
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



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.seguradoraslider.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 n°: 12670596

A/C: EDILSON RODRIGUES MATEUS

Nº Sinistro: 3180108704
Vitima: 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.seguradoraslider.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 Matheus

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Edilson Rodrigues Matheus		CPF titular da conta 077.356.334-24	Profissão Agricultor
Endereço Rua Bruno Rodrigues Lita		Número 51N	Complemento casa
Bairro Centro	Cidade Itaperanga	Estado PB	CEP 58.780-000
Email sertao-assessoria@hotmail.com		Telefone (DDD) 83	83 999471520/996978811

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 30.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma das opções)

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2146	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA NRO. 02083	D/V <input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO JCB COOLCASH	AGÊNCIA NRO. <input type="checkbox"/>	CONTA NRO. <input type="checkbox"/>	D/V <input type="checkbox"/>
(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 Matheus

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 ORTOPEDICA.

Complicações: APÓS 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+), ALEM 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+), ALEM 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 ARTICULA EM JOELHO (1+/4+), DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM ARTICULAÇÃO PATELO FEMORAL DIREITO.

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

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 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 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

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

% 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





GOVERNO DA PARAÍBA



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 Itaporanga-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 Itaporanga/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 des 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), e cabis de acelerador traveu, fazendo com que o condutor perdesse o controle' da moto, vindo a colidir no muro de una residênciia, sendo socorrido pelo SAMU, para atendime nte Hospitalar.

Obs: Veiculo 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 GERRY ADRIANO BELO DA SILVA.

Itaporanga-PB, 24 Novembro / 2017. Notificante/Vítima.

Escrivão Plantonista:

Fco. SVA RODRIGUES
CIR. EAL. 102555
SANTORO

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 interditada 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

Edilson Rodrigues Matheus

CPF da Vítima

079.356.334-24

Data do Acidente

22/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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
Local e Data



Edilson Rodrigues Matheus
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: LSRM

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 22-09-12	OCORRÊNCIA N° 053	PACIENTE / USUÁRIO Edison Rodrigues Mateus	IDADE 29	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA R. Dr. José Gócio - Centro		BAIRRO Centro	MÉDICO REGULADOR Dr. Flávio	
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 AGRADO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<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 CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R. Pater 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)

Escoriação pelo corpo, edema e deformidade MMSS (D) e (E) na panturrilha (M.T.O), alívio intenso nas locais.

DADOS VITAIS

WAA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30lpm <30lpm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg <90mm Hg

PA: 120x80 FC: 63 FR: 24 TEMP: - °C - GLICEMIA: 129 mg/dL E. Comprido: SpO2s/SpO2: SpO2c/SpO2:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM / TÉC. EM ENFERMAGEM:

- Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação Verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipotermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada
- Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padão Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar ineficaz Perfusion Tissular Gastrintestinal Ineficaz Perfusion 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 Intereração Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros

INTERVENÇÕES

Afundo SSUU, imobilizado em prancha rígida + colar cervical, imobilizado MMSS (E) e (D), imobilizado M.T.O ambas com tala comunitário do médico Reabilitador, transferido H.R. Pater conforme regulagem.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO / TÉC. DE ENFERMAGEM:

Paciente seco masculino, 29 anos, consciente e orientado, não desabando, refere alívio intenso em MMSS (D) e (E), como também em M.T.O, com presença de edema e deformidade em ambos.

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

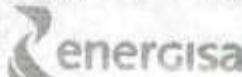
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 00000029700-9

Nr. da Autenticação 23BADD7092D6015A

MARCELINA BRUNET CRUZANTO DINIZ
RUA BRUNO RODRIGUES PITA, 911 - CENTRO
TAPORANGA / PB CEP: 58760000 (AG. 164)



Emissao: 10/01/2018 Referencia: Jan / 2018

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BANCA PENDA MONOFASICO P/200 KM 25 - Credito Retender: João Pessoa / PB - CEP 58071-400
Roteiro: 5 - 154 - 35 - 9300 N° medidor: 00001202821

