

---

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JUCELIO LIMA FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180305060**

Vitima: **JUCELIO LIMA FERREIRA**

Data do Acidente: **12/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180305060**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JUCELIO LIMA FERREIRA**

**Sinistro:** **3180305060**

**Vítima:** **JUCELIO LIMA FERREIRA**

**Data do Acidente:** **12/08/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**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 **3180305060** 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](http://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**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 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").

**SABEM SEGURO DA SAÚDE**

03 JUL 2018

REPROVADO

Número do Registro do ASL:

CPF da Vítima

059.344.134-65

Nome completo da vítima

JOCÉLIO LIMA FERREIRA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOCÉLIO LIMA FERREIRA	CPF titular da conta 059.344.134-65	Profissão Desempregado
Endereço RUA SÃO VICENTE	Número 1405	Complemento
Bairro IMACULADA	Rua	CEP 52309-040
Email		Telefone (DDD) 83 98630-1130

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECLUSO / 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos acima. Assine só uma opção):

BRADESCO (237);  BANCO DO BRASIL (001);  FAU (341);  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (004);

AGÊNCIA  
Nº:  
1211

DN  
0056546133

(Inserir digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO  
Nº:

AGÊNCIA  
Nº:  
DN  
00

(Inserir digito se existir)

(Inserir digito 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.

*Jocélio Lima Ferreira*, 29 de Junho de 2018

Lugar e Data

*Jocélio Lima Ferreira*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 <b>JUCÉLIO LIMA FERREIRA</b>	CPF da Vítima <b>059.314.134-65</b>	Data do Acidente <b>14/09/17</b>
---	--	-------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	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:

#### Assinatar uma das opções abaixo:

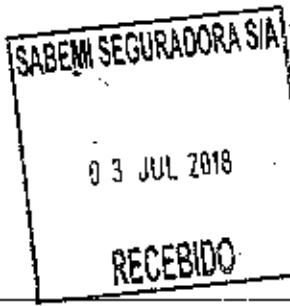
- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha 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 de 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.

Jucélio Lima Ferreira, 2º de Junho de 2018

Local e Data



Jucélio Lima Ferreira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 32/04/2018

P. *[Signature]*  
Comandante do BAPH  
*[Handwritten signature]*  
Data: 32/04/2018

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
**3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 19 de Março de 2018.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 0123/2018**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 12/08/2017, conforme requerimento nº 126/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 22h49min o/a Sr (a) JUCELIO LIMA FERREIRA, CPF Nº 059.344.134-65, vítima de acidente de trânsito (queda de moto), ocorrido na Av Marechal Rondon, Auto da Boa Vista – Bayeux/PB. Que a guarnição da viatura de protocolo AR-48, tepeido como chefe o SARGENTO BM ROGERIO GOMES BATISTA, Matrícula 520.037-7. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientado, com suspeita de fratura de fêmur e escoriações no membro superior. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu André Vieira de Souza - CB BM, Mat: 523.518-9, (\_\_\_\_\_) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JHARMESON DIEGO A. DE SOUSA

27/04/2018 MAT: 527.341-2

**Chefe da 3ª Seção**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Lisboa, B/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-030, João Pessoa-PB  
Fones: (83) 3243-8044 / (53) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX). E-mail:

# 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: 11/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUCELIO LIMA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 00000056546-3

---

Nr. da Autenticação 799584732C720F7E



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOÃO PESSOA PB 58015-570  
CEP: 58.125-054/0001-47 - ISBN: 23800 N° 1505972029  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 118

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
00614643-0

VENCIMENTO  
08/07/2018

Nº Documento: 2018066146430 EMISSOR: BAYEUX

MOTRIZ CULIA	CLIENTE	CEP/CNPJ:	
00614643-0	FRANCISCA M LIMA FERREIRA		
INSCRIÇÃO	ENDERECO DO IMÓVEL	FATURA	
002.007.035.0708.000	RUA SÃO VICENTE, 127 - SÃO VICENTE BAYBOX PB 58309-040	06/2018	
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA	ESGOTO
		LIGADO	POTENCIAL

## ÚLTIMOS CONSUMOS

05/2018	-	10	04/2018 - 10
03/2018	-	10	02/2018 - 10
01/2018	-	10	12/2017 - 10
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	C.D. ADITIVAR	
1	10	M 5 10	

LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
ANTERIOR	ATUAL	(M <sup>3</sup> ) DIAS (M <sup>3</sup> )
	10	
	X <sup>3</sup>	

## DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

## CONSUMO POR FAIXA

## VALOR R\$

ÁGUA RESIDENCIAL COM UNICÔDE CONSUMO DE ÁGUA	10 X3	37,91
	SABENI SEGURADORA S/A 03 JUL 2018 RECEBIDO	

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, LCI e FII de 2018. R\$ 1,51

TOTAL R\$ 37,91

QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM FOGO SANTO"

DECLARAMOS QUE EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 120007/09

## INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 06/2018

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	3,00	Cor Aparente	5,00	Bact. Enterotróficas		Colif. Totais	
Cloro(mg/L)	1,50	P.H.	8,70	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 29/06/2018



Nº FICHA: 00614643001

INSCRIÇÃO  
002.007.035.0708.000FATURA  
06/2018NÃO RECEBER APÓS  
31/07/2018

GRUPO: 200

FIRMA: 2

82620000000-6 37910010002-1 00614643001-9 06201870003-9

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JONIYS BATISTA ESTRELA

RG nº 05813775232 data de expedição 30/06/14,  
Órgão DETRAN-PB, portador do CPF nº 009.323.164-95, com  
domicílio na cidade de Belo Horizonte, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua São Vicente, nº \_\_\_\_\_,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Josélio Lima Pereira, cujo o condutor era  
Josélio Lima Pereira.

