVERNO DA PARAIBA

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
Nome		Idade		Sexo		Cor
Data		Pressão Arterial		Pulso		Respiração
Tipo Sanguíneo		Hemácias		Hemoglobina		Hematócrito
Temperatura		Glicemia		Ureia		Outros
Urina		Ap. Respiratório		Asma		Bronquite
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma		Ap. Urinário		
Ap. Digestivo		Dentes		Pescoço		
Estado Mental		Ataraxicos		Corticoides		Alergia
Diagnóstico Pré-Operatório		Estado Físico		Risco		
Anestesia Anteriores		Efeito				
Medi.		Anestésica		Aplicada às		
Agentes Anestésicos		Líquido		INDUÇÃO		
Satisf.		Excit.		Tosse		
Laringo Espasmo		Lenta				
Náuseas		Vômitos				
Outros						
MANUTENÇÃO						
Anestesia Satisf. Sim		Não				
Não, porque?						
DESPERTAR						
Reflexos na SO						
Obstr.		CO2		Excit.		
Náuseas		Vômitos				
Outros						
Com cânula		para o leito sim		não		
CONDIÇÕES						
Cânula						
Agentes						
Técnica						
Operação						
Cirurgiões						
Anestesiistas						
Observações						



GOVERNO DO PARANÁ
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermário	Leito	Nº Prontuário
Nome: Edilson RODRIGUES MATEUS		Idade: 30	Sexo: M	Cepha: Ph	
Pressão Arterial Puls: 120/80		Temperatura	Peso	Altura	
Tipo Sanguíneo		Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia
Urina		Uréia		Outros	
Ap. Respiratório		Asma		Bronquite	
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma			
Ap. Digestivo		Dentes	Pescado	Ap. Urinário	
Estado Mental		Ataxia	Corticoides	Alergia	
Diagnóstico Pré-Operatório		Hipotensores		Estado Físico	
Anestesia Anteriores		Risco			
Medicação Pré-Anestésica		Aplicada em	Efeito		
Agentes Anestésicos	02				
Líquido					
CÓDIGO	260				
P.V. ARTERIAL; PULSO; RESPIRAÇÃO	240				
V.Z. - ANESTESIA; OPERAÇÃO	220				
	200				
	180				
	160				
	140				
	120				
	100				
	80				
	60				
	40				
	20				
Símbolos e Anotações					
Posição	CO				
Agentes	Lidocain 240mg				
Técnicas	BIRA MSE 15:1245				
Operação	TRATAMENTO CIRURGIA				
Cirurgiões	Sesiom				
Anestesiado	Reuel				
Observações					
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					

INDUÇÃO

Satisf. ☒ Excit. ☐ Tosse ☐

Laringo Espasmo ☐ Lenta ☐

Náuseas ☐ Vômitos ☐

Outros ☐

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim ☒ Não ☐

Não, porque? ☐

DESPERTAR

Reflexos na SO ☒

Obstr. ☐ CO2 ☐ Excit. ☐

Náuseas ☐ Vômitos ☐

Outros ☐

Com cânula para o leito-sim ☒ não ☐

CONDIÇÕES

Cânula ☒

CO-IFREV SE-UNISE-RE-OP-AN-1

16 MAR 2018

PROTÓCOLO 1

JO-OP-BSO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.68




EDILSON RO DRIGUES MATEUS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 335 93 84 DATA EXPEDIÇÃO 02 SET 2005

NOME EDILSON RODRIGUES MATEUS

FILIAÇÃO José Mateus
Guilhermina Rodrigues Mateus

Itaporanga-PB 05.04.1987
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. nº 12.396, Fls. 92, Liv. nº
A-13, Cart. de Itaporanga-PB

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

CRB 000 2 146 DE 2008



EDILSON RODRIGUES MATEUS

077.356.334-24

CPF

Secretaria da Receita Federal

MINISTÉRIO DA FAZENDA

15 MAR 2018

PRÓTOCO LC-1

AG. JOAO PLSO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5652161 SSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

PRIMAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS

ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
0000000000

ACC
000000

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04119219971

VALIDADE
20/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Odete Rodrigues da Silva

ASSINATURA DO EMISSOR

32584580707
 98079761304

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1424948517

CONFREV SEQUÊNCIA PREVIDENCIAL

06 MAR. 2018

PROTOCOLC

AG. JOAO PLSSO.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÕES

DETRAN - PB Nº 013221552229

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
PR 2017170005164-1

VIA - COD RENAVAM - EXERCÍCIO
1 0040998763-8 00/00000000 2017

NOME
GERRY ADRIANO BELO DA SILVA

CPF / CNPJ 09811925488 PLACA OFD6429/PB

PLACA ANT / UF PB 9C2KD0550CR539302

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES MARCA / MODELO ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC / COTAS 1º 2º 3º
FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 0

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) KOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO B P A G O 28/08/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

NOVA OLINDA-PB DATA 28/08/2017

14311 35335

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221552229 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 28/08/2017

VIA 1 09811925488

RENAVAM 20409987636 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2011 CIL 9 9C2KD0550CR539302

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) ***** DENATIAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** KOF (R\$) SEGURO DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

PAGAMENTO PARCELADO ☐ COTA ÚNICA ☒ P A G O

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

35335-1011444-20170828



DETRAN

CONTRAN

PROTOCOLO
AG. JOAO PLESSO
15 MAR. 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180108704 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON RODRIGUES MATEUS **Data do acidente:** 22/09/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO MAIS FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO MAIS FRATURA DA PATELA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO PUNHO DIREITO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO DIREITO EM 25° E DA EXTENSÃO EM 20°, DO DESVIO ULNAR EM 5°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ALÉM DE QUADRO ÁLGICO DURANTE A MOBILIZAÇÃO.
AO EXAME DO PUNHO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30° E DA EXTENSÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU I, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (1+/4+), ALÉM DE DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM APROXIMADAMENTE 5°.
AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 20° E DA EXTENSÃO FINAL EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO (1+/4+), DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM ARTICULAÇÃO PATELO FEMORAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO MAIS FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO MAIS FRATURA DA PATELA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO NO DIA 02/10/2017 COM FIXAÇÃO DE PLACA 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E FIO DE KIRSCHNER, E NO DIA 03/10/2017 FOI REALIZADA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM USO DE PLACA DCP 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS ALÉM DE TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO INGUINO MALEOLAR POR UM PERÍODO DE 45 DIAS PARA TRATAMENTO DE FRATURA DA PATELA DIREITA, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
ATUALMENTE PACIENTE ENCONTRA-SE COM SEQUELA EM PUNHO DIREITO DE FORMA MODERADA E EM PUNHO ESQUERDO DE FORMA LEVE, ALÉM DE SEQUELA EM JOELHO DIREITO DE FORMA LEVE.
COMPLICAÇÕES: APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO PACIENTE ENCONTRA-SE COM QUADRO ÁLGICO DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 37,5 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

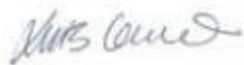
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180108704 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON RODRIGUES MATEUS **Data do acidente:** 22/09/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MS ESQUERDO: 25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: Edilson Rodrigues Mateus

Nacionalidade: Brasileira / Estado Civil: Casado

Profissão: Agricultor

Identidade: 3.359.384 / CPF: 047.356.334-24

Endereço: R. Bruno Rodrigues Rita, 514, Centro, Itaporanga/PB

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos

Nacionalidade: Brasileira / Estado Civil: Casado

Profissão: Autônomo

Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.064-09

Endereço: Rua Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaporanga/PB.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Edilson Rodrigues Mateus

Local e data: Itaporanga/PB, 25/01/2018.

x Edilson Rodrigues Mateus

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CONFREVE
C 6 MAR. 2018
PROTOCOLC
AG. JOAO PESSO



Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>