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°000307.00
Cód. para Díta. Automático: 00014159259

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 m2 Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1476926-9

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 29 de setembro de 2002.
- Compartilhe sua energia consigo 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
12/12/17 3432	10/01/18 3491	1	69	29

Demonstrativo							
CCJ	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alv.	Ionef(R\$)	Base Calc. P/2(R\$)
0001	Consumo ate 20KWh-BR	30.000	0,244860	7,34	7,34	25	1,83
0001	Consumo - 31 a 100KWh-BR	29.000	0,419920	12,17	12,17	25	3,04
0001	Adic. B. Vermelha		0,76	0,76	25	0,18	0,76
0010	Subsídio		23,54	23,54	25	5,88	23,54
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA		0,00	0,00	0	0,00	0,00
0006	Devolução SUC...do		16,70	0,00	0	0,00	0,00

CO. FREV SEGURO E REVISÃO
18 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
SIA

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAINA, 55 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58780000 (AG. 154)

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

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B/200, Km:25 - Custo Rodoviário - João Pessoa / PB - CEP:58071-660

Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880 NF medidor 00008205001



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.096.183/0001-40 - Inc Est 18.015.522-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000.487.254
Céd. para Déb. Automática: 00009278834

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: 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 Insc Est:

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 PARAÍBA ALERTA QUANTO
AO CADASTRAMENTO. PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL
MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/09/17 Leitura 9867	Data 16/10/17 Leitura 9898		32	30

Demonstrativo

CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa d/	Votor Bas/	Calc. Alm.	ICMS(RB)	Base Calc.	Pis(RB)	Coafins(RB)	
0801	Consumo em kWh	32.000	0,483480	15,78	0,00	0	0,00	15,78	0,17	0,76
0801	Adic. B. Amarela			0,33	0,00	0	0,00	0,33	0,00	0,01
0801	Adic. B. Vermelha			0,95	0,00	0	0,00	0,95	0,00	0,03
0804	JUROS DE MORA 09/2017			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2017			0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CO-FREVE S. J. NOE E. R. CIDADE
18 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

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 matius inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.356.334 / 24, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Edilson Rodrigues matius, 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	Número	Complemento
<u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>	<u>58</u>	<u>casa</u>
<u>Centro</u>	<u>Itaperanga</u>	
<u>rentas.assessoria@hotmail.com</u>	<u>83 999471520</u>	<u>83 996978811</u>

Itaperanga, 25 de Janeiro 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 Mariz,

nº 510, 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 Matias, cujo

condutor era: se mesmo.

Veículo: Moto

Modelo: Honda/NXR 150 Bros ES

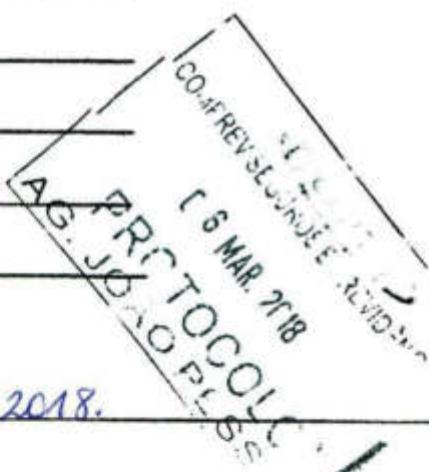
Ano: 2011/2012

Placa: OFD 6929/PB

Chassi: 9C2KDD550CR539302

Data do Acidente: 22/09/2017

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



X 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 DEP JANDUHY CARNEIRO

RUA HORACIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741

Prontuario: 100969

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

Ocorrência: URGENCIA

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

N.: SN

Endereço: CONJUNTO MARIZ

Bairro: CENTRO

Naturalidade: ITAPORANGA - PB

Fone: 83999011502

Documentos

CNS: 709-2022-5792-6532

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 5/4/1987

Cor: PARDA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: AJUDANTE

Responsável: _____

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

Vitória privada de Jesus

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

Dor + exs + alteração MMSS Bistens +
TOENAS ①

COARCTATION OF FEMORAL VENAE CAVA
16 MAR 718
AG. JOAO BESO
PROTOKOL
Rx sinten ① AS+P / ② Dose
festa Rosario. iston Bistens + Potes ①

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: _____

Motivo da Alta: _____

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

Recepção: ALANE



RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edilson Rodrigues Matheus</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>02/10/17</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>Dr. Sesiom</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Ivanis</i>	
Anestesista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Sinatura diafrásica complexa distal do Radice</i>		
Tipo de Cirurgia <i>Treatmento cirúrgico</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>Vmismo.</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 cirúrgico, solicitei ao júnior placa de um maior volar maior, fomos informados que não tinha.</i>		

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
- 2) Gavetamento com faixa de Smach.
- 3) Antissepsia.
- 4) Revisão de campos cirúrgicos.
- 5) Maior volar de elevri + dissecação por planos.
- 6) Visualização de face de fratura.
- 7) Fixação + alinhamento de face fraturada para ganhar comprimento radial.



RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome: Wilson R. Mignor		Nº prontuário
Data da Cirurgia 03/10/17	Enf.	Leito
Cirurgião Dr. Fernando	1º Auxiliar Jr. Marullo	
Anestesista Dr. Argento	Tipo de Anestesia Slocenf	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fractura femi. mif</i>		
Tipo de Cirurgia <i>+ ci prof</i>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Ato Durante a Cirurgia		

CONFERENCIA
AO P.R.C. 06 MAR. 2018
PROTÓCOLO
USO

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras

- ① Ribeirão profundo
- ② Artroscopia
- ③ Frac. ossificada
- ④ Frac. ossificada

Unidade de Atendimento à Emergência
Ortopedia e Traumatologia
Data: 06/10/2017 - Hora: 10:00



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

EDILSON DOMINGUES Nogueira

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

Cirúrgica
Carmoologia

ENFERMARIA
LEITO

NPC
02

MOTIVO DA CONSULTA:

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

Risco Cirúrgico

22/09/2017

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente com queixas Radiológicas
Novo nascido
 $P_s = 120 \times 80 \text{ mmHg}$
ECG é Normal
Risco Cirúrgico = Baixo Risco

CONFIRMAÇÃO DE PARECER
16 MAR. 2018
AG. JOAO PESSOA
PROTÓCOLO /
Klauber M. de França
Cardiologista

24/09/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Edilson Rodrigues Matheus					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
27. NSC	LEITO 02	CONVÉNIO SUS	IDADE 30	REGISTRO 100969	
CIRURGIA TTO Cirurgia do pés Preto	CIRURGIA Dr. Sanderson				
ANESTESIA Geral	ANESTESISTA Dr. Augusto			HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO	
INSTRUMENTADORA Flávia	DATA 03/10/17		INÍCIO 15:00	FM	

MATERIAL.

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soror e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp TET 8.0
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
X	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
X	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Saia		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
X	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
I	Neocain <i>neopgal</i>	1	Atadura de Crepom 10cm
X	Halotano <i>sevoflurano</i>		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
I	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
I	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
I	Inovat <i>flururana</i>		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etodimida		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
I	Sufenta <i>hidrocodona</i>		Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Ajulha descartável
I	Água destilada 10ml		Pastilha 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
L	Cefalotina 19g	16 MAR 2018	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixital		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
I	Plastit <i>Dexametasona</i> JO		Cat-gut simples 0 c/ agulha
L	Dipirona	CO COLESSO	Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Ajulha 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		nylon 3-0

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <u>Gidelson Rodrigues Matheus</u>						GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
QT.	LEITO	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO		
NSC	02	SUS	30	100969		
CIRURGIA	CIRURGIAO					
<u>TTO cur prot radio distal dr. Serson</u>						
ANESTESIA	(E)			ANESTESISTA	<u>dr. René</u>	
INSTRUMENTADORA	DATA		INÍCIO	FIM		HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
	<u>ax. 10.17</u>		<u>15:00</u>			

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
<input type="checkbox"/>	TX. 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 U.24
	TX. Monitor Cárdio-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	<input type="checkbox"/>	Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain	<input type="checkbox"/>	Atadura de Crepom 10cm
1	Halotano <u>propref</u>	<input type="checkbox"/>	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal	<input type="checkbox"/>	Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
1	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
1	Inova		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Espadrapo
	Etodimida		Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Nan	X	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	X	Ajalha descartável
	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
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plasit <u>01/11/96 10/11</u>		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanil 5000 VI <u>de xambeu</u>		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Ajalha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20/22 <u>18</u>		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



HOSPITAL REGIONAL
DEP. JANDUHY CARNEIRO

CONFIREM SE ESTAMOS NO DIA CERTO

18 MAR 2000

G.R. TOC

JOÃO S. C. S. O.



GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

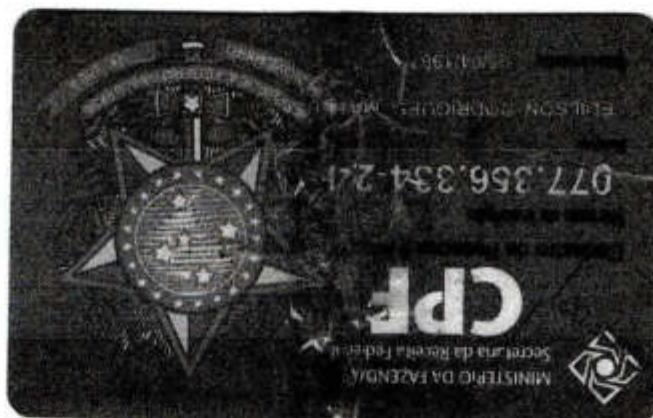
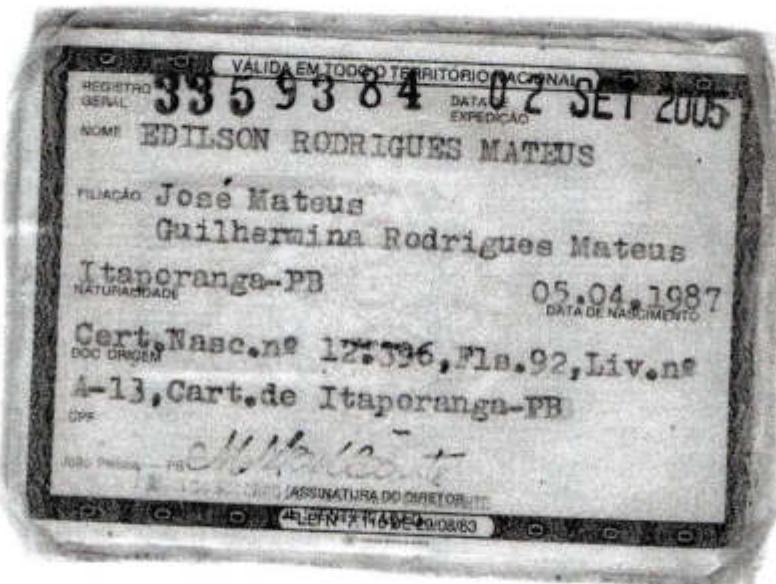
		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA		Nome Océlia, Rachid, Lycia		Idade 30	Sexo F
Data 03/10	Pressão Arterial Pulso 120 - 80	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo Sanguíneo		Hemácias	Hematocrito	Glicemia	Uréia
		Hemoglobina			Outros
		Urina			
Ap. Respiratório				Aasma	Bronquite
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. Urinário	
Estado Mental		Ataraxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico Pó-Operatório		Fáli de Rachid Dr. Lyd.		Estado Físico	Risco
Anestesia Anteriores					
Midi	Anestésica 15.00 30.500 14.00		Aplicada às	Efeito	
Agente Anestésico alv-j1 02 el					
Líquido					
P.V. ARTL. V.Z.- PULSO-RESPIRAÇÃO	250 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	S			
Símbolos e Anotações x6					
Posição					
Agentes	360933-301 - Propantheline 150 mg + fentanil 100 µg + Roan				
Técnica	Rachid Dr. Lyd. L. C. T. L.				
Operação	Rachid Dr. Lyd. Oshin				
Cirurgião	D. Gurgel				
Anestesiologista	D. P. C.				
Observações					
INDUÇÃO					
Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____					
Laringo Espasmo _____ Lenta _____					
Náuseas _____ Vômitos _____					
Outros _____					
MANUTENÇÃO					
Assistência _____ Respiratória _____					
Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____ Não, porque? _____					
DESPERTAR					
Reflexos na SO _____ Obstr. CO ₂ _____ Excit. _____					
Náuseas _____ Vômitos _____					
Outros _____					
Com cânula para gáleto sim _____ não _____					
CONDIÇÕES					
Cânula _____					
AG. JONATHAN					
PROTÓCOLO					
18 MAR. 2018					



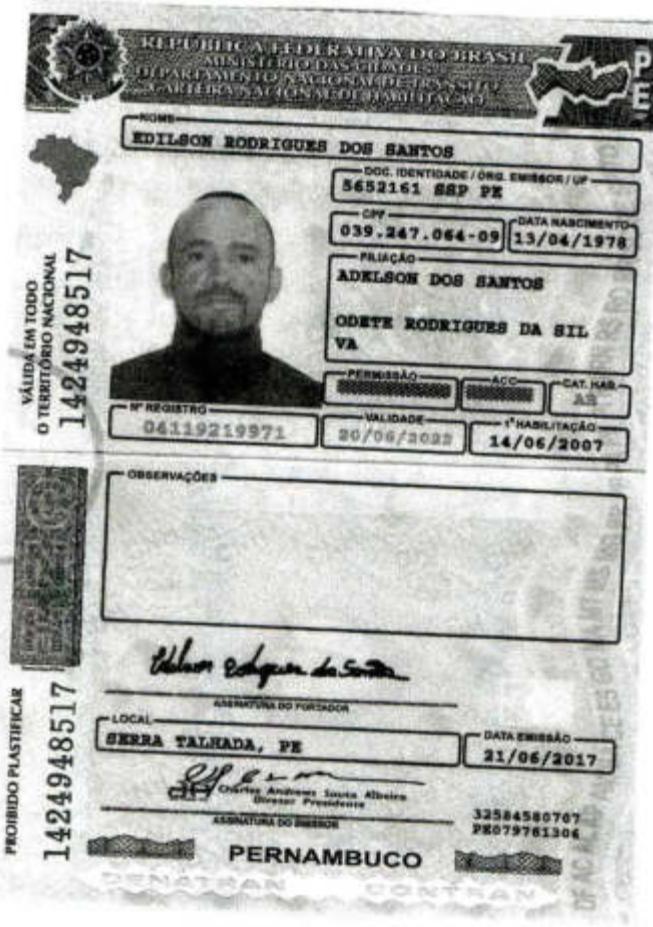
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JÂNDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário			
FOLHA DE ANESTESIA		Wilson Rodrigues Mateus		Idade: 20	Sexo: M Cn			
Data:	Pressão Arterial Pulsos	Respiração	Temperatura	Peso	Altura			
01/01/17								
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia			
					Outros			
Urina								
Ap. Respiratório			Asma Bronquite					
Ap. Circulatório			Eletrocardiograma					
Ap. Digestivo			Dentes	Prescrição	Ap. Urinário			
Estado Mental			cel	Ataraxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico Pré-Operatório			Fratura radio DISAL			Estado Físico	Risco	
Anestesia Anteriores								
Medicação Pré-Anestésica			Aplicada/In.		Efeito			
Agentes Anestésicos	O2					INDUÇÃO		
Líquido						Satisf.	Excit.	Tosse
C.O.I.G.C P.V. ARTERIAL - RESPIRAÇÃO V.Z - ANESTESIA; OPERAÇÃO	260	240	220	200	180	Laringo Espasmo	Lenta	
	160	140	120	100	80	Náuseas	Vômitos	
	60	40	20			Outros		
Simbolos e Anotações						MANUTENÇÃO		
Posição						Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____		
Agentes	Lidocain 240g					Não, porque?		
Técnica	Bala MSE 15,12 U's					DESPERTAR		
Operação	TRATAMENTO CIRURGICO					Reflexos na SO	S	
Cirurgião						Obstr.	CO2	Excit.
Anestesiologista						Náuseas	Vômitos	
Observações						Outros		
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias								



13 MAR 2018
AG. JONAS PLESSO
PROTÓCOLO 1



COIFREV SEU JUIZ E PREVIDENCIÁRIA 311
6 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÕES

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSUAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

DETAN - PB		Nº 0132221552229		DATA DE EMISSÃO	
CERTIFICADO DE REGISTRO 26191700059164 VÉHICULO EXERCÍCIO: VIA COD. RENAVAM 1 0040998763-8 00/00000000 2017		PLACA OFD6429/PB		2017 28/08/2017	
NOVO GERRY ADRIANO BELO DA SILVA		ESPECIE TIPO NOVO APPLIC		PLACA OFD6429/PB	
MARCHA/NXR150 BROS ES		COMBUSTIVEL ALCO/GASOL		MARCA / MODELO HONDA / NXR150 - BROS ES	
CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI		ANO FAB 2012		REV. ANUAL 2010/2011	
CATEGORIA PARTIC		ANO P/AB 2011		VAL. DEU 9	
COTA ÚNICA 00/00/0000		VENC. COTA ÚNICA 1 ^a		PRÉMIO TARIFÁRIO	
FAZER LIQUA V **** * 0		PARCELAMENTO / COTAS 2 ^a 3 ^a		DESEJAVEL (R\$) **** *	
PREÇO TARIFÁRIO (R\$) V **** *		PAGAMENTO TOTAL (R\$) 28/08/2017		CUSTO DO SEGURO (R\$) **** *	
SEGURADOR BPA GO		DATA DE PAGAMENTO 28/08/2017		CUSTO DO BILHETE (R\$) **** *	
OBSERVAÇÕES					
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATÓRIO					
NÃO VÁGUEADO PARA TRANSFERÊNCIA 0					
DATA 28/08/2017					
NOVA OLINDA-PB					
14311 35335					

PB Nº 0132221552229 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					
PLACA OFD6429/PB		PLACA OFD6429/PB		PLACA OFD6429/PB	
09811925488		09811925488		09811925488	
PLACA ANT /UF PB NOVO		PLACA ANT /UF PB NOVO		PLACA ANT /UF PB NOVO	
9C2KD05500CR539302		9C2KD05500CR539302		9C2KD05500CR539302	
HONDA / NXR150 BROS ES		HONDA / NXR150 BROS ES		HONDA / NXR150 BROS ES	
CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI		CATEGORIA PARTIC		CATEGORIA PARTIC	
COTA ÚNICA 00/00/0000		VENC. COTA ÚNICA 1 ^a		VENC. COTA ÚNICA 1 ^a	
FAZER LIQUA V **** * 0		PARCELAMENTO / COTAS 2 ^a 3 ^a		DESEJAVEL (R\$) **** *	
PREÇO TARIFÁRIO (R\$) V **** *		PAGAMENTO TOTAL (R\$) 28/08/2017		CUSTO DO SEGURO (R\$) **** *	
SEGURADOR BPA GO		DATA DE PAGAMENTO 28/08/2017		CUSTO DO BILHETE (R\$) **** *	
OBSERVAÇÕES					
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATÓRIO					
NÃO VÁGUEADO PARA TRANSFERÊNCIA 0					
DATA 28/08/2017					
NOVA OLINDA-PB					
14311 35335					

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 04.240.500/0001-04

35335-1011444-20170828



1100/1000

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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 Matos
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 3.359.384 / CPF: 077.356.339-24
Endereço: R. Bruno Rodrigues Pita, 511, Centro, Itaporangal PB

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.064-09
Endereço: Rua Manuel 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 Matheus

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

Edison Rodriguez

**ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**