

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11604788

A/C: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170477874 ASL-0335810/17
Vitima: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA
Data Acidente: 24/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2017

Carta nº: 11619217

A/C: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

Sinistro: 3170477874 ASL-0335810/17
Vítima: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA
Data Acidente: 24/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11710471

A/C: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

Sinistro: 3170477874 ASL-0335810/17
Vítima: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA
Data Acidente: 24/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 000000002179-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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



Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____

CAM _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.381.413 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 07/08/12

CPF 0174966194-9 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Recusou

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta on-line da RECEITA FEDERAL em www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SIsDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com a agência digitalizada/scan'ner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BR, DESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2348 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 02179-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Lessa, 02 de Agosto de 2017

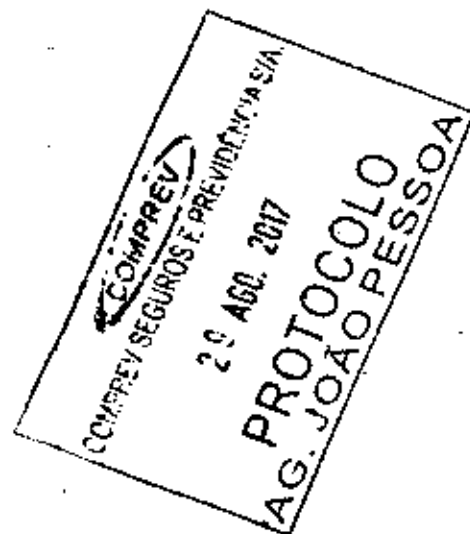
LOCAL E DATA

[Assinatura]
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Joelson Pedro Jose da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Gomes Vieira, 178
Vila Nova Santa Rita PB CEP: 58300-970
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3881413
Data local do exame: [15/09/2017] Joao 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)
**FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUADRIL ESQUERDO, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO QUADRIL ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**
- 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?
(☒) 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?
(☒) 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.
**EVOLUI COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO QUADRIL ESQUERDO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
Data da alta: 15/01/2017.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSINTESE COM PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA, RESULTADOS INSATISFATÓRIOS.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) 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.
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO QUADRIL ESQUERDO, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR 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" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| MEMBRO INFERIOR - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 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.

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


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Seccional De Polícia Civil
Delegacia Distrital de Santa Rita



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

Boletim de ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00083.01.2017.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00083.01.2017.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:17 horas do dia 13 de janeiro de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Antônio Alvares de Farias, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu Joelson Pedro José da Silva, RG nº 3881413 SSDS/PB, CPF nº 017.966.194-93, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Refrigeração, filho(a) de Joselma Maria da Silva e Josué Pedro José Neto, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 13/04/1996 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Gomes Vieira, Nº 178, complemento CASA, bairro Varzea Nova, tendo como ponto de referência Perto da Igreja Católica, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98607-3097.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida João Machado, Perto da Novo Rumo Honda, João Pessoa/PB, ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/08/16 18:30h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

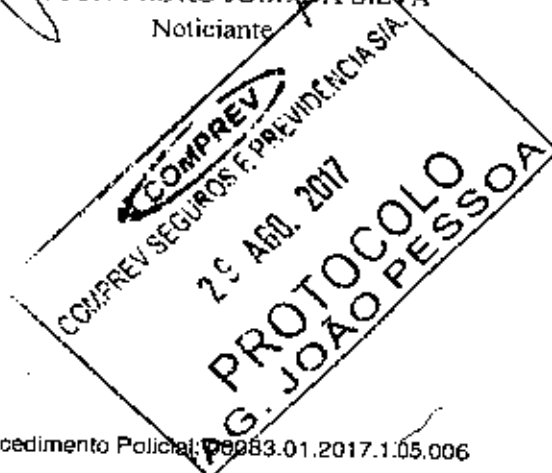
QUE voltava do trabalho de moto, pela Avenida João Machado, quando foi surpreendido por um indivíduo numa outra moto, que fazia uma manobra na contra mão e entrou na sua frente; QUE não conseguiu desviar e colidiu com a moto que fazia a manobra errada; QUE caiu e foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB; QUE foi diagnosticado com Fratura do colo do fêmur esquerdo, CID 10 S 72.0, conforme Laudo Médico do hospital, assinado pelo médico Dr. Berton Noronha Teixeira, CRM 2516/PB; QUE a moto que pilotava era do tipo SHINERAY XY 50Q PHOENIX, de placa Nº QFI 7514/PB, de cor preta, ano/modelo 2012/2013, chassi Nº LXYXCBL01D0527885, em nome de JOSUÉ PEDRO JOSE NETO, CPF 917.043.324-00.

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



Santa Rita/PB, 13 de janeiro de 2017.

JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00083.01.2017.1.05.006

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: 20/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000002179-5

Nr. da Autenticação 9FBCB6AE5D6331F7



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 JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 13/04/96
NOME DA MÃE JOSELMA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 942.736
Nº PRONTUÁRIO 97.138
DATA DO ATENDIMENTO 24/08/16
HORA DO ATENDIMENTO 18:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO COLO DO FEMUR E
CID 10 S 72.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), apresentando dor intensa em quadril E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da bacia
RX da bacia - AP
RX do quadril E - AP

TRATAMENTO:

Fratura do colo do femur E à TC e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Rafael Lara.

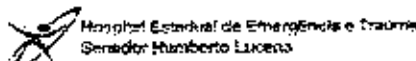
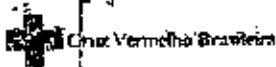
ALTA HOSPITALAR: 04/09/16
DATA DA EMISSÃO: 21/12/16



DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



ACOLHIMENTO, em -- CNEB: 123312 - Tel: --

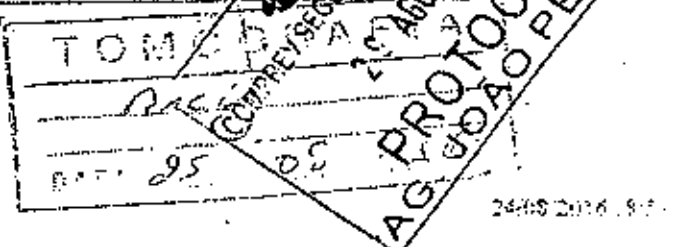
Boletim de Atendimento: 942736

RX



Identificação do paciente						
ID 1073989	Nome JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 13/04/1996	Idade 20 anos 4 meses 11 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NÃO INFORMADA	Profissão		
Mãe JOSE LIMA MARIA DA SILVA		Filho de JOSE PEDRO JOSE NETO				
Escolaridade NÃO INFORMADO		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)				
DDD Móvel 63	Fone Móvel 988072097	DDD Fixo		Fone Fixo		
Tipo documento NÃO INFORMADO		Número documento		Nº Cps		
Local de procedência JAGUARIBE		Tipo BAIRRO		UF PB		
Email		Naturalidade SANTA RITA		CBO/R		
Endereço						
CEP 58300199	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro JOÃO VIEIRA			
Número 179	Complemento	Bairro MUNICÍPIOS				
Admissão						
Data e Hora 24/08/2016 18:52:33	Número da pulseira 1000005488901	Convênio SUS				
Especialidade CLÍNICA GERAL		Clínica CLÍNICA TRAUMA E GERAL				
Classificação de risco		Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento URGENCIA		Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Flare de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tratou Não			
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Pressão				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados Clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA						

Imprimir



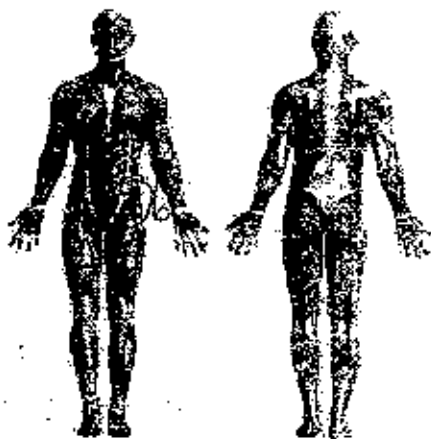
24/08/2016 18:52

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☒ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☒ Sim: 12:00h

LOCAL DA LESÃO

Identifique a lesão com o número
correspondente ao lado →



1. Amputação
2. Amputação
3. Amputação
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Ecchimo
8. Empalamento
9. Fratura sustentáculo
10. Estrangulamento
11. Equimose
12. F. Arma Branca
13. F. Arma de Fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Certo-Contuso
17. F. Perfuro-Contuso
18. F. Perfuro-Cortante
19. Fratura Óssea Fechada
20. Fratura Óssea Aberta
21. Hematoma
22. Injúria Nervosa
23. Laceração
24. Lesão Tendões
25. Luxação
26. Mordeçura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de isquemia
- 36.

GBS: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra de palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias☐ Ultrassonografia (FAST)☐ Tomografia computadorizada☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☐ Fígado sanguíneo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONSULTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Primeira Atendimento		
2	Exame físico - 1º grau - IAD - IV (2º grau - 1º grau)		
3	Exame físico - 2º grau - IAD - IV		
4	Exame físico - 3º grau - IAD - IV		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de Dr. Felipeàs 19:10 do dia 27/08/16

Solicito parecer de _____

às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA

OA

SAÍDA

HORAS

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (etc)☐ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Desistência☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ IML☐ SVO

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

8

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número 00

Paciente: Taísson Pedro Teófilo da Silva

Procedimento: Trat. Cirúrgico de prótese de coto de

SUS: () Não SUS ()

Médico: Dr. Rafael Lima

Reposição:

fimite

Prontuário:

Data: 02/09/16

Data:

02/09/16

Caixa Prontuário

DISPENSACÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
F.M.	Parapente 6.5 néo de 16 m	02		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

ASSINATURA DE OUTROS

FUNCI. 00000000



RELATÓRIO DE CIRURGIA

[Handwritten Signature]
HKTSHL

Nome: JOERSON PEDRO DOS BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 02/09/16

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: DR. NATHALIA 1º Assistente: DR. ELIOT SOITER

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: DR. ANDRÉ

Tipo de Anestesia: RAPI Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FRATURA DE CÔVULA DE FÊMUR (E)</u>	
<u>(Gartman II)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>OSTEOTOMIA DE CÔVULA DE FÊMUR</u>	

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

Biopsia de Congelamento: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

[Handwritten Signature]
Dra. Lára de Freitas
R. 100 e F. 100
P. 8784 T. 353

João Pessoa, 02/09/16

Médico/CRM: _____



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: ① 80H + Laxim flato ② 100I dg + Laxim
Incisão: Lateral Leptichil + 4cm
Achados: ① Partida de 1000 sem desvio (com desvio de 12)
Conduta: ① Anestesia + antiseptico ② Incisão conforme desenho ③ Exatidão movimento de 12 7.5mm ④ Fixação de 2 parafusos injetados 6.5mm avulso 16mm no 80 e 35 com compressão interfragmentária (sem parafusos e traço de fratura) ⑤ Controle no AP + perfil com parafusos paralelos e sem sobreposição ⑥ Lavagem com solução fisiológica ⑦ Sutura por plano Fechamento: ⑧ sutura selada
Observação: ① Partida sem desvio em relação ao eixo OBTAGO por causa do parafuso injetado nao se e com desvio secundario

Médico/CRM:

Dr. João de Freitas
CRM 012
03.878.123.456

João Pessoa 04/09/16



4472

DATA: 02/09/2016

PRONTUÁRIO:

942736

PACIENTE:	Jaelson Pedro José da Silva	DATUM: 06-11-2019	SEXO:	M	COR:	Bc	IDADE:	20a
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO			
ESTADO GERAL (✓) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	(✓) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO						
EXAMES COMPLEMENTARES De								
AP. RESPIRATÓRIO			AP. CIRCULATORIO de					
AP. DIGESTIVO			ESTADO MENTAL			DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO							ESTADO FÍSICO (ASA)	
DOSE/HORA							(P)	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DO CARO DE CERVIC								
CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO / DESOSSIFICAÇÃO								
CIRURGIÃO DR. RAFAEL LIMA								
INÍCIO DA ANESTESIA 16:30			TÉRMINO DA ANESTESIA 17:30			DURAÇÃO DA ANESTESIA 60'		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE OIL			VALORES R\$		
ANESTESISTA DR. ANDRÉ SOBRALHA			CRM-PQ			7779		

[illegible]

☐ ANESTESIA GERAL
 ☒ SAQUEDANA
 ☐ ENDOFLEXO
 ☐ SÓLO ANESTESIA
 ☐ OUTROS

PACIENTE: Rafaela

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

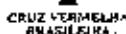
Medicamento	Dose	Observações
1. <u>Atracurium 15mg</u>	10	
2. <u>Propofol 100mg</u>	12	
3. <u>Chloraldrin 600mg</u>	13	
4. <u>Midazolam 0.2mg</u>	14	
5. <u>Fentanyl 0.5mg</u>	15	
6. <u>Bupivacaine 0.25%</u>	16	
7. <u>Desflurane 1.2%</u>	17	
8. <u>Oxycodone 50mg</u>	18	
9. <u>Alfentanil 0.2mg</u>	19	
10. <u>Alfentanil 0.2mg</u>	20	

☐ ANA
 ☐ ENFERMEIRA
 ☐ LTI
 ☒ RESIDUOS
 ☐ OUTROS

ASSINATURA DO ANESTESIOLOGO: [Signature]

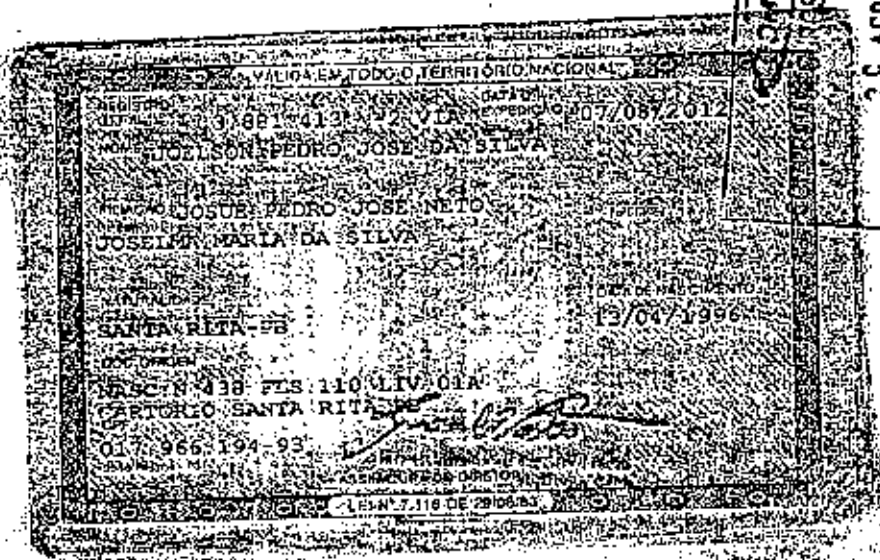
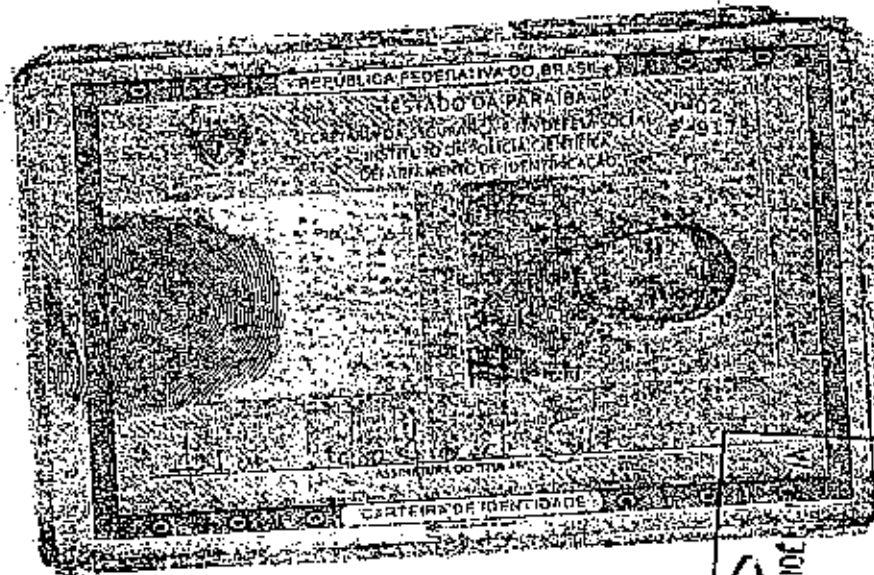
DATA: 10/05/2024

F (MS): 4534028

[illegible]

 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		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - COD. 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 - CID 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 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - QTD.
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTD.
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - QTD.
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO 02 Parafusos 6.5 mm x 16 mm para fixação.			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
☐ CNS ☐ CPF			
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		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			

Documentos de Identificacao



IMPRESSO E PREVIDE

29 AGO 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477874 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 24/08/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Colo do Fêmur esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no quadril esquerdo, claudicação da marcha, limitação de mobilidade articular do quadril esquerdo, deficit de força motora do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico osteossíntese com parafusos, fez fisioterapia, resultados insatisfatórios. Sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional moderada do MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477874 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 24/08/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR E NO QUADRIL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA QUANTO AS POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: