

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **BERGUISON LAMACK FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180022593**

Vitima: **BERGUISON LAMACK FERNANDES**

Data do Acidente: **18/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180022593**.

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 12232097



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **BERGUISON LAMACK FERNANDES**

Sinistro: **3180022593**
Vítima: **BERGUISON LAMACK FERNANDES**
Data do Acidente: **18/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES**

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 3180022593** 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, 31 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12319705

A/C: BERGUISON LAMACK FERNANDES

Nº Sinistro: 3180022593
Vítima: BERGUISON LAMACK FERNANDES
Data do Acidente: 18/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES

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: **BERGUISON LAMACK FERNANDES**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000023181-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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 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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o **banco de crédito** o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada. **COMPREV** SIA.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 e 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 precisa assinar no formulário (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").

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

105 148.404-98

Nome completo da vítima

Berquison Lameck Fernandes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Berquison Lameck Fernandes	CPF titular da conta 105 148.404-98	Profissão Zerou-se
Endereço R. Francisco Medeiros e Silva,	Número 360	Complemento
Cidade Cremame	Estado PB	CEP 50667-044
Email		Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Autorização de pagamento



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	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)			
☒ CADA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NÚMERO 3487	DV 00	CONTA NÚMERO 00.023181	DV 19
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

João Pessoa, 18 de Dezembro de 2017

Local e Data

Berquison Lameck Fernandes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022593 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERGUISON LAMACK FERNANDES **Data do acidente:** 18/05/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E POSTERIOR E LESÃO OSTEOCONDRA.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DÉFICIT DE MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO, GRAVE COM RIGIDEZ ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM REDUÇÃO DA LUXAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES LIGAMENTARES EVOLUINDO COM DOR E DÉFICIT DE MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO, GRAVE COM RIGIDEZ ARTICULAR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00048.01.2017.1.02.011

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00048.01.2017.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:37 horas do dia 27 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Berguison Lamack Fernandes, CPF nº 105.148.404-98, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Supervisor, filho(a) de Norma Maria Fernandes e Pai Não Declarado, natural de Patos/PB, nascido(a) em 22/04/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Medeiros e Silva, Nº 360, complemento casa, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Parque Cow Boy, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99831-0520.

Dados do(s) Fatos:

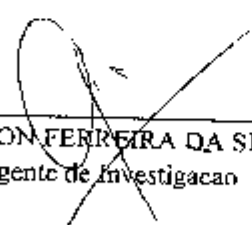
Local: Outros, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/lócal de acesso público (rua, praça, etc);
Data/Hora: 18/05/17 11:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

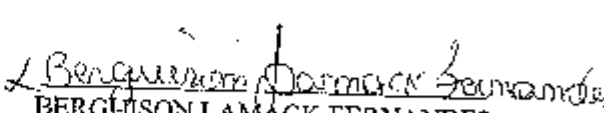
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA RIZ 125 ES DE COR PRETA ANO 2011, DE PLACA MOM-8752-PB, CHASSI Nº 9C2JC4820RR012010, EM NOME DE ANTONIO MARCOS DA SILVA, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO COPRO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM PB 2516, DATADO DE 06/10/2017.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 27 de novembro de 2017.

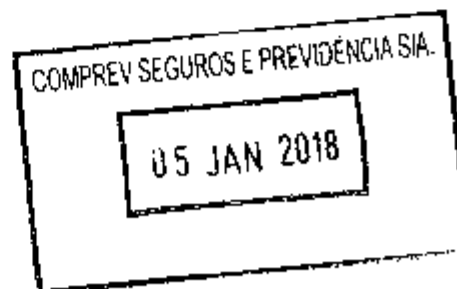

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


BERGUISON LAMACK FERNANDES
Noticiante



SISTEMA
SISTEMA DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS
Data: 29/11/2017 14:03:56
Tela: 01

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 29/11/2017 14:03:56
José Francisco da Silva - Escrevente
[2017-061644] EMDL:R# 2,31 FAPEN:R# 0,27 FEPJ:R# 0,27
SELO DIGITAL: AFZ16C40-2017
Confira a autenticidade em <https://selodigital.pb.gov.br>



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 e 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

Bernuison Lomack Fernandes

CPF da Vítima

105.148.404-92

Data do Acidente

18/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Declaração de Inexistência de IML



CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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 extensão do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 8º 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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 JAN 2018