Veículo: YAMAHA XMAX XTZ250

Modelo: 2010

Ano: 2010

Placa: NQA 4456 - PB

Chassi: 9LKG021040042506

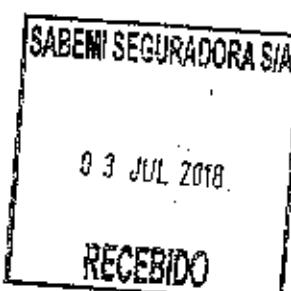
Data do Acidente: 12/07/17

Local e Data: João Pessoa, 26 de Junho de 2018



Xonrys Batista Estrela  
Assinatura do Declarante

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1020153 e PRONTUÁRIO nº 52734

PACIENTE: JUCELIO LIMA FERREIRA

DATA DE NASCIMENTO: 25.06.84

Data e Hora do Atendimento: 12.08.17

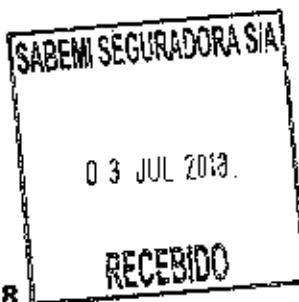
Horário: 23:31h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de dor e dificuldade de movimentação do membro inferior esquerdo. Atendido pelo Dr. Roberto Cavalcanti Ciraulo Junior CRM 4087, Dr. Luiz Portela CRM 6867, Dr. Gustavo F. Mendonça CRM 6738.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO COLO DO FEMUR CID 10 S 72 0**

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx de tórax AP e Perfil, Rx da coxa esquerda AP e Perfil, Rx da perna esquerda AP e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 25.09.17 com artroplastia total do quadril com retirada de material de síntese e tratamento cirúrgico de pseudoartrose do trocanter maior do fêmur.

**ALTA HOSPITALAR: 03.10.17**



Dr. Glender Tercio G. G. da Trindade  
Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9 / CRM- 3920

Data da Emissão: 16.01.18

Dr. Glender Tercio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9 / CRM- 3920

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

**Nome do paciente**

Jucélia Leina Ferreira

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
06/01/17	10:00	<p><u>Psicologia</u></p> <p>Paciente evolui consciente, orientado, estando emocional e humor estáveis. Sigue aguardando de por alegria e repara estar bem. Realiza os aspectos psicológicos.</p> <p>Mariel Vieira D. de Lima Psicóloga Clínica Cognitivo-Comportamental Especialista em Neuropsicologia CRM-SP 13.6167</p>
13/01/17	10:35	<p><u>Psicologia</u></p> <p>Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Sem queixas no momento</p> <p>Lúcio Luiz Gutemberg Teixeira PSICÓLOGO 5023113</p>



## **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**



BE/PRONTUÁRIO

**Nome do paciente**

*Fucellia laima* Fenzl

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
23/07/17	10:00	<p>Psicologia</p> <p>Paciente no momento evoluí consciente, orientado, emocionalmente estável, sem queixas.</p> <p>Realizado apoio psicológico.</p> <p>Maria Alice <sup>Maia D. de Lima</sup> Psicóloga Clínica Cognitivo-Comportamental Cognitivo-Neuropsicológica Especialista em Neuropsicologia CAP 13/6167</p>
21.09.17	10.20	<p>Psicologia</p> <p>Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Sem queixas no momento.</p> <p> Luiz Gutemberg Teixeira PSICÓLOGO 5023/13</p>

**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

Anop

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Htop

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Juvelio Lamea Ferreira

8 - N° DO PRONT. ÁRIO  
1020153

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

10 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
DO TELEFONE

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

15 - CEP

**17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)****MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. 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

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

(M) 01 Colota Met. plástica Micro 52 mm  
 01 Liner p/ catáculo Micro 30 mm  
 01 Tabuc. Int. 100 longo 28 mm  
 01 Parafuso espinhos 25 mm  
 01 Parafuso espinhos 35 mm  
 01 Haste terminal 10 mm

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CNS

CPF

DR. GILSON

DRA. CLAUDIA

CONSELHO

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Enélio Lino FilhoIdade: 53 Sexo:  Masculino  Feminino

D1091-7

Clínica/Setor: Cirúrgica

EMP:

LR:

Cirurgia: Ressecção total da gânglio epípede + RBS laringe + trat. cirúrgico paralização do laringo maiorCirurgião: Doutor Gustavo 1º Assistente: Doutor Leonardo2º Assistente: Doutor Guedes3º Assistente: 

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesista: José BatistaTipo de Anestesia: Raios + geral Horário: Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pos-Operatório		CID
<u>Ressecção do tecido maior</u>		
<u>+ Enfermaria ralo do laringe</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção total da gânglio epípede +</u>	
<u>RBS laringe + trat. cirúrgico paral.</u>	
<u>Ressecção do tecido maior</u>	
<u>do laringe</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não: Descrição: \_\_\_\_\_Biópsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

 Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato CirúrgicoDr. Gustavo F. Mendes  
Ortopedista / Cirurgião  
Luz de Amor

João Pessoa, 25/09/12

Nota de Sala Cirúrgica

8

NOME DO PACIENTE:	Juálio Lima Ferreira			DATA:	10/2015 3
IDADE:	33	SEXO:		PROTÓTIPO:	
CIRURGIA:	Enfat. colo ferren / Protes. Total + Retinada Nefrof de Cântero.				
CIRURGÃO:	Dr. Gustavo				
ANESTESIA:	náqui				
ANESTESISTA:	Dr. Lucas + Valéria				
INSTRUMENTADOR:	Júlio Santos + Everton				
DATA:	25/9/15	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO:	09:45	CIRURGIA: INICIO:	15:20
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA I (SAÚDE) / ASA II (ASA 1) / ASA III (ASA 2)					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA (1) / CONTAMINADA (2) / INFECTADA (3) / PO. ENTRALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOSÁRICA	1	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPÉRIDOL		KIT EST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	30
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	
FEVOBARBITAL		ÁLCOOL STÍLICO 70%	1	LÂMINA BISTURI Nº15	
FENTANILA	1	PVP DEGERMANTE	1	LÂMINA BISTURI Nº23	
FLUMAZENIL		PVP TINTURA	1	LÂMECA BISTURI Nº24	
ISOFLURANO		PVP TOPICO		LÂMADA DE DESMÁTOMO	
LEVOSUPRAVACAÍNA C/VASO		SABÃO ANTISEPÉTICO		LÂMINA DE EXERTO	
LEVOSUPRAVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	20
LIDOCAÍNA C/VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº2,0	
LIDOCAÍNA S/VASO		AGULHA 25X0,07	2	LUVA ESTÉRIL Nº3,0	20
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X0,8		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
MORFINA	0,25	AGULHA 40X12	1	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	1
NEBBUX		AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRÚRGICA	1
RANCURÓSTIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	
PETDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFORADOR DE SORO	
PROPORFOL	F	AGULHA RAQUÍ Nº25G		SCALP Nº19	
RAMIPENTANILA		AGULHA RAQUÍ Nº26G		SCALP Nº21	
ROCLUTÔXIO		AGULHA RAQUÍ Nº27G		SERINGA 3ML	
SEVOFLURANO	1	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERRINGA SME	1
SUDAXMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	SERRINGA 10ML	1
TIOPENTAL		ATADURA DESSADA		SERRINGA 20ML	1
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA		CÂSTULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA DÉSTILADA	2	CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	1
ATROPINA	1	CATETER EMBOLÉC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
CEFAZOLINA	2g	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIPRONE SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
EFDORÍNA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LÔNGA	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDA URETRAL Nº	
Glicose 50% Cloramina	1	COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TÓRNÉIRINHA	
GLUCONATO DE CALCIO		DREN. DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	80
HIDROCORTISONA		DREN. DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LIDOCAYNA GELEIA		ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDASENTRÔNA		EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	
PLÁSIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE	ETB CAD 25	ETB CAD 25	01
PROSTIGMINE	1	EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA	1	ESPONJA DE PVP		FIOS	QTD.
TENOXICAN		ESPADRAGO		FIO ALGODÃO SIA Nº	
		GAZES	2	FIO ALGODÃO SIA Nº	
		GAZES ALGOPOADAS		FIO ALGODÃO CIA Nº	
		GEL ELETROLÍTICO	1	FIO ALGODÃO CIA Nº	
		JELCO Nº14		FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16	60 de aev	FOCO CENTRAL	
				MICROSCOPIO	
				TOXMÉTRICO DE PULSO	
				TOXA. INVASIVA/NO INVASIVA	
				PERFURADOR ELÉTRICO	
				TERREIRA	
				CIRCULANTE	

OBS: Padrão mantido de Anestesia

Posição de paciente

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 25.09.13

PRONTUÁRIO: 1020153

PACIENTE: <u>Júlio Lima Pereira</u>			SEXO: <u>M</u>	COR: <u>BR</u>	IDADE: <u>33 anos</u>
PRESSÃO ARTERIAL <u>140x80</u>	PULSO <u>82</u>	RESPIRAÇÃO <u>12</u>	TEMPERATURA <u>36,5</u>	PESO <u>70</u>	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO				
EXAMES COMPLEMENTARES <u>ver PRONTUÁRIO I.</u>			<u>análise de sangue + urina</u>		
AP. RESPIRATÓRIO <u>N&amp;V em ambos lados</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>OK</u>			
AP. DIGESTIVO <u>Enjóis</u>	ESTADO MENTAL <u>Orientado</u>		DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA <u>benzodiazepínicos + fentanyl 0,01</u>					ESTADO FÍSICO (ASA) <u>I</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de colo do fêmur E</u>					
CIRURGIA REALIZADA <u>Retirada de material da sinfise + prótese total de quadril</u>					
CIRURGIÃO <u>Dra. Graciane</u>	AUXILIARES <u>Enfermeiros</u>				
INÍCIO DA ANESTESIA <u>13:00h</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>15:00h</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>2h</u>		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES R.B.		
ANESTESISTA <u>Dra. Juciá Barista</u>	CPF		CRM-PB		

13:00h	13:00h	13:00h	14:00h	15:00h	
OT					
N <sub>2</sub> O					
U. DADOS VENOSOS	500ml se	500ml se	500ml se	500ml se	500ml se 0,9%
O <sub>2</sub>	500ml	500ml	500ml	500ml	500ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 250 ml	250 ml	250 ml	250 ml	250 ml	250 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 125 ml	125 ml	125 ml	125 ml	125 ml	125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 62,5 ml	62,5 ml	62,5 ml	62,5 ml	62,5 ml	62,5 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 31,25 ml	31,25 ml	31,25 ml	31,25 ml	31,25 ml	31,25 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 15,625 ml	15,625 ml	15,625 ml	15,625 ml	15,625 ml	15,625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 7,8125 ml	7,8125 ml	7,8125 ml	7,8125 ml	7,8125 ml	7,8125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 3,90625 ml	3,90625 ml	3,90625 ml	3,90625 ml	3,90625 ml	3,90625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 1,953125 ml	1,953125 ml	1,953125 ml	1,953125 ml	1,953125 ml	1,953125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,9765625 ml	0,9765625 ml	0,9765625 ml	0,9765625 ml	0,9765625 ml	0,9765625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,48828125 ml	0,48828125 ml	0,48828125 ml	0,48828125 ml	0,48828125 ml	0,48828125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,244140625 ml	0,244140625 ml	0,244140625 ml	0,244140625 ml	0,244140625 ml	0,244140625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,1220703125 ml	0,1220703125 ml	0,1220703125 ml	0,1220703125 ml	0,1220703125 ml	0,1220703125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,06103515625 ml	0,06103515625 ml	0,06103515625 ml	0,06103515625 ml	0,06103515625 ml	0,06103515625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,030517578125 ml	0,030517578125 ml	0,030517578125 ml	0,030517578125 ml	0,030517578125 ml	0,030517578125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,0152587890625 ml	0,0152587890625 ml	0,0152587890625 ml	0,0152587890625 ml	0,0152587890625 ml	0,0152587890625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00762939453125 ml	0,00762939453125 ml	0,00762939453125 ml	0,00762939453125 ml	0,00762939453125 ml	0,00762939453125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,003814697265625 ml	0,003814697265625 ml	0,003814697265625 ml	0,003814697265625 ml	0,003814697265625 ml	0,003814697265625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,0019073486328125 ml	0,0019073486328125 ml	0,0019073486328125 ml	0,0019073486328125 ml	0,0019073486328125 ml	0,0019073486328125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00095367431640625 ml	0,00095367431640625 ml	0,00095367431640625 ml	0,00095367431640625 ml	0,00095367431640625 ml	0,00095367431640625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,000476837158203125 ml	0,000476837158203125 ml	0,000476837158203125 ml	0,000476837158203125 ml	0,000476837158203125 ml	0,000476837158203125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,0002384185791015625 ml	0,0002384185791015625 ml	0,0002384185791015625 ml	0,0002384185791015625 ml	0,0002384185791015625 ml	0,0002384185791015625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00011920928955078125 ml	0,00011920928955078125 ml	0,00011920928955078125 ml	0,00011920928955078125 ml	0,00011920928955078125 ml	0,00011920928955078125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,000059604644775390625 ml	0,000059604644775390625 ml	0,000059604644775390625 ml	0,000059604644775390625 ml	0,000059604644775390625 ml	0,000059604644775390625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,0000298023223876953125 ml	0,0000298023223876953125 ml	0,0000298023223876953125 ml	0,0000298023223876953125 ml	0,0000298023223876953125 ml	0,0000298023223876953125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00001490116119384765625 ml	0,00001490116119384765625 ml	0,00001490116119384765625 ml	0,00001490116119384765625 ml	0,00001490116119384765625 ml	0,00001490116119384765625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,000007450580596923828125 ml	0,000007450580596923828125 ml	0,000007450580596923828125 ml	0,000007450580596923828125 ml	0,000007450580596923828125 ml	0,000007450580596923828125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,0000037252902984619140625 ml	0,0000037252902984619140625 ml	0,0000037252902984619140625 ml	0,0000037252902984619140625 ml	0,0000037252902984619140625 ml	0,0000037252902984619140625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00000186264514923095703125 ml	0,00000186264514923095703125 ml	0,00000186264514923095703125 ml	0,00000186264514923095703125 ml	0,00000186264514923095703125 ml	0,00000186264514923095703125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,000000931322574615478515625 ml	0,000000931322574615478515625 ml	0,000000931322574615478515625 ml	0,000000931322574615478515625 ml	0,000000931322574615478515625 ml	0,000000931322574615478515625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,0000004656612873077392578125 ml	0,0000004656612873077392578125 ml	0,0000004656612873077392578125 ml	0,0000004656612873077392578125 ml	0,0000004656612873077392578125 ml	0,0000004656612873077392578125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00000023283064365386962890625 ml	0,00000023283064365386962890625 ml	0,00000023283064365386962890625 ml	0,00000023283064365386962890625 ml	0,00000023283064365386962890625 ml	0,00000023283064365386962890625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,000000116415321826934814453125 ml	0,000000116415321826934814453125 ml	0,000000116415321826934814453125 ml	0,000000116415321826934814453125 ml	0,000000116415321826934814453125 ml	0,000000116415321826934814453125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,0000000582076609133474072265625 ml	0,0000000582076609133474072265625 ml	0,0000000582076609133474072265625 ml	0,0000000582076609133474072265625 ml	0,0000000582076609133474072265625 ml	0,0000000582076609133474072265625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,000000029103830456673703613125 ml	0,000000029103830456673703613125 ml	0,000000029103830456673703613125 ml	0,000000029103830456673703613125 ml	0,000000029103830456673703613125 ml	0,000000029103830456673703613125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,0000000145519152283368518065625 ml	0,0000000145519152283368518065625 ml	0,0000000145519152283368518065625 ml	0,0000000145519152283368518065625 ml	0,0000000145519152283368518065625 ml	0,0000000145519152283368518065625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,000000007275957614168425903125 ml	0,000000007275957614168425903125 ml	0,000000007275957614168425903125 ml	0,000000007275957614168425903125 ml	0,000000007275957614168425903125 ml	0,000000007275957614168425903125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,0000000036379788070842129515625 ml	0,0000000036379788070842129515625 ml	0,0000000036379788070842129515625 ml	0,0000000036379788070842129515625 ml	0,0000000036379788070842129515625 ml	0,0000000036379788070842129515625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00000000181898940354210647578125 ml	0,00000000181898940354210647578125 ml	0,00000000181898940354210647578125 ml	0,00000000181898940354210647578125 ml	0,00000000181898940354210647578125 ml	0,00000000181898940354210647578125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,000000000909494701772053237890625 ml	0,000000000909494701772053237890625 ml	0,000000000909494701772053237890625 ml	0,000000000909494701772053237890625 ml	0,000000000909494701772053237890625 ml	0,000000000909494701772053237890625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,0000000004547473508860266189453125 ml	0,0000000004547473508860266189453125 ml	0,0000000004547473508860266189453125 ml	0,0000000004547473508860266189453125 ml	0,0000000004547473508860266189453125 ml	0,0000000004547473508860266189453125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00000000022737367544301330947578125 ml	0,00000000022737367544301330947578125 ml	0,00000000022737367544301330947578125 ml	0,00000000022737367544301330947578125 ml	0,00000000022737367544301330947578125 ml	0,00000000022737367544301330947578125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00000000011368683772150665472378125 ml	0,00000000011368683772150665472378125 ml	0,00000000011368683772150665472378125 ml	0,00000000011368683772150665472378125 ml	0,00000000011368683772150665472378125 ml	0,00000000011368683772150665472378125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00000000005684341886075332736890625 ml	0,00000000005684341886075332736890625 ml	0,00000000005684341886075332736890625 ml	0,00000000005684341886075332736890625 ml	0,00000000005684341886075332736890625 ml	0,00000000005684341886075332736890625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,0000000000284217094303766636847578125 ml	0,0000000000284217094303766636847578125 ml	0,0000000000284217094303766636847578125 ml	0,0000000000284217094303766636847578125 ml	0,0000000000284217094303766636847578125 ml	0,0000000000284217094303766636847578125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,000000000014210854715188331842378125 ml	0,000000000014210854715188331842378125 ml	0,000000000014210854715188331842378125 ml	0,000000000014210854715188331842378125 ml	0,000000000014210854715188331842378125 ml	0,000000000014210854715188331842378125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,000000000007105427257594166921890625 ml	0,000000000007105427257594166921890625 ml	0,000000000007105427257594166921890625 ml	0,000000000007105427257594166921890625 ml	0,000000000007105427257594166921890625 ml	0,000000000007105427257594166921890625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00000000000355271362879708450947578125 ml	0,00000000000355271362879708450947578125 ml	0,00000000000355271362879708450947578125 ml	0,00000000000355271362879708450947578125 ml	0,00000000000355271362879708450947578125 ml	0,00000000000355271362879708450947578125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00000000000177635681439854225472378125 ml	0,00000000000177635681439854225472378125 ml	0,00000000000177635681439854225472378125 ml	0,00000000000177635681439854225472378125 ml	0,00000000000177635681439854225472378125 ml	0,00000000000177635681439854225472378125 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,00000000000088817840719927112236890625 ml	0,00000000000088817840719927112236890625 ml	0,00000000000088817840719927112236890625 ml	0,00000000000088817840719927112236890625 ml	0,00000000000088817840719927112236890625 ml	0,00000000000088817840719927112236890625 ml
● CLORETO DE SÓDIO 0,9% 0,0000000000004440892035996855611842378125 ml	0,0000000000004440892035996855611842378125 ml	0,0000000000004440892035996855611842378125 ml	0,0000000000004440892035996855611842378125 ml	0,000000000000444089203599685561	

## 1 - RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

- Paciente + Anestesiado - Macfásis c/ extensão esternal
- Paciente em decúbito lateral esquerdo

## Incisão:

- Via de acesso pleural lateral
- + Via de acesso lateral c/ distal da costela diagonal

## Achados:

- Rendimentos pleurais maiores do que o normal
- Canal peritoneal fechado

## Conduta:

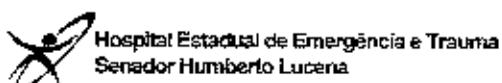
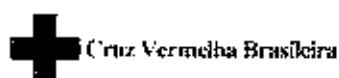
- Realizado sondagem gástrica e remoção de conteúdo
- Tumor de cisto bister, mac, crescido int. 50 + cm perifílico exoftônico
- + Liver engrossado 320 g
- Realizado fistula de gástrica com catéter + 6% placa Dif de ferma
- Realizado fístula de gástrica para drenar o conteúdo do bário no interior da m? 10.

## Fechamento:

- Realizado cirurgia de lâminas
- + incisão + reologia da quadril D
- + fechamento estabilizado
- + fechamento por planos

## Observação:

Et falso drenar sangue



## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JUCELIO LIMA FERREIRA</b>	BAE <b>1020153</b>	Data/Hora Entrada <b>12/08/2017 23:31:25</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>25/06/1984</b>	Idade <b>33</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987364822</b>
Mãe <b>FRANCISCA MARIA LIMA FERREIRA</b>			Prontuário <b>52734</b>
Endereço <b>SÃO VICENTE, 1145</b>	Bairro <b>IMACULADA</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ROBERTO CAVALCANTI CIRAUOL JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>4087/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>12/08/2017 23:31:25</b>		Data/Hora Prescrição <b>12/08/2017 23:50:05</b>	

**Anamnese**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO(SIC). TRAZIDO PELO RESGATE. AO EXAME: TÓRAX E ABDÔMEN SEM ALTERAÇÕES. CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, ACIANÓTICO, DOR E DIFICULDADE AO MOVER O MIE.

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 12/12H

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

*COXA ESQUERDA*

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

**CID10**

Código	Descrição
S72.0	Fratura do colo do fêmur

**Conduta**

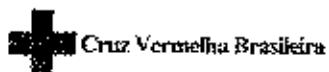
Em observação

Roberto Cirauol Junior

Cirurgia Geral

CRM 4087

ROBERTO CAVALCANTI CIRAUOL JUNIOR  
(4087/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 2458278 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO  
HENRIQUE ARRUDA  
RAMALHO  
Em: 18/08/2017 13:10:36

Paciente <b>JUCELIO LIMA FERREIRA</b>	Boletim de Atendimento <b>1020153</b>	Data/Hora Entrada <b>12/08/2017 23:31:25</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>25/06/1984</b>	Idade <b>33</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Prontuário <b>52734</b>
Tempo de Internação <b>5d 2h 43min</b>	Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>

### Evolução do Paciente (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 18/08/2017 13:10:30)

#### **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

#### **Descrição da Evolução:**

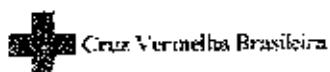
**FRAT COLO DO FEMUR**

**PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, COM EXAMES PRÉ OP OK  
AGUARDA RISCO CIRÚRGICO.**

Leito: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 01  
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149

João Henrique Ramalho  
Ortopedia  
Artroscopia do Ombro  
CRM 7149 / TECT 1374



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Impresso por: EDSON  
DELGADO TINOCO  
Em: 17/08/2017 12:01:54

Paciente <b>JUCELIO LIMA FERREIRA</b>	Boletim de Atendimento <b>1020153</b>	Data/Hora Entrada <b>12/08/2017 23:31:25</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>25/06/1984</b>	Idade <b>33</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Prontuário <b>52734</b>
Tempo de Internação <b>4d 1h 34min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	

## Evolução do Paciente (EDSON DELGADO TINOCO - 17/08/2017 11:22:33)

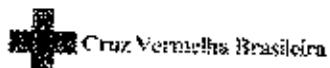
### Evolução do Paciente

Descrição da evolução:

FRAT COLO DO FEMUR  
PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, COM EXAMES PRÉ OP OK  
AGUARDA RISCO CIRÚRGICO.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 01  
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 6121221 - Tel.:

Impresso por: TORIBIO  
GOMES PEREIRA  
Em: 15/08/2017 08:00:51

Paciente <b>JUCELIO LIMA FERREIRA</b>	Boletim de Atendimento <b>1020153</b>	Data/Hora Entrada <b>12/08/2017 23:31:25</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>25/08/1984</b>	Idade <b>33</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Tempo de Internação <b>1d 21h 33min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Prontuário <b>152734</b>	Plano <b>DIURNO</b>

## Evolução do Paciente (TORIBIO GOMES PEREIRA - 15/08/2017 08:00:36)

### Evolução do paciente

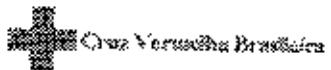
#### Descrição da evolução:

FRAT COLO DO FEMUR  
PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, AGUARDA EXAMES.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 01  
Profissional responsável pela informação: TORIBIO GOMES PEREIRA

Dr. Toribio Gomes Pereira  
Médico de Reumatologia  
Centro de Reabilitação  
CRM 6350

Número Conselho: 6350



Hospital Estadual da Emergência e Trauma  
Senador Nicanor Duarte



AV. CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO  
RABELO

Em: 14/08/2017 07:45:31

Paciente	Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JUCELIO LIMA FERREIRA	1020153	12/08/2017 23:31:25	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Prontuário
25/06/1984	33	Masculino	52734
Tempo de Internação		Convênio	Plantão
21h 16min		SUS	DIURNO

## Evolução do Paciente (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 14/08/2017 07:45:26)

### Evolução do Paciente

#### Descrição da Evolução:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, AGUARDA EXAMES.

Setor: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 01  
Professional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES



## MAIORES E CAPAZES

## DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Jucelino Lima FerreiraBE: 1000153

## II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados, integrantes da Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

## III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.



# TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES



**Artigo 11 -** Após a alta médica, o paciente deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

**Artigo 12 -** Após a internação a família do paciente ou o seu representante legal deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

**Artigo 13 -** O paciente ou o seu representante legal os profissionais da saúde do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

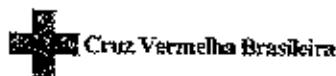
**Observações:** .....

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 19.08.2012

Paciente – RG

Giselle Kallione R. Nascimento 3127487  
Representante Legal – RG



AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1020153



### Identificação do paciente

ID 252904	Nome <b>JUCELIO LIMA FERREIRA</b>			Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33 anos 9 meses 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 52734
Mãe <b>FRANCISCA MARIA LIMA FERREIRA</b>	Pai <b>JOSE FERREIRA DOS SANTOS</b>			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>A ESPOSA - GISELE KALYANE RODRIGUES - ESPOSO(A)</b>			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987864822	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3201331	Nº Cns 708005368239327		
Local de procedência BAYEUX	Tipo <b>MUNICÍPIO</b>		UF PB	
Email	Naturaldade <b>BARRA DE SANTA ROSA</b>	CBOR		

### Endereço

CEP 58309010	Município de residência <b>BAYEUX</b>	UF PB	Logradouro <b>SÃO VICENTE</b>
Número 1145	Complemento Bairro <b>IMACULADA</b>		

### Admissão

Data e Hora 12/04/2017 23:31:25	Número da pulseira <b>1000006194115</b>	Convênio SUS
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RODOVIA</b>	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEÍCULO X MOTO</b>

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte <b>CORPO DE BOMBEIROS</b>	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

### Exames complementares

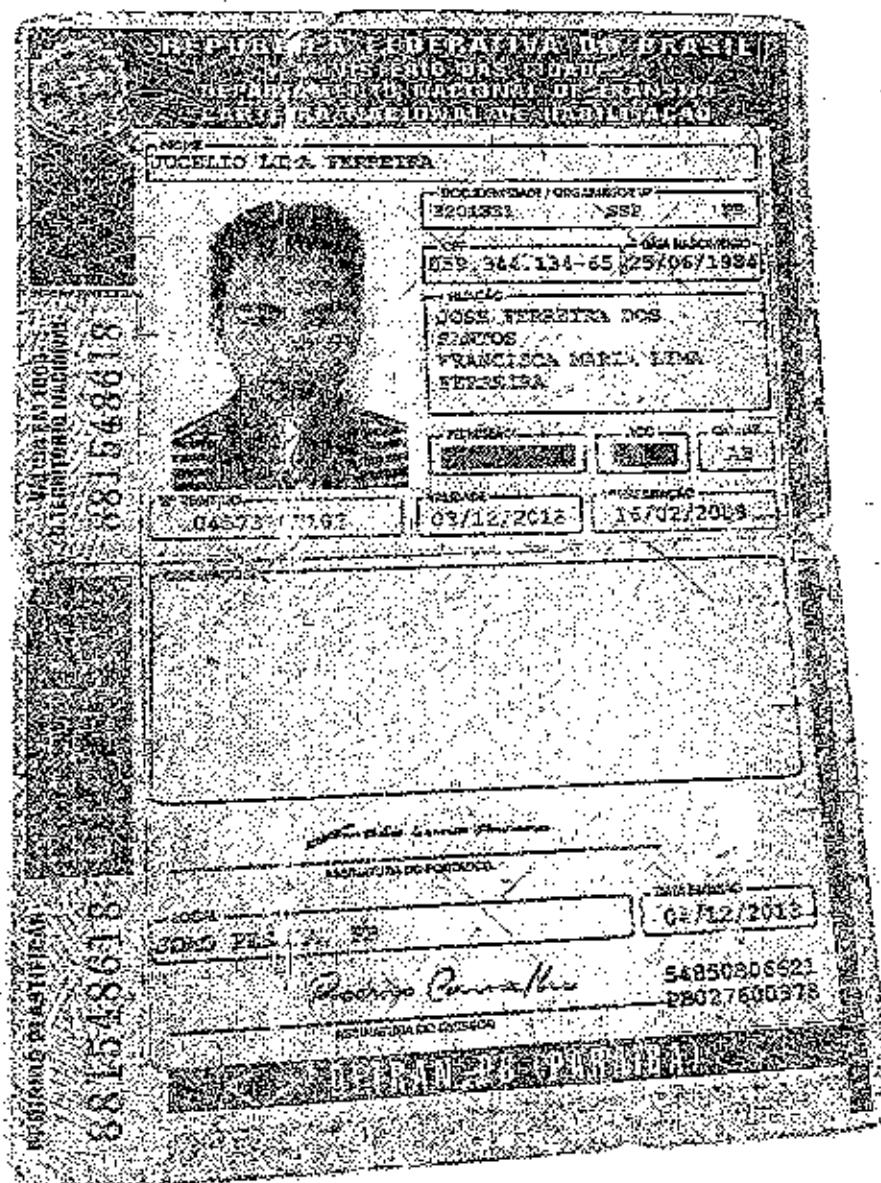
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por <b>THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA</b>						Tempo 08seg

