

---

**Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190441680**

**Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA**

**Data do Acidente: 25/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LEANDRO BATISTA DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190441680**

**Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA**

**Data do Acidente: 25/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LEANDRO BATISTA DE LIMA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **0248474/189** CPF da vítima: **04150416402** Nome completo da vítima: **Leonardo Batista da Lima**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPLEN. Nº 445/2017

Nome completo: **Leonardo Batista da Lima** CPF: **04150416402**  
Profissão: **Agente de TI** Endereço: **Sítio Buzo** Número: **519** Complemento:   
Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Alcantara** Estado: **PA** CEP: **58460000**  
E-mail: **linoelbrito@ig.com.br** Tel/DDD: **8333341289**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL:  
☒ RECUO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **4637** ☒ X CONTA: **12340** ☐ 0 AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou filhos menores? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou filhos maiores? ☐ Sim ☐ Não

Fico ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Companhia Grande 23/05/2019**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
**Leonardo Batista da Lima**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS  
1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
23 JUL 2019  
Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**BOLETIM DE Ocorrência**

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Hora e data do fato: 25/04/2019 Por volta das 15:40 h.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: As 09:31 Hrs de 10 de junho de 2019.



**COMUNICANTE: A PRÓPRIA VÍTIMA**

**VÍTIMA: LEANDRO BATISTA DE LIMA**, Brasileiro, Solteiro, agricultor, ensino fundamental incompleto, CPF: 041.564.164-02, Nascido em 01/12/1981, Filho de Maria do socorro batista de lima, Sítio Brizio, zona rural da cidade de Alcantil-PB, Fone: (83) 9 8671-0876.

**HISTÓRICO:** QUE na data acima o declarante tinha se deslocado da sua residência em sua motocicleta com destino a fazenda de UREIA, que fica nas proximidades da sua casa, quando em percurso derrapou chegando cair da motocicleta sofrendo fratura na perna esquerda e ferimentos leves, o mesmo foi encontrado pela população que acionaram o SAMU da cidade e em seguida foi levado para o HOSPITAL DO TRAUMA EM CAMPINA GRANDE -PB, ficando 16 dias internado, passando por cirurgia na perna esquerda e tendo alta no dia 09/05/2019. QUE o mesmo estava utilizando a motocicleta HONDA CG 125 TITAN, de placa KIB 2618 - Surubim/PE, registrada em nome de Adelson Barbosa dos Santos CPF 846.153.114-00

**AUTORIDADE**

**JOÃO JOALDO FERREIRA**

**COMUNICANTE**

*Leandro Batista de Lima*  
**LEANDRO BATISTA DE LIMA**

**ESCRIVÃO AD HOC:**

*Joana Inês Pereira da Costa*  
**JOANA INÊS PEREIRA DA COSTA**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **0248474/189** CPF da vítima: **04150416402** Nome completo da vítima: **Leonardo Batista da Lima**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPLEN. Nº 445/2017

Nome completo: **Leonardo Batista da Lima** CPF: **04150416402**  
Profissão: **Agente de TI** Endereço: **Sítio Buzo** Número: **519** Complemento:  
Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Alcantara** Estado: **PA** CEP: **58460000**  
E-mail: **linoebatista@ig.com.br** Tel/DDD: **8333341289**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:  
☒ RECUZO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **4637** ☒ X CONTA: **12340** ☐ 0 AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou filhos menores? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou filhos maiores? ☐ Sim ☐ Não

Fico ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Companhia Grande 23/05/2019**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

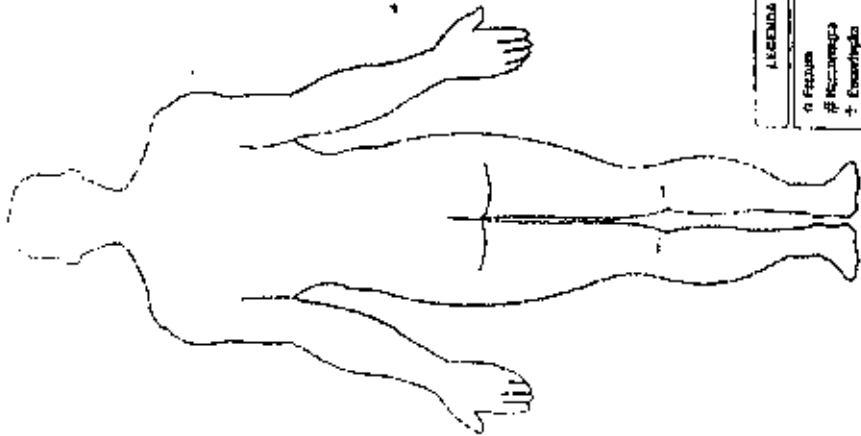
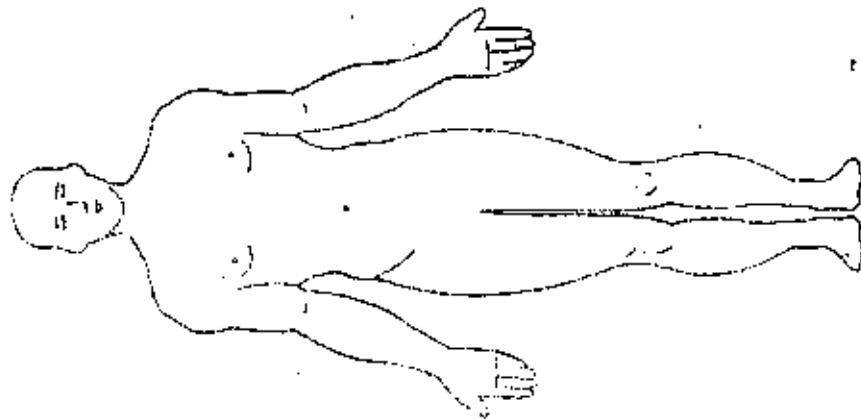
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
**Leonardo Batista da Lima**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS  
1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
23 JUL. 2019  
Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

[illegible]

[illegible]

MINI DOMINGO  
311 2210, Sr: +4954 81000  
ALCANTARA DE LOP 1342000-100 100

LUGAR: MONTEBLO  
 C/VER: RES MTC 211 RESIDENCIAL - BARRA VERDE  
 RUA: 7. 205. 205. 205  
 MONTOR: 200005000  
 RUA: 7. 205. 205. 205  
 EMBR: 1205-2019

**energisa**  
ENERGISA PARA S/A - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 230 Km 26 - Grupo Remane - Joazeiro - Pernambuco - CEP 55071-000  
CNPJ 06.908.000/0001-44 - INSC EST 10.016.222-0

96

Conta referente a: Apresentação  
 Mai / 2019 13/05/2019

DATA PREVISTA DO  
PRÓXIMO FOLIO  
11/08/2018

UC (United Nations) 13/05/

CPY/CNPL/EAH  
370.887.761.42

61617536

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 08-26-2009 BY 60322 UCBAW/SJS

[illegible]

50° CORDON COSECHERIAS SAN CARLOS TOTAL: 32,77 82,23 20,52 82,23 20,52 4,04

REVENUE TRADING COMPANY - 01/02/2010 AFFRANCARE 01/02/2010 AFFRANCARE 01/02/2010

**VERGEMENTO**

**20/05/2010**

**OPERA 2 PAGI**

**RS 82,77**

71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Marzo Aprile Maggio Giugno Luglio Agosto Settembre Ottobre Novembre Dicembre

2010



7ad0.ae41.4e53.10d1.5dc0.15a8.8e49.10ea.  
Indicaciones de Calidad:


[illegible]

Descrição	Valor	%
Salário de 12 meses	12.000	100%
Salário de 6 meses	6.000	50%
Salário de 3 meses	3.000	25%
Salário de 1 mês	1.000	8,33%
Salário de 15 dias	500	4,17%
Salário de 10 dias	333,33	2,78%
Salário de 5 dias	166,67	1,39%
Salário de 3 dias	100	0,83%
Salário de 2 dias	66,67	0,56%
Salário de 1 dia	33,33	0,28%
Total	12.000	100%

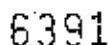
[illegible]



Data da internação: 25/04/2019 Hora: 18:51:20

 <b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>
<b>Identificação do Paciente</b>		
5 - NOME DO PACIENTE <b>LEANDRO BATISTA DE LIMA</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>1882918</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>701806274757770</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>01/12/1981</b>	9 - SEXO Male <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO 83 <b>88810505</b>
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>RUA PROJETADA , 33 , CENTRO</b>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Alcantil</b>	14 - COM. DO MUNICÍPIO <b>250053</b>	15 - UF <b>PB</b>
16 - CEP <b>58460000</b>		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">             Dor anterior - joelho              após queda de moto           </div>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">             Fratura           </div>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">             Fratura           </div>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">             Fratura           </div>		
21 - CID 10 PRINCIPAL 		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 		
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">             Fratura           </div>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 
26 - CLÍNICA 	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016004346719</b>		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>25/04/2019</b>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">             Andre Ribeiro Araujo Menezes           </div>		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>		
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 	37 - Nº DO BENEFÍCIO 
38 - CNPJ EMPRESA 	39 - CNPJ DA EMPRESA 	40 - CBOE 
41 - CBOE 		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ORGÃO EMISSOR 
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 





## HOME DO HOSPITAL

**CIDADE**

TEL / FAX / E-MAIL :

**NOME DO PACIENTE**

Nº DO PRONTEIÁRIO

Nº 81 H

**COD PROCEDIMENTO**

## CONVENIO

### PROCEDIMENTO REALIZADO

**PRODUTO**

## REF.

**QUANT.**

**COD. ROMP**

IOI IMPLANTES LTDA

### Modelo Comercial:

PR. ANCORA-JOL 5,0  
 ANVISA: 10223680071  
 Código: 40083000020  
 Lote: 02257117  
 ANVISA: 10223680071

**COL. IMPLANTES LTDA.**

### Modelo Comercial:

9F. ANCOR-10L 3,0  
MM 2 FIBER  
Código: 40085000020  
Lote: 02257/17  
ANVISA: 10223080071

### DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL: CRM

**OBSERVAÇÕES**

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia y Traumatología  
CRP 14551 UN-VRN-8320



Enrolamento Ref: F 111 90494 483



GOVERNO

DA PARAÍBA



SEGUE

o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Un topodia I		
NOME:	Guilherme Batista		
PROCEDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> MSSI	GELCO Nº:	22
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> JEJU		
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input checked="" type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA	<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	Janine		COREN: 345715

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PB CEP: 58.432-809

Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60





### Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Mauro Batista de Lima</u>		Idade: <u>37 anos</u>
Convênio: <u>mag. 1882550</u>		Data: <u>08/03/19</u>
Procedimento: <u>Exossintese de anel de titânio de</u> <u>autógeno da tibia em MTC.</u>		
Cirurgião: <u>D. Filho</u>	Auxiliar: <u>D. F. Silva</u> <u>+ D. Bruno D.</u>	Anestesista: <u>Dr. J. Aguiar</u>
Início: <u>8:50</u>	Término: <u>2:15</u>	Anestesia: <u>Raque +</u> <u>sedação</u>

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista


Circulante

LIFE ASSOCIAÇÃO  
23 JUL 2019  
CORRETO RAY SEGUROS



**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

 CRM 1300

Assinatura do anestesista



$C = 2$  (symmetrical)

[illegible]

**GOVERNO  
DA PARANÁ**

Número do Prontuário: 42671

DATA DA CIRURGIA: 08/05/2019

Número do Atendimento: 1882918 Clin: ORTOPEDIA I / Enf: 10 / Lei: I

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

Nome do Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Data da Internação: 25/04/2019

Atendimento: 1882918

Diagnostico Pré-Operatório: *Artrite do TAT e ME*Diagnostico Pós-Operatório: *O normal*

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 08/05/2019

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: ANDRÉ

Anestesista: JAQUELINE

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSINTESE COM PARAFUSO 3,5 ESPONJOSO COM ARRUELA E 2 ÂNCORAS Nº 5,0;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 08/05/2019

Assinatura/Carimbo  
Euler Fabricio Alves CruzDr. Euler Fabricio A. Cruz  
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 9907

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO 1892880	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME Alexandro Antista de Lima		IDADE 32	SEXO mas.	COR branco	
DATA 08/05/2008	RESERVA VITAL 130	PULSO 80 bpm	RESPIRAÇÃO 15 bpm	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGUE B	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
AP RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE		
AP CIRCULATÓRIA Normal				ELETROCARDIOGRAMA			
AP DIGESTIVO		DENTES	PERIÓDIO	AP URINÁRIO			
ESTADO MENTAL Consciente orientado		ATAQUE	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de tuberosidade anterior do fêmur (E)				ESTADO FÍSICO BAST		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA 0,000 Midazolam 1mg, Fentanyl 50µg				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	<p>0,000 Midazolam 1mg, Fentanyl 50µg</p>				<p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tasso: _____</p> <p>Largo espasmo: _____ Lento: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p>Respiração de</p> <p>Dióxido de</p> <p>oxigênio de</p> <p>de oxigênio de</p>		
QUÍMICO	<p>SF PL</p>				<p>ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____</p> <p>Não, por quê? _____</p>		
CÓDIGOS	<p>VP. ARTERIAL: Q. PULSO: Q. RESPIRAÇÃO: Q. TEMPERATURA: Q. URINÁRIO: Q. OUTROS:</p>				<p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: _____</p> <p>Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cânula: _____</p> <p>Para o Leito: Sim _____ Não _____</p> <p>CONDIÇÕES: _____</p>		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<p>XO</p>						
POSICÃO	<p>Supino</p>						
AGENTES	<p>Respi. Máscara 15mg, 60µg</p>						
TÉCNICA	<p>Respi. Máscara, Pulso e agulha de 25g, 1,5cm</p>						
OPERAÇÃO	<p>Tratamento cirúrgico de fratura de tibia (E)</p>				<p>Clampado e amarração</p>		
CIRURGIOS	<p>Felipe + Euler + Pruna</p>				<p>Blowdown-efetiva</p>		
ANESTESISTAS	<p>Felipe P. 8331</p>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/05/2019

Horas: 10:22:25

Médico(a) Diarista: Wagner Luiz Egito De Araújo

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK OK

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882918 Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA Data de Nascimento: 01/12/1981 Admissão: 25/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: FX JOELHO E

DIA 07/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Wagner Luiz Egito De Araújo

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE Dieta 2w A 2w do 00:00	cont
2	JELCO SALINIZADO	"
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	32/ 38/ 24/ 08/
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	32/ 24/
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS. ANTES DO CAFÉ	08/
6	HEPARINA SÓDICA 5000 UI/0,25 ML SUBCUTÂNEA S.C. 1 AMPOLA, 12h/12h	LSU 6h/12h 24/ 08/
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cont

## EVOLUÇÃO

DATA: 07/05/2019 HORA: 10:22:10

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL.  
COM FRATURA AVULSÃO DA TAT, AGUARDANDO TTO CIRÚRGICO  
ME: BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES LIMPAS, EDEMA  
FERIMENTO LIMPO  
PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO

CD: CURATIVO

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araújo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araújo  
OR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 8926

19:00 - Dieta 2w A 2w do 00:00  
Susp. Heparina

Dr. Wagner Luiz Egito De Araújo  
OR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 8926



08/05/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/05/2019

Horas: 09:23:42

Médico (a) Diarista: Euler Fabricio Alves Cruz

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882918 Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA Data de Nascimento: 01/12/1981 Admissão: 25/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: FX JOELHO E

DIA 08/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	24 22
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	22 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h OD/3D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	22 24 26
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	22 24
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFÉ	ciente
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

## EVOLUÇÃO

DATA: 08/05/2019 HORA: 09:22:55

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RX DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO  
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz  
CRM: 100004 - RADIATOLOGIA  
CRL: 13-PR-9907

GOVERNO  
DO PARÁ

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882918 Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA Data de Nascimento: 01/12/1981 Admissão: 25/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: FX JOELHO E

Dia 06/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	32 42 24 0
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE	12 24
6	HEPARINA SODICA 5000 UI/ 0,25 ML SUBCUTANEA S.C. 1AMPOLA, 12h/12h	12 24
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

## EVOLUÇÃO

DATA: 06/05/2019 HORA: 09:05:16

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, AFEBRIL.

COM FRATURA AVULSÃO DA TAT, AGUARDANDO TTO CIRÚRGICO

MIE: BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES LIMPAS, EDEMA

FERIMENTO LIMPO

PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO

CD: CURATIVO

ASSIN: Wagner Luiz Egito De Araujo  
Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Data da Internação: 25/04/2019

Data da Alta: 09/05/2019

Registro: 1882918

Tempo de Permanência: -18012

Diagnóstico Inicial: Fratura/Avaliação da TAI do MIE

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME DE IMAGEM + EXAMES LABORATORIAIS + EXAME CLINICO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 09/05/2019

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR LIMITAÇÃO E DEFORMIDADE EM MIE, FFOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO PARA CONSULTA AMBULATORIAL, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E DE LIMPEZA D FO, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRÊNCIAS RETORNAR

Dietas:

Medicações para Casa: PRESCRECO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, ARFLEX 200MG VO IX AO DIA POR 06 DIS, DEOCIL 01 COM SL 8/8H CASO DOR

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos



ao Ambulatório de : em: para revisão Repousoôdias

Condições de Alta::Melhorado

Data09/05/2019

Assinatura/Carimbo  
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Wagner Luiz  
Egito De Araujo

CRM - RJ - 8926  
08/08/2019  
UL 1149110 - 1000 1000





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento

(SAMU)

Nome:	Leonardo Batista de Lima		
End:	R. Manoel Julian de Oliveira, 79	Bairro:	Alcaântil - P.B.
Data de Nascimento:	01/02/1982	Documento de Identificação:	
Queixa:	A.C. moto	Data do Atend.:	25/04/19
		Hora:	17:40
		Documento:	
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

### Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

### Estratificação

MOD. 110



☒ Vermelho - atendimento imediato  
☐ Verde - atendimento até 4 horas

☐ Amarelo - atendimento até 1 hora  
☐ Azul - atendimento ambulatorial

*Assinatura*

Assinatura e carimbo do profissional









SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento

(SAUV)

Nome:	Leandro Batista de Lima		
End:	R. Manoel Juliano de Oliveira 199	Bairro:	Alcoutim - PB
Data de Nascimento:	03/12/1982	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. motor	Data do Atend.:	25/04/19
		Hora:	17:40
		Documento:	
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

### Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

MOD. 110

### Estratificação



☒ Vermelho - atendimento imediato  
☐ Verde - atendimento até 4 horas

*Assinatura*

☐ Amarelo - atendimento até 1 hora  
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e Carimbo do profissional

09/05/2019

HTCG-Panel Administrativo

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso 0 dias

Condições de Alta::Melhorado

Data 09/05/2019

Assinatura/Carimbo  
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Wagner Luiz  
Egito De Araujo

CRM - P 9 6926  
Wagner Luiz Egito De Araujo



Pele: ☒ Corada ( ) Hipócorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.  
 Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )  
 Drogas vasoativas: ( ) Quais?  
 Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo  
 Cateter vascular: ☒ Periférico ( ) Central ( ) Dissociação. Localização: MSD Data da punção: 28/04/19  
 Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:  
**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**  
 Tipo somático: ☒ Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.  
 Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.  
 Alimentação: ☒ VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunoestomia ( ) NPT; Hora: Data: L  
 Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:  
 Abdômen: ☒ Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:  
 RHA: ☒ Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  
 Eliminação intestinal: ☒ Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:  
 Eliminação urinária: ☒ Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/r  
 Aspecto: ( ) Outros: Observações:

#### INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ☒ Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outras:  
 Coloração da pele: ☒ Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado  
 Condições das mucosas: ☒ Úmidas ( ) Secas Manifestações da sede: ( )  
 Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: L  
 Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: L  
 Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: L

#### CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:  
 Higiene corporal: ☒ Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.  
 Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:  
**SONO E REPOUSO**  
☒ Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

#### COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ☒ Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Med  
 ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

#### RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

#### INTERCORNÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Jamela S. Cruz Gondim  
 ENFERMEIRA  
 CRÉD. 288.508.882

DATA: 29/04/19

HORA:

8:55



08/05/2019

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB

HTCG-Painel Administrativo

CNPJ: 08.778.348/0034-52

Data: 08/05/2019



GOVERNO  
DA PARAÍBA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 42671

DATA DA CIRURGIA: 08/05/2019

Número do Atendimento: 1882918 Clia: ORTOPEDIA I / Enf: 10 / Lei: 1

Nome do Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Data da Internação: 25/04/2019

Atendimento: 1882918

Diagnostico Pré-Operatório: *Artrite de TAT de AIE*

Diagnostico Pós-Operatório: *0 mm*

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data da Cirurgia: 08/05/2019

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: ANDRÉ

Anestesista: JAQUELINE

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSINTESE COM PARAFUSO 3,5 ESPONJOSO COM ARRUELA E 2 ÂNCORAS Nº 5,0;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 08/05/2019

Assinatura/Carimbo  
Euler Fabricio Alves Cruz

(S)

Dr. Euler Fabricio A. Cruz  
CRM ORT 9907



original 20

MAI 110 UC amide bu nku lufi eultravol  
Ozobol. 1040 1000 1000  
... 1000 1000 1000 1000  
... 1000 1000 1000 1000  
... 1000 1000 1000 1000

10

10

10

original 10  
original 10

10

10

10 10

10

10 10

10

10

10

10

10

10

10

... 10 10

... 10 10

... 10 10

... 10 10

... 10 10  
... 10 10  
... 10 10  
... 10 10

... 10 10

... 10 10

... 10 10

10

10

10

... 10 10

original



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

C = P. Com taminado

PACIENTE:

Deandrea Batista de Lima DN. 01/12/81

QI

LEITE

Sob 05

CONVENIO

SUS

IDADE

37a

REGISTRO

1882880

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Assessoria de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

Trat. cirurg. fratur. de fêmur esquerda com fixação interna

CIRURGIÃO

Dr. Carlos + Dr. Carlos + Dr. Bruno

ANESTESIA

Roque + Sedação

ANESTESIA

Dr. Joaquina

INSTRUMENTADORA

DATA

08/05/19

INICIO

07:00

FIM

09:15

André

CÓDIGO

Ord.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Boia Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.	Catet. pl Oxi.		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
01	Dimofa amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolarina amp.	Colonoide		Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix	
	Fentanyl ml	Dreno Penrose nº		Cara pl osso	
	Halothane	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macroglas		Ethibond	
01	Midoclorina	Equipo de Macroglas		Ethibond	
	Midoclorina amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Proloido Im	Furacina ml		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelsten ml	Gaze Pacote c. 10 unidades		Fio cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	01	Monocryl	3-0
	Thionembul ml	Irracath Adulto		Monocryl	
	Tracium amp.	Intinacath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix	
02	Dipirone amp.	Luvas 7.0	02	Vicryl Serlix	1-0
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serlix	
	Fluocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5		Vicryl Serlix	
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.	Polilix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanaklon amp.	Sebão Antiséptico		SG Normotermico Ir 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor	02	SG Gelado Ir 500 ml	
	Medrolinazo	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico Ir 500 ml	
01	Midoclorina	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr Ir 500 ml	
	Protamina	Seringa desc. 05 ml	03	SG Ir 500 ml	1/1000mm
	Revivan amp.	Sonda			
	Siluparion amp.	Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PROTESE	
02	Solobina	Sonda Nasogálica		+ M Cirurgica 3.5	
	Cyazolina	Sonda Uretral nº			
		Storidrom ml	02	Amorcan 1000	
		Tornelinha	01	Parafuso 1/2" x 1/4"	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml		Nº 50	
	Agulha desc. 25 x 7	Gulcon 4-20	01	Amorcan	
	Agulha desc. 28 x 28 40 x 12	Lalese			
	Agulha desc. 3 x 1,5	Politrax			
01	Agulha pl raque nº 25	Sacos plix			
0.5	Alcool de Entermagem				
	Alcool Iodado ml				
03	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
04	Agulha ml				

IOE IMPLANTES LTDA.

IOE IMPLANTES LTDA.

Modelo Comercial:  
PR ANCORACAO 5,0  
AN2 FIBER  
Códig: 4008600020  
Lote: 0310018-  
ANVISA: 10221800271

Modelo Comercial:  
PR ANCORACAO 5,0  
AN2 FIBER  
Códig: 4008600020  
Lote: 0310018-  
ANVISA: 10221800271

EQUIPAMENTOS

- ( ) Oxímetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Oxímetro
- ( ) Cardíaco
- ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Márcia Tereza C. D. da Rocha  
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO  
CÓDIGO 14.000.123.002

MOD 006



**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

 CRM 7300

Assinatura do anestesista



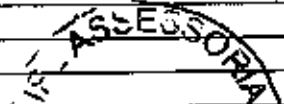




### Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Mauro Batista de Lima</u>	Idade: <u>37 anos</u>
Convênio: <u>part. 1582880</u>	Data: <u>08/05/19</u>
Procedimento: <u>Exossutura de avulsão de tuberculose</u> <u>antena da tibia em MTE.</u>	
Cirurgião: <u>D. F. F. F.</u>	Auxiliar: <u>D. F. F. F.</u>
Anestesista: <u>Dr. Jaqueline</u>	
Início: <u>9:50</u>	Término: <u>2:15</u>
Anestesia: <u>Tagu +</u> <u>halotano</u>	

[illegible][illegible]

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
 Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**  
 Número  
**041.564.164-02**  
 Nome  
**LEANDRO BATISTA DE LIMA**

Nascimento  
**01/12/1981**

VALIDO ATÉ O FIM DO ANO DE 2019

**INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO CIVIL**  
 IN-ANTENAMENTO DE REGISTRO CIVIL

**LEANDRO BATISTA DE LIMA**

**01/12/1981**

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**ECSE-ASAB-F8B1-9F19**

A qualificação deste comprovante de autenticidade é dada pela Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)  
 Gerado em 01/12/2019  
 Sistema: Receita Federal do Brasil  
 01/12/2019 09:00:00 (Nº de controle: 01/12/2019)  
 01/12/2019 09:00:00

**INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO CIVIL**  
 IN-ANTENAMENTO DE REGISTRO CIVIL

**LEANDRO BATISTA DE LIMA**

**01/12/1981**



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

DETRAN - PE

DE Nº 22791799S

01 057707195

ABRIL 1974 - 125 TITAN

RUA MARIA RIBEIRO 0002R PF 55750

0041 001400

02618

0000000-86

PAS 1400 CICLO

125 TITAN

0124/11

AL. ED. BOM GENERAL MOTORS S/A

4314

SURUBIM

10/09/95

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO**  
 AUTORIDADE: DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO - DETRAN,  
 TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 2.900,00

NOME DO COMPRADOR Paulo Sérgio Lima de Souza

Nº 5.252.351-587 CHASSI 920483824-82

ENDEREÇO Rua 15 de Novembro Nº 63

LUGAL E DATA Surubim 05/08/98

Paulo Sérgio Lima de Souza

ATENÇÃO: O VENDEDOR DEVE LEVAR A PRESENTAR A SUA IDENTIDADE ADMINISTRATIVA CIVIL OU CRIMINAL A PARTIR DA DATA ACIMA, ANTE O DETRAN, PARA A IMEDIATA TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO DO VEÍCULO PARA O SEU NOME. A TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO DEVE SER COMUNICADA PELO VENEDOR, REMETENDO COPIA DESTES DOCUMENTOS AO DETRAN, APÓS DEVIDAMENTE PREENCHIDO E FIRMADO.

DE ACORDO Paulo Sérgio Lima de Souza

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DA FIRMA DO PROPRIETÁRIO VENEDOR

13.08.98

10/09/95





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPCAO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Leandro Roberto de Almeida  
DATA DO ACIDENTE 25/04/2019 CPF DA VITIMA 041.564.164-02  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Leandro Roberto de Almeida  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR vitima ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA E Leandro Roberto de Almeida  
ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Pauzão  
BAIRRO Barro Bonafé  
Cidade Alcaniz UF PB CEP 59460-000  
E-MAIL TELEFONE (83) 33341284

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A AUSÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES FISCALIS E LEGÍVELS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCALIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO  
- MORTE = R\$ 11.500,00  
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800-022.1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/05/2019

IDENTIDADE 2649428

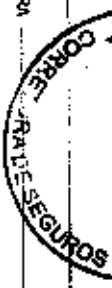
ASSINATURA Leandro Roberto de Almeida

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 23 JUN 2019

NOME

ASSINATURA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190441680 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEANDRO BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 01/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TUBEROSIDADE ANTERIOR DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO + OSTEOSÍNTESE - ARRUELA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3160278404 EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190441680 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEANDRO BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 01/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TUBEROSIDADE ANTERIOR DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO + OSTEOSÍNTESE - ARRUELA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das**

**sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3160278404 EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00