Porção Pesco 18 de Dezembro de 2017

Local e Data

Bernuison Lomack Fernandes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 30/05/17

Comandante do BAPH

Antônio Sadinha do Nascimento Silva

TEN CEL 521.280-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES

(ATO DECLARATÓRIO)

João Pessoa-PB, 30 de Maio de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 189/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 18/05/2017, conforme requerimento nº 180/17 solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 11h25min (a Sra) **BERGUISON LAMACK FERNANDES** CPF: 105.148.404-98, vítima de (colisão (carro x moto)) ocorrido na Rua do Jarro Paratibe - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46 tendo como chefe o/a **SARGENTO BM JOSENILDO SOARES DE OLIVEIRA**, Matrícula: 518.109-7. Verificou no local que vítima era o condutor da motocicleta, consciente e orientado, possível fratura na patela. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Andre Vieira de Souza**, SD BM Matr 523.518-9, (623-PP) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, ciente a presente certidão que vai assinada por mim e pela (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Chefe da 3ª Seção

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN 2018



GOVERNO
DA PARAIBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.03-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-0044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahpb@bombeiros.pb.gov.br

25

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

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

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

* 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 Fernando Luis Nascimento inscrito (a) no CPF 813409104 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Perfuisom Lomack Fernandemet inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.148.404, 98 do sinistro de DPVAT cobertura Tráfego da Vítima Perfuisom Lomack Fernandemet inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.148.404, 98 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e at

Declaração Circular SUSEP 445/12

Assinatura:

☒ 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 Odineir Corrêas Pereira de Melo</u>		Número <u>154</u>	Complemento <u>Ap 105</u>
Bairro <u>JD Oceânico</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58037-562</u>
Email <u>fernando.nascimento.pb@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 998131333</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 981995008</u>

João Pessoa de Dezembro de 2017

Local e Data

Assinatura do Declarante

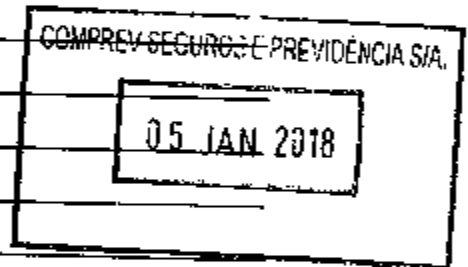
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Marcos da Silva
RG nº 239 5312, data de expedição 14/10/197
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 032 762 724-05
com Domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado
de P.B., onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Pedro Nolasco de Almeida
Filho nº 68, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
Berquison Jarmack Semanides, cujo o condutor
era Berquison Jarmack Semanides

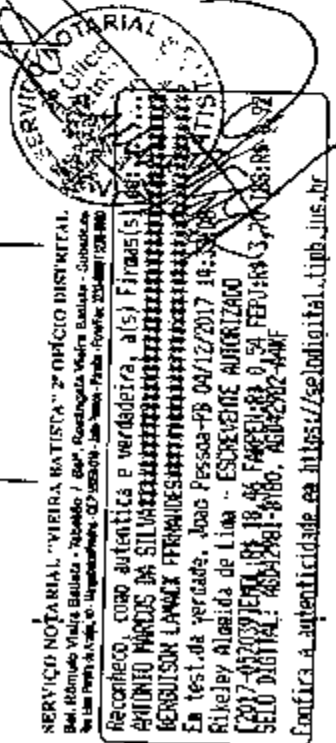
Veículo.....: Motocicleta
Ano.....: 2011 - 2011
Modelo.....: Honda/B12 125 ES
Placa.....: MOM B752/PB
Chassi.....: 9C2JC4B20BR 012010
Data do acidente.: 02-06-2017



Local e data: João Pessoa P.B 04-12-2017

x Antonio Marcos da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

x Berquison Jarmack Semanides
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)





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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE BERGUISON LAMACK FERNANDES
DADOS DE NASCIMENTO 22/04/94
NOME DA MÃE NORMA MARIA FERNANDES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1 001.359
Nº PRONTUÁRIO 102.087
DATA DO ATENDIMENTO 18/05/17
HORA DO ATENDIMENTO 12:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO DO JOELHO D + TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DA PERNA + (JOELHO) + LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR
CID 10 S 83.1 + S 89.9 + M 23.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma no joelho E, com dor e deformidade e suspeita de fratura no membro inferior E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX Da coxa E - AP e P
RX do joelho E - AP e P

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN 2018

TRATAMENTO:

Luxação do joelho E + traumatismo do ligamento cruzado posterior ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Matheus Enomoto no 1º tempo e pelo Dr. Rafael Lara e Dr. Carlos Alberto Vieira no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 01/06/17
DATA DA EMISSÃO: 06/10/17

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para OMI, INSS EMPRESAS ESCOLAS
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO: SH - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 1001358



Identificação do paciente

ID 1171844	Nome BERGUISON LAMACK FERNANDES	Sexo Masculino
Data de nascimento 22/04/1934	Idade 23 anos 28 dias	Estado civil Solteiro
Mãe NORMA MARIA FERNANDES	Religião NÃO DECLARADO	Profissão Prestador
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MANOEL LEITE DE ANDRADE - TIO (A)	
DDD Móvel 63	Fone Móvel 988346676	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3833852	AP Cas
Local de residência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade PATOS	CBO/R

Endereço

CEP 58067047	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB
Número 360	Complemento	Logradouro FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRO SOL)
		Bairro GRAMAME

Admissão

Data e Hora 18/05/2017 12:24:16	Número da pulseira 100004681983	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Cartão de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

5 JAN 2018

Indicadores e Transporte

Caso policial NÃO	Plano de saúde NÃO	Veio de ambulância NÃO	Trauma NÃO
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos

Acid. de moto (sic).
GCS: 15

Diagnóstico Trauma ac. fechado	CBO
Atendida por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA	Tempo 01min 10seg

Imprimir

RMS
230605
US
RE
FA
18/05
DE
US
FA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Paciente BERGUISON LAMACK FERNANDES		BAE 1001355	Data/Hora Entrada 18/05/2017 12:24:16	Data Baixa
Data de nascimento 22/04/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS	Telefone do Contato (69) 988345575
Mãe NORMA MARIA FERNANDES		Prontuário		
Endereço FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRO SOL), 360		Bairro GRAMAME	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO	Nº Cons. Regional 10204/PB	
Data/Hora Classificação 18/05/2017 12:24:16		Data/Hora Prescrição 18/05/2017 17:02:31		

anamnese

ACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM JOELHO E DESDE ENTÃO. RX: LUXAÇÃO DE JOELHO E

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

05 JAN 2018

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

PIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG

E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 1,0 SERINGA VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 3,0 AMPOLA VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60

(DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 12/12H

Dr. ANTONIO CARLOS
MÉDICO
CRM-PB 10204



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAVERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente BERGUISON LAMACK FERNANDES		BAE 1001359	Data/Hora Entrada 18/05/2017 12:24:16	Data Baixa
Data de Nascimento 22/04/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986345575
Mãe NORMA MARIA FERNANDES			Prontuário	
Endereço FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRQ SOL), 360		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VINICIUS NUNES ANDRADE	Nº Cons. Regional 4661/PB	
Data/Hora Classificação 18/05/2017 12:24:16		Data/Hora Prescrição 18/05/2017 12:45:10		

Anamnese

ANTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SOCORRIDO PELOS BM, APRESENTANDO EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO. ABDOME, TÓRAX E CERVICAL SEM QUEIXAS. GCS 15.

CUIDADOS

1- ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: AVALIAÇÃO DA ORTOPEdia.)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO.)

CID10

Código	Descrição
S80.9	Traumatismo superficial não especificado da perna

Conduta

Em observação

Vinicius N. Andrade
Médico - Cirurgião Geral

VINICIUS NUNES ANDRADE
(4661/PB)

BERGUISON LAMACK FERNANDES

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN 2018

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

CID10

Código	Descrição
S83.1	Luxação do joelho

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Internar Paciente

Dr. Matheus Enomoto
Médico
CRM-PB 10204

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(10204/PB)

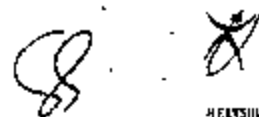
BERGUISON LAMACK FERNANDES

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

05 JAN 2018



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Berguison Laurence Farias BE/Prontuário: 1001359

Idade: Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: Data: 18/05/17

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: LR:

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de Luxação de Joelho

Cirurgião: Dr. Thales 1º Assistente: Dr. Murtas (MR1)

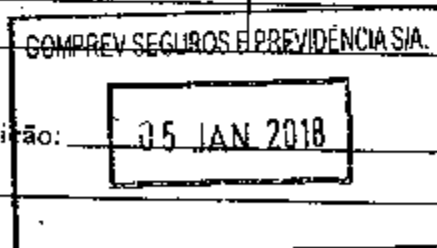
2º Assistente: 3º Assistente:

Instrumentador: Anestesista:

Tipo de Anestesia: Rajmexilux Horário: Início Término

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Luxação de Joelho</u>	
<u>Lesão de LCP</u>	
<u>Cisto posterior lateral</u>	
<u>Cisto posterior medial</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Imediata de Luxação de Joelho</u>	
<u>e Fixação transarticular de Joelho com Fita de Sutura</u>	



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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Murtas
Médico
CRM 15.134

João Pessoa, 18/05/17



CRUZ VERDE
SAÚDE

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

RECIBO

Período Pré-Operatório

1. 1 Dados de Identificação

Nome: Burguessa Wamack Fernandes

Idade: 2300 Sexo: MP BE/Prontuário: 1001359

Data da visita Pré-Operatória: 18/05/17 Hora: 15:30 Enfermaria: _____ leito: _____

Alergias: () sim () não () não sabe Quais: _____

Dor: () presente () ausente Local: _____

Sítio Cirúrgico: _____ Passado Cirúrgico: _____

Antecedentes familiares: _____

Checar exames pré-operatório (hemograma, glicemia, SSVV, ECG e risco cirúrgico)

OBS: _____

Chegar documentos: visita pré-cirúrgica () visita pré-anestésica () Termo de autorização para procedimento cirúrgico () OBS: _____

Utilização () sim () não

Orientações: _____

() Retirar prótese e adêrmos

() Jejum informado

() Orientação sobre banho com clorexidina, de 1-2 horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa, confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico

() Realizar tricotomia

Enfermeiro/Coren(a): _____

Período Transoperatório

Procedimento: Abc. de Frat. Exposta luxação de joelho

1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

(✓) identidade concluída/avaliação pré-anestésica

(✓) Sítio demarcado (✓) Consentimento informado

(✓) Procedimento cirúrgico

(✓) Verificação de segurança anestésica

> O PACIENTE POSSUI:

Via aérea difícil/ risco de aspiração?

(✓) Não () Sim e equipamento/Aspiração disponível

Risco de perda sanguínea > 500ml. (7ml/kg em crianças)?

(✓) Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

() Reserva Hemocomponentes

> Checagem equipamentos

(✓) Monitorização (✓) Bisturi elétrico (placa + cabo) (✓) Suporte de oxigênio

(✓) Aspirador (✓) Carro de anestesia + alarmes + oxigênio e agentes inalatórios

(✓) OPME () não se aplica (✓) Realização de desinfecção na sala Nº 05

(✓) Conferir esterilização das embalagens

> ACESSO VENOSO

(✓) Periférico () ACV

1.3 Antes da incisão cirúrgica (Confirmação - Pausa Cirúrgica)

> CONFIRMAR SE A EQUIPE ESTÁ COMPLETA

(✓) Cirúrgico (✓) Anestesiologista (✓) Auxiliar cirurgia

() Instrumentador/Firma (✓) Tec. RX

05 JAN 2018



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HELETHL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Berguieres Lammack Venâncio Jr.

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - SEXO

MASC. ☒

FEM. ☒

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)



IMPOL

INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA

Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil

10/2016

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FIXADORES EXTERNOS

FAMÍLIA DE FIXADORES EXTERNOS OSSOS MÉDIOS E LONGOS-IMPOL

FIXADOR IMPOL FIX 23

TAM: ROFA II

MATERIAL: NBR ISO 208 / NBR 5501

REGISTRO ANVISA: 10108770110

OTM: 10108770110 / C. 10108770110 / C. 10108770110

LOTE: 0080/10108770110

COD: 0930-001-000

QTD: 1

VAL: 10/2021

CLASSE: III

ORÇAMENTO ESPECÍFICO TÉCNICO DO PRODUTO, CUSTOS E IMPLANTACÃO, ADAPTANDO-SE À REALIDADE DE USO.

PRODUTO DE USO ÚNICO, PROIBIDA A REPROCESSAGEM, DESTINADO APÓS O USO

ESTÉRIL

VER. INSTRUÇÃO 1190

VER. INSTRUÇÃO 1190

VER. INSTRUÇÃO 1190

VER. INSTRUÇÃO 1190

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

COMPROVANTE DE PAGAMENTO E PREVIDÊNCIA S/A

05 JAN 2018

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

fixador externo de femur

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Do. em decúbito - lateral sobre Roupas
Anestesia - Int. geral.

Incisão:

Incisão de C-para operação.

Achados:

Detecção de fratura externa
transversal em H.T.D.

Conduta:

Manuseio de fôss. disto
Do. grande de H.T.D.

Confirmação.

Fechamento:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN 2018

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8035 CRM-PB / 2441 CRM-PE
TEC 17890

João Pessoa, 30/08/17.

F(NG).ASCIR.009-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 30/05/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Berquiosson Lamarek Fernandes SEXO: M COR: BRANCO IDADE: 23 anos

PRESSÃO ARTERIAL: 100/60 PULSO: 100 RESPIRAÇÃO: espontânea TEMPERATURA: 36,5 PESO: 65 GRUPO SANGÜÍNEO: O+
ESTADO GERAL: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: URU

AP. RESPIRATÓRIO: livre ANT. S/RA: AP. CIRCULATÓRIO: RCR 21, SAT, 95

AP. DIGESTIVO: jejum ESTADO MENTAL: lúcido DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: MDZ - 2mg DOSE/HORA: I ESTADO FÍSICO (ASA): I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: luxação de joelho (E)

CIRURGIA REALIZADA: Retirada de fixador + manipulação de joelho (E)

CIRURGIÃO DR. Rafael AUXILIARES:

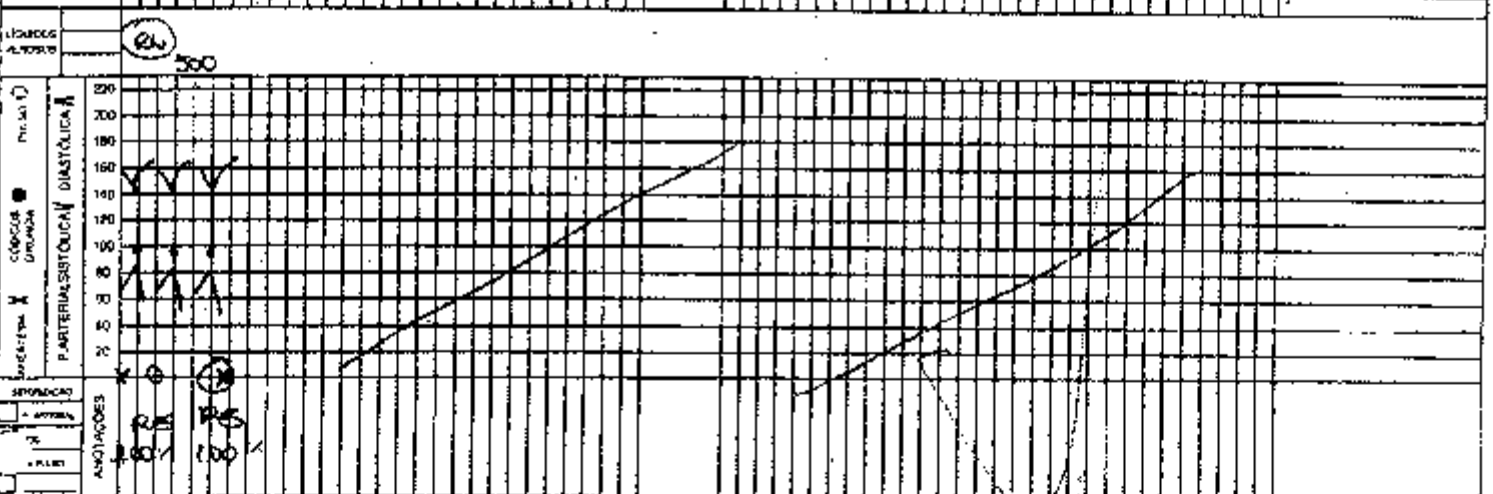
INÍCIO DA ANESTESIA: 9:00h TÉRMINO DA ANESTESIA: 9:15h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 15min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES R\$:

ANESTESISTA: DR. ROSSANY / DR. ALAN CPF: 630.882.174-91 CRM-PB: 4229

Assinatura de Rossany Melo Ferreira do Rêgo
Anestesiologista
CRM 4229

W/ESHOVA: 9:00h 9:15h
O:
N: 0



ANESTESIA GERAL: ☒ RAQUIDIANA ☐ ENDOURAL ☐ BLOQUEIO ☐ BLOQUEIO ☐ OUTROS

PREPARAÇÃO: Pac. Sentado, monitorizado, jejum, assepsia lombar, punção de art. 12-14 com agulha

INDICAÇÃO: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTO: 1 Midazolam - 3mg 11

QUANTO: 2 Propofol - 15mg 12

QUANTO: 3 Fentanyl - 100mg 13

QUANTO: 4 Diprivan - 2g 14

QUANTO: 5 15

QUANTO: 6 16

QUANTO: 7 17

QUANTO: 8 18

QUANTO: 9 19

QUANTO: 10 20

QUANTO: 11 21

QUANTO: 12 22

QUANTO: 13 23

QUANTO: 14 24

QUANTO: 15 25

QUANTO: 16 26

QUANTO: 17 27

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
05 JAN 2018

Assinatura de Rossany Melo Ferreira do Rêgo
Anestesiologista
CRM 4229



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE	Brazquimian h. Pomerick Terremamden			
IDADE	23	SEXO	M	FRONTUÁRIO
CIQUIRURGIA	Cirurgia de obstrução intestinal (fígado e túbulo S) + anastomose			
CIQUIRURGIAO	Dr. Rafael L. da Silva			
ANESTESIA	Sedação			
ANESTESISTA	Dr. R. R. R.			
INSTRUMENTADOR	-			
DATA	30/05/19	TEMPO CIRÚRGICO	ANESTESIA INÍCIO	FIM
CIQUIRURGIA INÍCIO	FIM			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)				
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()				
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS				
ALFENTANIL			JELCO Nº18	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20	QTD.
BUPIVACAÍNA PESADA	1		JELCO Nº22	QTD.
CETAMINA			JELCO Nº24	QTD.
OKOPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	QTD.
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº1	QTD.
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15	QTD.
FENTANIL	OK	PVPi DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº21	QTD.
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24	QTD.
ISOFLURANO		PVPi TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO	QTD.
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	QTD.
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	QTD.
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº0,5	QTD.
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº1,5	QTD.
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº2,0	QTD.
MORFINA		AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº2,5	QTD.
NUMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº14	MÁSCARA CIRÚRGICA	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS	QTD.
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	QTD.
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19	QTD.
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21	QTD.
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	QTD.
SEVOFLURANO		ALODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	QTD.
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CRÉBOM	SERINGA 20ML	QTD.
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	QTD.
MEDICAMENTOS				
ADRENALINA		BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº7	QTD.
ÁGUA DESTILADA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	QTD.
ATROPINA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	QTD.
BEXTRA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	QTD.
CETAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	QTD.
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	QTD.
DIPYRONA SÓDICA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	QTD.
EFEDRINA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURVA	QTD.
ETOFENIDINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	QTD.
ETOFENIDINA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº	QTD.
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	QTD.
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	QTD.
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	QTD.
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	QTD.
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	QTD.
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		QTD.
PROSTEGUINE		EQUIPO MICROGOTAS		QTD.
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi		QTD.
TENOXICAN		ESPARADRAPO		QTD.
		GAZES		QTD.
		GAZES ALGODÃO		QTD.
		JELCO Nº18		QTD.
		JELCO Nº20		QTD.
		JELCO Nº22		QTD.
		JELCO Nº24		QTD.
		KIT SIST. DREN. TORÁCICA		QTD.
		LÂMINA BISTURI Nº1		QTD.
		LÂMINA BISTURI Nº15		QTD.
		LÂMINA BISTURI Nº21		QTD.
		LÂMINA BISTURI Nº24		QTD.
		LÂMINA DE DERMATOMO		QTD.
		LÂMINA DE ENXERTO		QTD.
		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		QTD.
		LUVA ESTÉRIL Nº0,5		QTD.
		LUVA ESTÉRIL Nº1,5		QTD.
		LUVA ESTÉRIL Nº2,0		QTD.
		LUVA ESTÉRIL Nº2,5		QTD.
		MÁSCARA CIRÚRGICA		QTD.
		MULTIVIAS		QTD.
		PERFURADOR DE SORO		QTD.
		SCALP Nº19		QTD.
		SCALP Nº21		QTD.
		SERINGA 3ML		QTD.
		SERINGA 5ML		QTD.
		SERINGA 20ML		QTD.
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº7		QTD.
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		QTD.
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		QTD.
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		QTD.
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		QTD.
		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		QTD.
		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		QTD.
		SONDA NASOG. CURVA		QTD.
		SONDA NASOG. LONGA		QTD.
		SONDA URETRAL Nº		QTD.
		TORNEIRINHA		QTD.
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		QTD.
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		QTD.
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		QTD.
		TUBO SILICONE (LATEX)		QTD.
EQUIPAMENTOS				
		ASPIRADOR		QTD.
		BISTURI ELÉTRICO		QTD.
		CAPNÓGRAFO		QTD.
		ECG MONITOR		QTD.
		DESFIBRILADOR		QTD.
		FOCO AUXILIAR		QTD.
		FOCO CENTRAL		QTD.
		MICROSCÓPIO		QTD.
		OXÍMETRO DE PULSO		QTD.
		P.A. ENCAIXADO INVASIVA		QTD.
		PERFURADOR ELÉTRICO		QTD.
		SERRA		QTD.
		CIRULANTE		QTD.

COMPREV SEGUROS

PRONTUÁRIO

JELCO Nº18

05 JAN 2019

402/1002/2.500000
FIM: 05/01/2019
05/23A



CRUZ VERMELHA
DE ASIA E IZRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: BORGUESI L. FERNANDES BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: Interna EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: Dr. Rafael Lima 1º Assistente: Dr. Carlos Alberto
 2º Assistente: Dr. Tiago 3º Assistente: Dr. Spina Gomes
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Roberto
 Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Luxação do joelho direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução da fratura externa</u>	
<u>Manuseio do joelho</u>	

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA.

05 JAN 2018

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8095 CRM-PB / 2441 CRM-PE
TEO 14.830

João Pessoa, 30/05/12



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

05 JAN 2018

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>BELOUSONI AMIRICK FERREIRA</u>		Registro: <u>0000000000</u>	
Idade: <u>40</u>	Sexo: <u>M</u>	Ent: <u>0000000000</u>	Leito: <u>0000000000</u>
Data de admissão: <u>04/06/2017</u>		Data da alta: <u>04/06/2017</u>	
Diagnóstico inicial: <u>LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO (E)</u>			
Diagnóstico final: <u>0 - FEMUR</u>			
Outros diagnósticos: <u>0 - FEMUR</u>			
Principais exames: <u>RA DO JOELHO</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>04/06/2017 - DR. PATRICK LIMA</u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>ANALGESIA JOELHO (E) 20/5/17</u>			
Anatomia patológica: <u>0 - FEMUR</u>			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico: <u>0 - FEMUR</u>			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>PRIMEIRA EVOLUÇÃO ESTÁVEL E SEM COMPLICAÇÕES</u>			
Dieta: <u>0 - FEMUR</u>			
Reposo: <u>0 - FEMUR</u>			
relativo em casa por: <u>30</u> dias.			
retorno às atividades sem esforço físico em: <u>60</u> dias.			
retorno às atividades com esforço físico leve: <u>60</u> dias e com maior em: <u>60</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: <u>CLANIX 400mg, 20g - HAPLIDIN</u>			
Retorno: <u>SEXTA-FEIRA</u>			
Ao posto de saúde em: <u>06</u> para retirada de ponto			
Ao ambulatório: <u>07</u> em 30 dias para revisão			
João Pessoa: <u>06</u> do <u>07</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS/EMPRESAS/ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

07-06

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICAÇÃO

CPF: 14095652

DATA DE NASCIMENTO: 25/02/2010

NOME: BERGUISON LAMACK FERNANDES

ENDEREÇO: NOROIA MARIA FERNANDES

DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1994

CPF: 14095652

DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1994

CPF: 14095652

DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1994

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF: 14095652

DATA DE NASCIMENTO: 25/02/2010

NOME: BERGUISON LAMACK FERNANDES

ENDEREÇO: NOROIA MARIA FERNANDES

DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1994

CPF: 14095652

DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1994

CPF: 14095652

DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1994

Documentos de identificação



RECEITA FEDERAL

CPF

CAVASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição: 105.148.404-98

NOME: BERGUISON LAMACK FERNANDES

DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1994

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

25 JAN 2018



VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1169687961		Nome FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES		
		Doc. Original (Foto, Número e SP) 15029763 SSP SP		
		CNPJ 813.407.107-43 17/03/1963		
		Pracado WALDOMIRO LEITE RODRIGUES ZAYDE NASCIMENTO RODRIGUES		
PROIBIDO PLASTIFICAR 1169687961		PERMISSÃO PROIBIDA	ACC. PROIBIDA	CALHA AD
		1ª REGISTRO 02493068250	VALIDADE 03/11/2020	1ª EMISSÃO 01/12/1984
		Observação		
		Assinatura do Portador		
IDEM JOAO PESSOA, PB		DATA EMISSÃO 04/11/2015		
Assinatura do Emissor 65880953619 PB031571662		Assinatura do Emissor		

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

05 JAN 2018

22/12/1994

INVALIDEZ PERMANENTE E D&MS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Bensuison Lamack FernandesDATA DO ACIDENTE 18/05/2017 CPF DA VITIMA 105.148.404-98

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDERECO DO PORTADOR Francisco Medeiros e S. LucNº 380 COMPLEMENTOCIDADE João Pessoa UF PB BAIRRO Calçadão me

E-MAIL

TELEFONE ()

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: Declaração do fno pue fone

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO BOLETIM (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) Bombardos

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMT: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMT, (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

Nº 180 Declaração 1 sussep

CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - D&MS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INDO DETALHADO AS LESÕES SOBRIJAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - D&MS

(X) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO: • MORTE = R\$ 13.500,00 • INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. • DESPESAS MÉDICAS (D&MS) - REMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

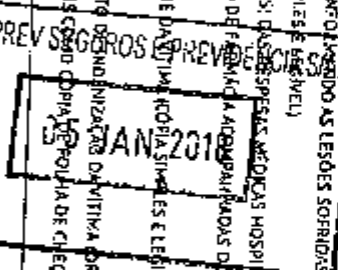
DATA 18/12/2017IDENTIDADE 3.833.652ASSINATURA Bensuison J. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022593 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERGUISON LAMACK FERNANDES **Data do acidente:** 18/05/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Trauma em joelho esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhar à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022593 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERGUISON LAMACK FERNANDES **Data do acidente:** 18/05/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E POSTERIOR E LESÃO OSTEOCONDRA.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DÉFICIT DE MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO, GRAVE COM RIGIDEZ ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM REDUÇÃO DA LUXAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES LIGAMENTARES EVOLUINDO COM DOR E DÉFICIT DE MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO, GRAVE COM RIGIDEZ ARTICULAR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

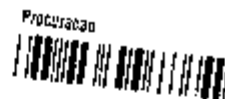
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Berguison Lomack Fernandes
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Supervisor Nº DO RG: 3833652
ORGÃO EMISSOR: SSDS/PB DATA DE EMISSÃO: 25/02/2010
Nº CPF: 105.194.909-98 ENDEREÇO: Rua Francisco Medeiros
c. SBC, 360. Gramma - João Pessoa - PB

OUTORGADO: Fernando Luiz Nascimento Rodrigues
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Consultor Nº DO RG: 02493868250
ORGÃO EMISSOR: Detran PB DATA DE EMISSÃO: 04/11/2015
Nº CPF: 813.402.107-49 ENDEREÇO: Rua Ulisses Carneiro Henriques
de Azeite 154 Ap. 101 JD. Decômio - João Pessoa - PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Berguison Lomack Fernandes, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa - PB 04 de Dezembro de 20 17

Berguison Lomack Fernandes 
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Zel. Rômulo Vieira Batista - Títulos / Zel. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua Ezequiel de Azeite, 8 - Imagem do Futuro - CEP 55050-000 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 323-0881 / 323-4220

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de Berguison Lomack Fernandes
E a test. da verdade. João Pessoa - PB 04/12/2017 14:30:18
Rikley Almeida de Lina - ESCRIVENTE AUTORIZADO
[2017-057040]EMUL:R\$ 19,23 FAPEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,85 SS:R\$ 0,56
SELO DIGITAL: AGM2983-P&MP
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



**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

Nome do(a) Examinado(a): **BERGUISON LAMACK FERNANDES** Sinistro: **3180022593** Data: **18/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Francisco Medeiros e Silva, 360 - Gramame - João Pessoa - PB - CEP 58067-047**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **3833652**

Data local do exame: [**22/01/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E POSTERIOR E LESÃO OSTEOCONDRA. A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DÉFICIT DE MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO, GRAVE COM RIGIDEZ ARTICULAR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO COM REDUÇÃO DA LUXAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES LIGAMENTARES EVOLUINDO COM DOR E DÉFICIT DE MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO, GRAVE COM RIGIDEZ ARTICULAR.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):
Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB