



Número: **0810296-64.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **16/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AIRTON MONTEIRO DA ROCHA (AUTOR)		RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38975634	02/02/2021 09:08	2781249_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **EDILSON RODRIGUES MATEUS**

Nº Sinistro: **3180108704**
Vitima: **EDILSON RODRIGUES MATEUS**
Data do Acidente: **22/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180108704**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12491428

Pag. 01429/01430 - carta_01 - INVALIDEZ



00020715



Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **EDILSON RODRIGUES MATEUS**

Sinistro: **3180108704**
Vítima: **EDILSON RODRIGUES MATEUS**
Data do Acidente: **22/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180108704** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.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

Pag. 00621/00622 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12512821



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Carta nº 12589016

A/C: EDILSON RODRIGUES MATEUS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180108704 ASL-0081388/18
Vitima: EDILSON RODRIGUES MATEUS
Data Acidente: 22/09/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00571/00572 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Carta nº: 12670596

A/C: EDILSON RODRIGUES MATEUS

Nº Sinistro: 3180108704
Vitima: EDILSON RODRIGUES MATEUS
Data do Acidente: 22/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EDILSON RODRIGUES MATEUS

Valor: R\$ 3.375,00
Banco: 104
Agência: 000003571
Conta: 0000029700-9
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau leve 37.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (37.5% de 25%) 9,38%

Valor a indenizar: 9,38% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01699/01700 - carta_15R - INVALIDEZ

00020850



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 077.356.334-24	Nome completo da vítima Edilson Rodrigues Mateus
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Edilson Rodrigues Mateus		CPF titular da conta 077.356.334-24	Profissão Agricultor
Endereço Rua Bruno Rodrigues Lita		Número 51N	Complemento casa
Bairro Centro	Cidade Itaperanga	Estado PB	CEP 58.780-000
Email sertao-assessoria@hotmail.com		Telefone (DDD) 83 99947152d/996978811	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 2146 D/V ☐ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 02083 D/V 6 (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. ☐ D/V ☐ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. ☐ D/V ☐ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Itaperanga 25 de Janeiro de 2018.
Local e Data

Edilson Rodrigues Mateus
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180108704
Nome do(a) Examinado(a): Edilson Rodrigues Mateus
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Bruno Rodrigues Pita, S/N Casa
Centro Itaporanga PB CEP: 58780-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3359384
Data local do acidente: [22/09/2017]
Data local do exame: [16/03/2018] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO MAIS FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO MAIS FRATURA DA PATELA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO MAIS FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO MAIS FRATURA DA PATELA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO NO DIA 02/10/2017 COM FIXAÇÃO DE PLACA 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E FIO DE KIRSCHNER, E NO DIA 03/10/2017 FOI REALIZADA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM USO DE PLACA DCP 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS ALÉM DE TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO INGUINO MALEOLAR POR UM PERÍODO DE 45 DIAS PARA TRATAMENTO DE FRATURA DA PATELA DIREITA, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO PACIENTE ENCONTRA-SE COM QUADRO ÁLGICO DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO PUNHO DIREITO.
Data da Alta: 05/10/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO PUNHO DIREITO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO DIREITO EM 25° E DA EXTENSÃO EM 20°, DO DESVIO ULNAR EM 5°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ALÉM DE QUADRO ÁLGICO DURANTE A MOBILIZAÇÃO.
AO EXAME DO PUNHO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30° E DA EXTENSÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU I, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (1+/4+), ALÉM DE DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM APROXIMADAMENTE 5°.
AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 20° E DA EXTENSÃO FINAL EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO (1+/4+), DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM ARTICULAÇÃO PATELO FEMORAL DIREITO.

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

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não

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

**PUNHO DIREITO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 25°
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°
DESVIO ULNAR EM 5°
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II
AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR
PUNHO ESQUERDO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU I
AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR
DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 5°
JOELHO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO EM 20°
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO FINAL EM 10°
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II
AUMENTO DE VOLUME
DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM ARTICULAÇÃO PATELO FEMORAL**

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

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

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

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☒ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ 10% residual ☒ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

% do dano: ☐ 10% residual ☒ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

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



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



Diogo Martins Formiga

Dr. Diogo Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830





Boletim de Ocorrência Policial nº. 764 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 22 / Setembro / 2017. Horas: 11h.

Sob a Responsabilidade do Del.Pol. Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

EDILSON RODRIGUES MATEUS, brasileiro, natural de Itaperanga-PB, solteiro, agricultor, nascido no dia 05.04.87, filho - de José Mateus e Guilhermina Rodrigues Mateus, RG 3.359.384/PB e CPF Nº. 077.356.334-24, residente na R. Bruno Rodrigues Pitas s/n, centro Itaperanga/PB.

Histórico do Fato:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas - ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, saiu des Pesto de Gasolina em Nova Olinda/PB, onde abasteceu sua moto, sentido Pedra Branca-PB, e ao pegar a Rodovia que liga as duas cidades(PB356), o cabo de acelerador travou, fazendo com que o condutor perdesse o controle da moto, vindo a colidir no muro de una residência, sendo socorrido pelo SAMU, para atendimento Hospitalar.

Obs: Veiculo que o notificante conduzia: Moto HONDA/NXR150 BROS ES, cor Vermelha, Ano 2011/2012, Placa QFD6429/PB e chassi 9C2KDO55OCR-539302, licenciada em nome de GERY ADRIANO BELO DA SILVA.

Itaporanga-PB, 24 / Novembro / 2017.

Escrivão Plantonista:

Notificante/Vítima.

Fco. Silva Rodrigues
Pia. Nat. 00355
Cartório



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 <i>Edilson Rodrigues Mateus</i>	CPF da Vítima <i>077.356.334-24</i>	Data do Acidente <i>22/09/2017</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Itaperanga 25 de *Janeiro* de *2018*
Local e Data

Edilson Rodrigues Mateus
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 15314

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: <u>22-09-12</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>013</u>	PACIENTE / USUÁRIO: <u>Caetano Rodrigues Mateus</u>	IDADE: <u>29</u>	SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>R. Dr. João Quirino - Morada Centro</u>		MÉDICO REGULADOR: <u>Dr. H. R. Pates</u>		
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H. R. Pates RESPONSÁVEL: Dr. Erico Djan Correa Almeida FUNÇÃO: Médico

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Escoriações pelo corpo, edema e deformidade MMSS^S (D) e (E) na patela (MTD), algia intensa nos locais.

DADOS VITAIS

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
PA: 120x80 FC: 63 FR: 24 TEMP: - °C - GLICEMIA: 129 mg/dl - E. Com dr. Erico SpO2s/O2: _____ SpO2d/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM / TÉC. EM ENFERMAGEM:

☒ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros _____

INTERVENÇÕES

Alendos SSVU, imobilizada em prancha rígida + collar cervical, imobilizada MMSS^S (E) e (D), imobilizada MTD ambas com tala comunitária do médico regulador, transferido H. R. Pates conforme regulação.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO / TÉC. DE ENFERMAGEM:

Paciente sexo masculino, 29 anos, consciente e orientado, não deambulando, relata algia intensa em MMSS^S (D) e (E), com também MTD, com presença de edema e deformidade em ambas.



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTER-MUNICIPAL

RELATORIO DE TRANSFERENCIA

Ocorrência nº: 013 Data: 22/09/17 Hora: 12:19
Nome da Vítima: Edilson Rodrigues Mateus Idade: 29
Evento: ☒ Traumática () Clínico () Pediátrico () Gineco-Obstétrico
() Traumática () Cirúrgico Outros: _____
Procedência: H.R. Ponce
Solicitante: Dr. Allan S. Bastos
Destino: Dr. Pato
Contato: Dr. João

Circunstâncias da Transferência:

Circunstâncias da Transferência:
 Fratura de fêmur distal Dr. E. e Patela D.
 Identifique quais as ineficiências deste hospital para a manutenção da vida do paciente.
 Ausência de ortopedista no serviço

Procedimentos realizados no hospital:

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

Médico. Dr. Allan F. Bastos

CRM:

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/04/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON RODRIGUES MATEUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000029700-9

Nr. da Autenticação 23BADD7092D6015A



MARCELIANA BRUNET CRIZANTO DINIZ
RUA BRUNO RODRIGUES PITA, S/N - CENTRO
TAPORANGA / PB CEP: 58760000 (AQ: 154)

Emissão: 10/01/2018 Referência: Jan / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BOMBA RENDA MONOFÁSICO 230 V/3- Cota Rende: João Pessoa / PB - CEP: 58011-900
Roteiro: 5 - 154 - 35 - 8300 Nº medidor: 0000120281

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 08.096.162/0001-40 Ins. Est. 18.015.622 /

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica Nº000.207.000
Cód. para Débito Automático: 0001419289

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2018	10/01/2018	07/02/2018	5306653448

UC (Unidade Consumidora): 5/1476926-9

Canal de contato

* Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2003.
* Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook com @energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar de gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/12/17	3432	10/01/18	3491	1	59	29

Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Ala. Tarifa	Base Calc. Pot	PIS/COFINS	Grupos	
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		(0,65%) (14,88%)	
0001	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,244890	7,34	7,34	25	1,83	7,34	0,07 0,25
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	29,000	0,419620	12,17	12,17	25	3,04	12,17	0,12 0,59
0801	Adic. B. Vermelha			0,78	0,78	25	0,19	0,78	0,02 0,03
0610	Subsídio			23,54	23,54	25	5,88	23,54	0,24 1,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0606	Contribuição Out-De			16,79	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00

CONFREV SEÇÃO DE REVIDAÇÃO
16 MAR. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL FERREIRA CAIUA, 59 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 56780000 (AG: 154)

Emissão: 16/10/2017 Referência: Out / 2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br220, Km25 - Centro Rodovia João Pessoa / PB - CEP 55071-660
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880 Nº medidor: 00008205001

energisa

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.096.190/0001-40 Insc. Est. 19.015.523-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.492.254
Cód. para Débito Automático: 00000278334

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Out / 2017	16/10/2017	14/11/2017	3924706409 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/27663-4

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -
CADASTRO BIOMÉTRICO -
A IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA.
O TRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO
AO CADASTRAMENTO: PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL
MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/09/17	8667	16/10/17	8699		32	32
Demonstrativo						
001	Descrição					
	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq.	ICMS(R\$)	Base Calc. Prop(%)
	Tributação Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Folha/R\$ (1,0000%) (4,7350%)	
0601	Consumo em kWh	32,000	0,463480	15,78	0,00	0,00
0601	Adic. B. Amarela			0,39	0,00	0,00
0601	Adic. B. Vermelha			0,95	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0804	JUROS DE MORA 09/2017			0,04	0,00	0,00
0909	MULTA 09/2017			0,31	0,00	0,00

CO. PREVISÃO DE RECEITA
16 MAR. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Eduilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eduilson Rodrigues Mateus inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.356.334 / 24 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Eduilson Rodrigues Mateus, inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.356.334 / 24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaperanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.780-000</u>
Email <u>santos.assessoria@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83/999471520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978811</u>

Itaperanga 25 de Jan de 2018
Local e Data

x Eduilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Eu, Gerry Adriano Belo da Silva

RG nº 60.372.643-4, data da expedição 21 / 09 / 2015, órgão 33P/PB

Portador do CPF nº 098.119.254-88, com domicílio na cidade de Nova Olinda, estado de Paraíba

Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Conjunta Maria

nº 511, complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima: Edilson Rodrigues Mateus, cujo

condutor era: o mesmo

Veículo: moto

Modelo: Kanda/NXR 150 Bros ES

Ano: 2011/2012

Placa: OED 6429/PB

Chassi: 9C2KDD0550CR539302

Data do Acidente: 22/09/2017

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



X Gerry Adriano Belo da Silva

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 100969
Ocorrência: URGENCIA

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

Servidor do Dr.:

Paciente EDILSON RODRIGUES MATEUS

Idade: 30 Sexo M

Filiação

Pai: JOSE MATEUS

Mãe: GUILHERMINA RODRIGUES MATEUS

Endereço

Cidade: NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204

Endereço: CONJUNTO MARIZ

N.: SN

Bairro: CENTRO

Naturalidade: ITAPORANGA - PB

Fone: 83999011502

Documentos

CNS: 709-2022-5792-6532

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 5/4/1987

Cor: PARDA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: AJOUDANTE

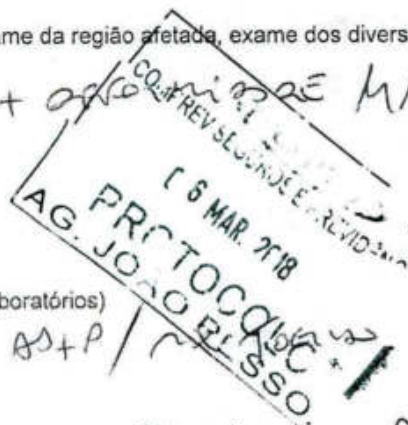
Responsável:

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

Vitima acidentada de trânsito

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

Dox + Ears + Orelha + MMSS Bilateral +
Tórax @



Arrest / Agulha / RENE / Arleta

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx sítio @ AS+P / Rente Rocio. sítio Bilateral + Potens @

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

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

Recepção: ALANE

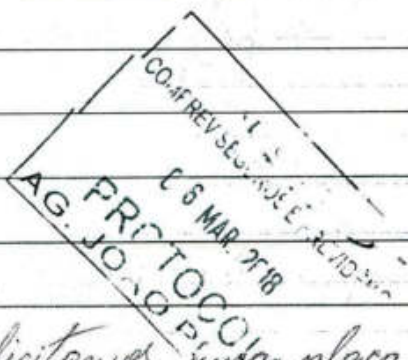






RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edilson Rodrigues Martins</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>02/10/17</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>Dr. Sessiom</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Ivanis</i>	
Anestesista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura diafrária complexa distal do Rádio</i>		
Tipo de Cirurgia <i>Tratamento cirurgico</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>Unimerso</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>Não</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>		
Acidente Durante a Cirurgia <i>Não</i>		
<i>Obs: Durante o ato cirurgico, solicitamos uma placa de a- poio volar maior, fomos informados que não tinha</i>		



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
<i>1) Paciente em decubito dorsal sob anestesia.</i>
<i>2) Gessamento com faixa de smach.</i>
<i>3) Interschima</i>
<i>4) Posição de campos cirurgicos.</i>
<i>5) Incisão volar de flexão + disseção por planos</i>
<i>6) Visualização de face de fratura.</i>
<i>7) Fixação + alinhamento de face fraturada para ganhar comprimento radial</i>







GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



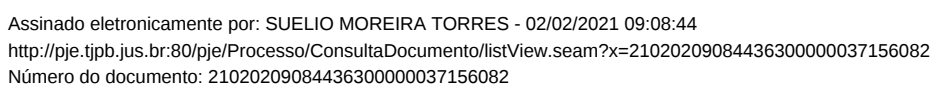
RELATÓRIO DE CIRURGIA

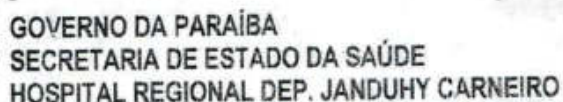
Nome: <u>Wilson R. M. Gomes</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>03/10/17</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dr. Sampaio</u>	1º Auxiliar <u>Dr. Marcelo</u>	
Anestesista <u>Dr. Augusto</u>	Tipo de Anestesia <u>Blotup</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>fratura de R. M. M. M.</u>		
Tipo de Cirurgia <u>tt. cirurg</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Ac. te Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais
<u>1. Aberto e na H</u>
<u>2. Aberto e na H</u>
<u>3. Aberto e na H</u>
<u>4. Aberto e na H</u>
<u>5. Aberto e na H</u>







NOME:

EDILSON DOMINGOS ALVES

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

Ornithica
CAEMOLOGICA

ENFERMARIA
LEITO

NRC
02

MOTIVO DA CONSULTA:

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

Disco Cívico

22/09/2014

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente sem sintomas Cardiológicos
 Nexo Coronariados
 PA = 120 x 80 mmHg
 ECG = Normal
 Risco Coronário = Baixo Risco

24/09/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Edilson Rodrigues Matus</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
QT. <u>NSC</u>	LEITO <u>02</u>	CONVÊNIO <u>SUS</u>	IDADE <u>30</u>	REGISTRO <u>100969</u>	
CIRURGIA <u>Tro. Comprimido do pito Brando de Gaudêncio</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Gaudêncio</u>		
ANESTESIA <u>Genol</u>			ANESTESISTA <u>Dr. Augusto</u>		
INSTRUMENTADORA <u>Alan</u>		DATA <u>03/10/17</u>	INÍCIO <u>15:00</u>	FM	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
☒	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp 1ET 8,0
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
☒	TX. de Laser		Coletor de Urina
☒	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
☒	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	☒	Seringa 10 ml
☒	TX. Aspirador Elétrico	☒	Seringa 20 ml
☒	TX. Oxímetro de Pulso	☒	Eletrodos desc.
1	Neocain <u>Genol</u>		Atadura de Crepom 10cm
2	Halotano <u>Genol</u>		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
1	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
1	Inoval <u>Genol</u>		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	☒	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar	☒	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	☒	PVPI Tintura
	Dimorf	☒	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narvon		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
1	Sufenta <u>hidrocortisona</u>		Vaselina Estéril
	Diazepam	☒	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
☒	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
☒	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
☒	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Piasif <u>Hexamibrona</u>		Cat-gut simples 0 c/ agulha
☒	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	nylon 3-0

CO-REVISÃO
16 MAR 2018
AG. PROTOCOLO
O PLSSC





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE: <u>Edilson Rodrigues Martins</u>					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
QT:	LEITO:	CONVÊNIO:	IDADE:	REGISTRO:	
<u>NSC</u>	<u>02</u>	<u>SUS</u>	<u>30</u>	<u>100969</u>	
CIRURGIA: <u>Tto cir prot radio digital Dr. Sorian</u>					
ANESTESIA: <u>bloqu coast</u> (E) ANESTESISTA: <u>Dr. René</u>					
INSTRUMENTADORA:		DATA:	INÍCIO:	FIM:	
		<u>02.10.17</u>	<u>15:00</u>		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
☐	TX. de Instrumentador S.F.	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	☐	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi V.29
	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain	1	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano propofol	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal	1	Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
1	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimide	X	Xilocalina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Narcon	X	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha descartável
☐	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
☐	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plasil 0,1/12g/100		Cat-gut simples 0 c/ agulha
☐	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espartin 5000 VI 0,1/12g/100		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
☐	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
☐	Abbot 20 e 22 (18)		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha

COPIA REVISTA E REVIDADA
 18 MAR 2018
 10:30 PLS90







Governo da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
Nome		Idade		Sexo	Cor	
Data		Pressão Arterial		Pulso	Respiração	
Tipo Sanguíneo		Hemátias		Hemoglobina	Hematócrito	
Urina		Temperatura		Peso	Altura	
Ap. Respiratório		Dentes		Pescoço	Ap. Urinário	
Ap. Circulatório		Ataraxicos		Corticoides	Alergia	
Ap. Digestivo		Estado Mental		Estado Físico		Risco
Diagnóstico Pré-Operatório		Anestesia Anterior		Eletrocardiograma		
Medi.		Anestésica		Aplicada às		Efeito
Agentes Anestésicos		Líquido		INDUÇÃO		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Satisf.		Excit.
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Tosse		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Laríngeo Espasmo		Lenta
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Náuseas		Vômitos
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Outros		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		MANUTENÇÃO		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Anestesia Satisf. Sim		Não
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Não, porque?		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		DESPERTAR		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Reflexos na SO		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Obstr.		CO2
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Excit.		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Náuseas		Vômitos
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Outros		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Com cânula		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		para o leito sim		não
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		CONDIÇÕES		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Cânula		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Agentes		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Técnica		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Operação		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Cirurgião		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Anestesiologista		
V. V. 2-3cm		V. V. 2-3cm		Observações		

COMITÊ DE SEGURANÇA REVIDA
18 MAR 2018
PROTOCOLADO
AG. JO. G. P. S. S.



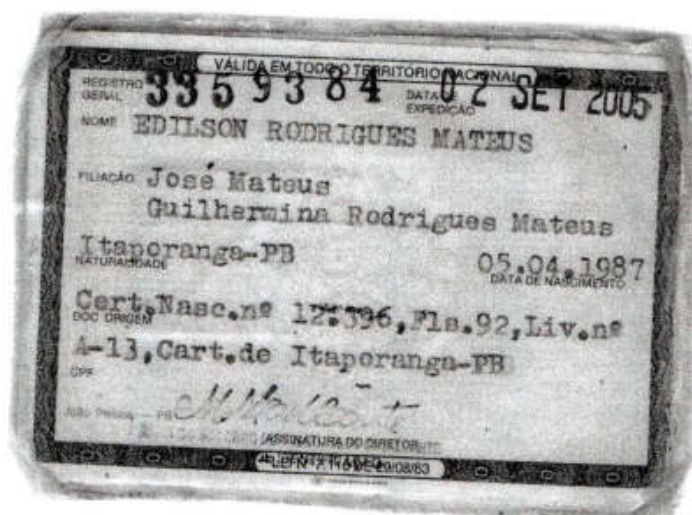




HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital		Enfermagem	Leito	Nº Prontuário	
Nome: Edilson Rodrigues Mateus		Idade: 30	Sexo: M	Cor: Br	
Pressão Arterial/Pulso		Temperatura	Peso	Altura	
Tipo Sanguíneo		Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia
Ureia		Outros			
A.p. Respiratório		Asma		Bronquite	
A.p. Circulatório		Eletrocardiograma			
A.p. Digestivo		Dentes	Pescoco	Ap. Urinário	
Estado Mental		Ataróticos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico Pré-Operatório		Estado Físico		Risco	
Anestesia Anteriores					
Medicação Pré-Anestésica		Aplicada em	Efeito		
Agentes Anestésicos	INDUÇÃO				
Líquido	Satisf. ☒ Excit. ☐ Tosse ☐				
	Laringo Espasmo ☐ Lenta ☐				
	Náuseas ☐ Vômitos ☐				
	Outros ☐				
	MANUTENÇÃO				
	Anestesia Satisf. Sim ☒ Não ☐				
	Não, porque?				
	DESPERTAR				
	Reflexos na SO ☒				
	Obstr. CO2 ☐ Excit. ☐				
	Náuseas ☐ Vômitos ☐				
	Outros ☐				
	Com cânula para o leito-eim ☒ não ☐				
	CONDIÇÕES				
	Cânula ☒				
Simbolos e Anotações					
Posição					
Agentes	Lidolom 2402				
Técnica	Bila MSE 15:1245				
Operação	TRATAMENTO CIRURGIA				
Cirurgiões	SESSÃO				
Anestesiolo	Rivel				
Observações					
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					





PROTOCOLADO
15 MAR 2018
AG. JOAO PLESSO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO DE TRÂNSITO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 ADMINISTRAÇÃO NACIONAL DE TRÂNSITO

NOME
 EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 5652161 SSP PE

CPF
 039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
 13/04/1978

FILIAÇÃO
 ADILSON DOS SANTOS
 ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
 04119219971

ACC
 20/06/2022

CAT. HAB.
 14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
 21/06/2017

Charles Anderson Louca Almeida
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR
 32584580707
 92079761304

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1424948517

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1424948517

CONFREVSERVIDOR E PREVIDENÇA
 6 MAR. 2018
 PROTOCOLC
 AG. JOAO PLSSO.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221552229

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CÓD. RENAVAM 2017/1100005184 EXERCÍCIO 2017

1 0040998763-8 00/00000000 2017

NOME

GERRY ADRIANO BELO DA SILVA

PLACA

09811925488

PLACA ANT. / UF

NOVO PB

CHASSI

9C2KD0550CR539302

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/MAO APLIC

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

ANEXO

2011 2012

LAURE 00420000000

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221552229 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 28/08/2017

PLACA OFD6429/PB

RENAVAM 2040998763

MARKA / MODELO HONDA / XR150 BROS ES

Nº CHASSI 9C2KD0550CR539302

ANO FAB 2011

CLASSE 9

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.808/0001-04

35335-1011444-20170828

DATA 28/08/2017

DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

DATA DE QUITAÇÃO 28/08/2017

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO****Número:** 3180108704**Cidade:** Nova Olinda**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** EDILSON RODRIGUES MATEUS**Data do acidente:** 22/09/2017**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A**PARECER****Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO MAIS FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO MAIS FRATURA DA PATELA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO PUNHO DIREITO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO DIREITO EM 25° E DA EXTENSÃO EM 20°, DO DESVIO ULNAR EM 5°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ALÉM DE QUADRO ÁLGICO DURANTE A MOBILIZAÇÃO.
AO EXAME DO PUNHO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30° E DA EXTENSÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU I, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (1+/4+), ALÉM DE DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM APROXIMADAMENTE 5°.
AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 20° E DA EXTENSÃO FINAL EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO (1+/4+), DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE EM ARTICULAÇÃO PATELO FEMORAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO MAIS FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO MAIS FRATURA DA PATELA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO NO DIA 02/10/2017 COM FIXAÇÃO DE PLACA 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E FIO DE KIRSCHNER, E NO DIA 03/10/2017 FOI REALIZADA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO COM USO DE PLACA DCP 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS ALÉM DE TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO INGUINO MALEOLAR POR UM PERÍODO DE 45 DIAS PARA TRATAMENTO DE FRATURA DA PATELA DIREITA, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. ATUALMENTE PACIENTE ENCONTRA-SE COM SEQUELA EM PUNHO DIREITO DE FORMA MODERADA E EM PUNHO ESQUERDO DE FORMA LEVE, ALÉM DE SEQUELA EM JOELHO DIREITO DE FORMA LEVE. COMPLICAÇÕES: APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO PACIENTE ENCONTRA-SE COM QUADRO ÁLGICO DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela**Data da perícia:** 16/03/2018**Conduta mantida:****Observações:****Médico examinador:** Tiago Martins Formiga**CRM do médico:** 8085**UF do CRM do médico:** PB**DANOS**

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 37,5 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180108704 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON RODRIGUES MATEUS **Data do acidente:** 22/09/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MS ESQUERDO: 25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: Edilson Rodrigues Mateus
Nacionalidade: Brasileira / Estado Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 3.359.384 / CPF: 047.356.334-24
Endereço: R. Bruno Rodrigues Pita, s/n, Centro, Itaporanga/PB

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileira / Estado Civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.064-09
Endereço: Rua Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaporanga/PB.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Edilson Rodrigues Mateus

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

x Edilson Rodrigues Mateus

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

CONFREVS
6 MAR. 2018
PROTOCOLC
AG. JOAO PESSO



Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