SABEMI SEGURADORA S/A

03 JUL 2018

RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A

03 JUL 2016

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N° 012824884187  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO  
MOTOCICLETA  
CÓD. REVENDEDOR 0150000187911 EXERCÍCIO 2016  
00217711925 00/00000000 2016

NOME: JONYS BATISTA ESTEVÃO

CHASSI: 01932318495

PLACA: MZA4456/PB

CLASSE: NOVO COR: MCENG0210A0042506

ESPECIE TIPO: PAS/MOTO/CICLE/NAO ELET

COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: YAMAHA/LANDER XTZ250

ANO FAB.: 2010 ANO REG.: 2010

CAP/POV/OL: 2 2/249 /CT

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: PRETA

CÓDIGO UNICA:

VENC. COTA UNICA:

VENC. COTAS:

TEVA PAGO EM:

08/11/2016

1

PAG A IPVA:

PARCELAMENTO/COTAS:

2

\*\*\*VALOR:

VALOR:

3

PRÉMIO TAN PAGO (R\$) JCF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEURO PAGO 05/07/2016

OBSERVAÇÕES:

SEM RESERVA DE DOMINIC

BATEUX - PB

LOCAL:

DATA:

19/09

17/11/2016

00886

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180305060  
Vítima: JUCELIO LIMA FERREIRA

Cidade: Bayeux  
Data do acidente: 12/08/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do colo do fêmur E

**Descrição do exame** ACIDENTE EM 12-08-2017.

**médico pericial:** AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM COXA ESQUERDA ,COM MACHA CLAUDICANTE . LIMITAÇÃO DE 75% DE ROTAÇÃO INTERNA/ ROTAÇÃO EXTERNA / ABDUÇÃO / ADUÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO . FAZ USO DE ANALGÉSICOS .

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO ARTROPLASTIA TOTAL E RECEBEU ALTA EM 03-10-2017.  
FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do quadril esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso do quadril E devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Umberto Jansen de Moraes Lima

**CRM do médico:** 5769

**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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

**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: **3180305060**

Nome do(a) Examinado(a): **JUCELIO LIMA FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua São Vicente, 127 - Imaculada - Bayeux - PB - CEP 58309-040**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3201331**

Data e local do acidente: [ **12/08/2017** ] **BAYEUX -PB**

Data e local do exame: [ **08/10/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fx do colo do femur E*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*ACIDENTE EM 12-08-2017 AO EXAME :PRESENÇA DE CICATIZ LATERAL EM COXA ESQUERDO ,COM MACHA CLAUDICANTE . LIMITAÇÃO DE 75% DE RI/RE/ABDUÇÃO /ADUÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO . FAZ USO DE ANALGÉSICOS .*

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*REALIZADO ARTROPLASTIA TOTAL E RECEBEU ALTA EM 03-10-2017 FEZ FISIOTERAPIA*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*LIMITAÇÃO MOTORA E MACHA*

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

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, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**QUADRIL ESQUERDO**

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180305060  
Vítima: JUCELIO LIMA FERREIRA

Cidade: Bayeux  
Data do acidente: 12/08/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCOLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180305060  
Vítima: JUCELIO LIMA FERREIRA

Cidade: Bayeux  
Data do acidente: 12/08/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

## ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180305060      **Cidade:** Bayeux      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUCELIO LIMA FERREIRA      **Data do acidente:** 12/08/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO. EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

## 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

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180305060  
Vítima: JUCELIO LIMA FERREIRA

Cidade: Bayeux  
Data do acidente: 12/08/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do colo do fêmur E

**Descrição do exame** ACIDENTE EM 12-08-2017.

**médico pericial:** AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM COXA ESQUERDA ,COM MACHA CLAUDICANTE . LIMITAÇÃO DE 75% DE ROTAÇÃO INTERNA/ ROTAÇÃO EXTERNA / ABDUÇÃO / ADUÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO . FAZ USO DE ANALGÉSICOS .

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO ARTROPLASTIA TOTAL E RECEBEU ALTA EM 03-10-2017.  
FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do quadril esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso do quadril E devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Umberto Jansen de Moraes Lima

**CRM do médico:** 5769

**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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180305060  
Vítima: JUCELIO LIMA FERREIRA

Cidade: Bayeux  
Data do acidente: 12/08/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do colo do fêmur E

**Descrição do exame** ACIDENTE EM 12-08-2017.

**médico pericial:** AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ LATERAL EM COXA ESQUERDA ,COM MACHA CLAUDICANTE . LIMITAÇÃO DE 75% DE ROTAÇÃO INTERNA/ ROTAÇÃO EXTERNA / ABDUÇÃO / ADUÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO . FAZ USO DE ANALGÉSICOS .

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO ARTROPLASTIA TOTAL E RECEBEU ALTA EM 03-10-2017.  
FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do quadril esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso do quadril E devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Umberto Jansen de Moraes Lima

**CRM do médico:** 5769

**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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238536/18

Número do Sinistro: 3180305060

Vítima: JUCELIO LIMA FERREIRA

Data do acidente: 12/08/2017

CPF: 059.344.134-65

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JUCELIO LIMA FERREIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/09/2018  
Nome: JUCELIO LIMA FERREIRA  
CPF: 059.344.134-65

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

---

JUCELIO LIMA FERREIRA

---

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO