

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230000278

Vítima: JANDEILSON SANTOS DE MELO

Data do Acidente: 27/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANDEILSON SANTOS DE MELO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue. A relação das contas bancárias com impedimentos para crédito de indenização e o formulário estão disponíveis no site https://www.seguradoralider.com.br/ .

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação solicitada.

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230000278

Vítima: JANDEILSON SANTOS DE MELO

Data do Acidente: 27/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JANDEILSON SANTOS DE MELO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230000278

Vítima: JANDEILSON SANTOS DE MELO

Data do Acidente: 27/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANDEILSON SANTOS DE MELO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: JANDEILSON SANTOS DE MELO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005787-8

Conta: 0000020962-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00260.01.2023.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00260.01.2023.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:03 horas do dia 05 de janeiro de 2023, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Investigador de Polícia Civil, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Grazyelle Tavares Veloso**, CPF nº 096.090.664-96, outros documentos OAB /PB 24325, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Advogada, filho(a) de Rejane Tavares Veloso e João Fernandes Veloso da Cunha, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 13/09/1990 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) André Vidal de Negreiros, Nº 92, bairro Centro, tendo como ponto de referência 92, na cidade de Pedras de Fogo/PB, telefone (s) para contato (83) 99672-5558.

Dados do(s) Fatos:

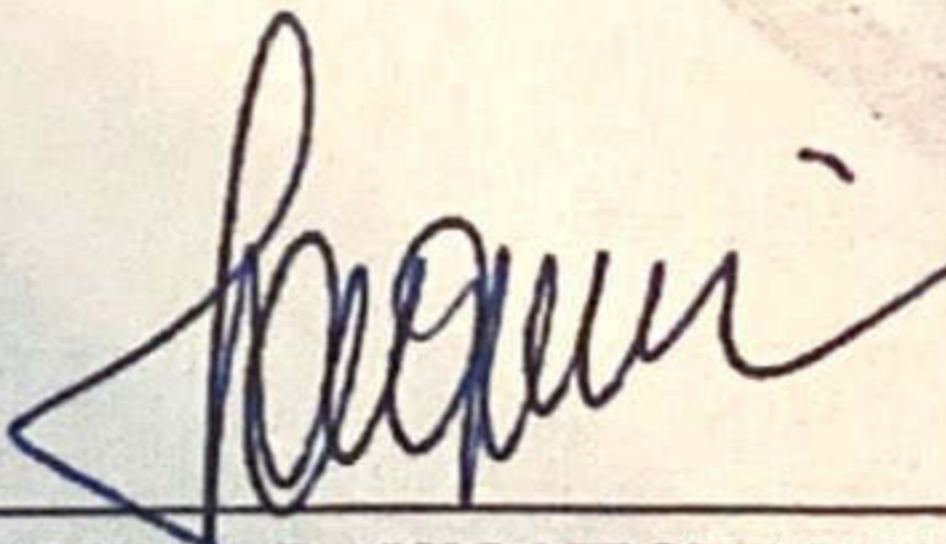
Local: Entrada Principal de Arara, Arara, Arara/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 27/07/20 03:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE A COMUNICANTE, EM POSSE DE PROCURAÇÃO, A ONDE O OUTORGANTE JANDEILSON SANTOS DE MELO, DÁ PLENO PODERES, PARA AGIR EM SEU NOME . NO QUAL SEGUE ANEXO;QUE TRAFEGAVA COM A MOTOCICLERTA ,HONDA CG 150 TITAN EX DE COR VERMELHA, ANO E MODELO 2015/2015 PLACA FML 1749-SP, REGISTRADO EM NOME DE AGUINALDO DE BRITO FERREIRA, CPF 352.036598-77; QUE VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA, E VEIO A CAIR, DEVIDO A GRANDE QUANTIDADE DE CHUVA, QUE CAIA NO MOMENTO, O MESMO VEIO A DERRAPAR, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL, E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O H.E.T.S.H.L, CONFORME LAUDO MEDICO EM ANEXO,

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

João Pessoa/PB, 05 de janeiro de 2023.



JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Investigador de Polícia Civil



GRAZYELLE TAVARES VELOSO
Noticiante

Declaração de Inexistência de IML

[X] 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:

- * 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML

[X] 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:

- * 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

07/02/2023

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8199349

VALOR TOTAL:

2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANDEILSON SANTOS DE MELO

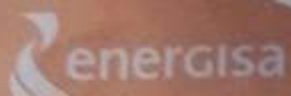
BANCO: 237

AGÊNCIA: 05787

CONTA: 000000020962

Número da Autenticação

36C8330BE70EB64E



ENERGISA
Br 230, Km 26 - Criança
CNPJ 09.095.183 / 0001-40

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Classificação: MTC - CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / BT Tipo de Fornecimento: MONOFÁSICO
RESIDENCIAL / BAIXA RENDA

TENSÃO NOMINAL EM VOLTS

Disp.: 220

Lim. mín.: 202

Lim. máx.: 231

JOSE CICERO PEREIRA DE MELO

SIT CUITE DOS BITUS, S/N - AREA RURAL
ARARA / PB CEP: 58396000 (AG 44)
ROTEIRO 3-45-650-3330

CPF/CNPJ/RANI: 054.416.464-46

CÓDIGO DO CLIENTE

5/599163-3

CÓDIGO DA INSTALAÇÃO

00009073491

REF: MÊS / ANO
Nov / 2022

VENCIMENTO
14/11/2022

TOTAL A PAGAR
R\$ 40,78



NOTA FISCAL Nº 003246604 - SÉRIE 001
DATA EMISSÃO/APRESENTAÇÃO: 07/11/22
Consulte pela Chave de Acesso em
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/nf3e/consulta>

Chave de Acesso
2522 1109 0951 8300 0140 6600 1003 2466 0420 9288 9221

EMITIDO EM CONTINGÊNCIA
Pendente de autorização

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 9/2022) R\$ 10,05



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JANDEILSON SANTOS DE MELO
DADOS DE NASCIMENTO 15/03/1993
NOME DA MÃE MARIA DO CÉU SANTOS SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.248.082
Nº PRONTUARIO 123891
DATA DO ATENDIMENTO 27/07/2020
HORA DO ATENDIMENTO 03:51
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE PLATÔ TIBIAL E + SINDROME COMPARTIMENTAL EM PERNA ESQUERDA
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente foi atendido neste serviço, conduzido pelo SAMU, após ACIDENTE DE MOTO. Apresentava estado geral regular, glasgow 15, VENTILAÇÃO ESPONTANEA FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM PERNA ESQUERDA. Após avaliação da Equipe médica da EMERGÊNCIA + EXAMES DE IMAGEM, Foi evidenciado FRATURA DE PLATÔ TIBIAL E + SINDROME COMPARTIMENTAL EM PERNA ESQUERDA. Realizado FASCIOTOMIA DA PERNA ESQUERDA + CORREÇÃO CIRURGICA DE FRATURA DE PLATO TIBIAL E .RECEBEU alta estável, com orientações sobre retorno ambulatorial , repouso e prescrição de analgésicos.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO
FAST
RX DE TÓRAX
EXAMES LABORATORIAIS
RX DO JOELHO E/RX DA PERNA E

TRATAMENTO:

ALTA HOSPITALAR: 11/09/22
DATA DE EMISSÃO: 21/11/22

Dra. Rossana de Fátima de A. Barbosa
Clínica Médica/Medicina Intensiva
GERIATRIA / CRM - PB 3533

DRA ROSSANA DE FÁTIMA DE ARAÚJO BARBOSA
CRM: 3533/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Samos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1248082



Identificação do paciente			
ID 1521562	Nome JANDEILSON SANTOS DE MELO		Sexo Masculino
Data de nascimento 15/03/1993	Idade 27 anos 6 meses	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião Prontuário 123891
Mãe MARIA DO CEU SANTOS SOUSA	Pai JOSE CICERO PEREIRA DE MELO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - CUNHADO(A)		
DDD Celular 83	Celular 986270821	DDD	Telefone
Tipo documento CPF	Número documento 11097781470	Nº Cms 702402291248842	
Local de procedência HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO	Tipo UNIDADES SAUDE		UF PB
	Naturalidade SERRARIA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58396000	Município de residência ARARA	UF PB	Logradouro CUTE DOS BITUS
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL
Admissão			
Data e Hora 27/07/2020 01:30:49	Número da pulseira 1000008783676	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA	X	mmHg	Pulso
			Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
		Liquor []	ECG []
		Ultrasonografia []	
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por MARCIO MACEDO DA SILVA			Tempo

Imprimir



Documento de Alta

Nome: JANDEILSON SANTOS DE MELO		Sexo: Masculino	Número Prontuário: 123891	
Data de Nascimento: 15/03/1993	Idade: 27A 5M 13D	Data de Internação: 27/07/2020 03:51:23	Data de Alta: 11/09/2020 07:10:28	BAE: 1248082

Mãe: MARIA DO CEU SANTOS SOUSA			
Endereço: SÍTIO CUI TE DOS BITUS, SN	Bairro: ZONA RURAL	Município: ARARA	UF PB

Motivo da alta:
ALTA MEDICA

Conduta:
ALTA HOSPITALAR

Resumo da Internação:
#2º DPO DE TTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO, POR DR KAPTNEY #14º DPO DE RETIRADA FIXADOR E TORNILHO EM MIE SEM INTERCORRENCIAS POR DR. TIBERIO #10º DPO DE MANIPULAÇÃO ARTICULAR DE JOELHO E JOELHO LIMPEZA, SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. GLAUBER E DR. THIAGO FORMIGA. NA ADMISSÃO: PACIENTE ENCAMINHADO DA CIDADE DE GUARABIRA, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM RELATO MÉDICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. APRESENTANDO EDEMA IMPORTANTE EM JOELHO E PERNA ESQUERDA. PULSO TIBIAL POSTERIOR / FEM / POP / PEDIOSO AUSENTE, TENSÃO DE COMPARTIMENTOS DA PERNA ESQUERDO RX EVIDENCIANDO FX FECHADA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, FOI SUBMETIDO A FIXAÇÃO EXTERNA PERNA ESQUERDA SEM INTERCORRENCIAS POR DR. TIBERIO E FASCIOTOMIA POR DRA MARCELA, TAMBEM SEM INTERCORRENCIAS CIRURGIA VASCULAR: PACIENTE SUBMETIDO A FASCIOTOMIA DE PERNA ESQUERDA SOB RAQUIANESTESIA. PROCEDIMENTO OCORREU SEM INTERCORRENCIAS. AO FINAL DO PROCEDIMENTO PACIENTE APRESENTA PULSOS PRESERVADOS. HB PÓS - OP : 13.2 , RX DE CONTROLE REALIZADO CD: ALTA

Resultado de Exames:
OK

Tratamento:
TTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Diagnóstico:
S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia

Recomendações:
ORIENTAÇÕES GERAIS MEDICAÇÃO PARA CASA ACOMPANHAMENTO NO CEREST

Data: 11/09/2020

Dr. Heisenberg Almeida
ORTUPE-DIA E TRALMATOLAKIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM-PB 6229 CNS 980016277284148

Dr. André G. S. Ximenes
Médico
CRM-PB 12412
ANDRÉ GUSTAVO SOARES
XIMENES
CRM: 12412 - PB



Identificação do paciente			
ID 1521562	Nome JANDEILSON SANTOS DE MELO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 15/03/1993	Idade 27 anos 4 meses 12 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião Prontuário
Mãe MARIA DO CEU SANTOS SOUSA	Pai JOSE CICERO PEREIRA DE MELO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) PEDRO RAFAEL COSTA SILVA - CUNHADO(A)		
DDD Celular 83	Celular 986270821	DDD	Telefone
Tipo documento CPF	Número documento 11097781470	Nº Cns 160560088360003	
Local de procedência HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB	
Profissão	Naturalidade SERRARIA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58396000	Município de residência ARARA	UF PB	Logradouro CUTE DOS BITUS
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL
Admissão			
Data e Hora 27/07/2020 01:30:49	Número da pulseira 1000008783676	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA	X	mmHg	Pulso
			Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de acidente motociclista, vindo para avaliação do ORTO. segue aos cuidados.			
Diagnóstico	CID		
Atendido por MARCIO MACEDO DA SILVA	Tempo		

Imprimir



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JANDEILSON SANTOS DE MELO	BAE 1248082	Data/Hora Entrada 27/07/2020 01:30:49	Data Baixa
Data de nascimento 15/03/1993	Idade 27a 4m 12d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986270821
Mãe MARIA DO CEU SANTOS SOUSA		CNS 160560088360003	Prontuário
Endereço CUITE DOS BITUS, 5N	Bairro ZONA RURAL	Município ARARA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCELA SILVA VIEIRA	Nº Cons. Regional 9020/PB
Data/Hora Classificação 27/07/2020 01:30:49		Data/Hora Prescrição 27/07/2020 03:27:51	

ANAMNESE

CIRURGIA VASCULAR - NOTA OPERATÓRIA # PACIENTE SUBMETIDO A FASCIOTOMIA DE PERNA ESQUERDA SOB RAQUIANESTESIA. PROCEDIMENTO OCORREU SEM INTERCORRÊNCIAS. AO FINAL DO PROCEDIMENTO PACIENTE APRESENTA PULSOS PRESERVADOS. AOS CUIDADOS DA ORTOPEdia

Conduta

Em observação

Enfermeiro

MARCELA SILVA VIEIRA
(CRM: 9020/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 27/07/2020 01:30:49

Cir. Vascular, 27/07/2020, 08:00h:
 Paciente elbuido com pulso tibial Ps-
 feror presente, sensibilidade e mobilidade
 presente em pedágulo
 Conduta: ortopedia

Dr. Alexandre Messias dos Santos
 Angiologia e Cirurgia Vascular
 CRM-PB 5148



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JANIELSON SANTOS DE MELO	BAE 1248082	Data/Hora Entrada 27/07/2020 01:30:49	Data Baixa
Data de nascimento 15/03/1993	Idade 27a 4m 12d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986270821
Mãe MARIA DO CEU SANTOS SOUSA		CNS 160560088360003	Prontuário
Endereço CUITE DOS BITUS, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ARARA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCELA SILVA VIEIRA	Nº Cons. Regional 9020/PB
Data/Hora Classificação 27/07/2020 01:30:49		Data/Hora Prescrição 27/07/2020 03:25:18	

ANAMNESE

CIRURGIA VASCULAR # PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM FRATURA DE OSSOS DA PERNA, APRESENTANDO DOR, EDEMA IMPORTANTE E TENSÃO DE COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE PERNA ESQUERDA. PULSOS: FEM + / POP + / TP+ / PEDIOSO - CD: INDICO FASCIOTOMIA DE PERNA AO BC

Conduta

Em observação

Enfermeiro


MARCELA SILVA VIEIRA
(CRM: 9020/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 27/07/2020 01:30:49



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JANDEILSON SANTOS DE MELO	BAE 1248082	Data/Hora Entrada 27/07/2020 01:30:49	Data Baixa
Data de nascimento 15/03/1993	Idade 27a 4m 12d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986270821
Mãe MARIA DO CEU SANTOS SOUSA		CNS 160560088360003	Prontuário
Endereço CUITE DOS BITUS, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ARARA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	Nº Cons. Regional 4518/PB
Data/Hora Classificação 27/07/2020 01:30:49		Data/Hora Prescrição 27/07/2020 01:32:16	

ANAMNESE

PACIENTE ENCAMINHADO DA CIDADE DE GUARABIRA, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM RELATO MÉDICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. APRESENTANDO EDEMA IMPORTANTE EM JOELHO E PERNA ESQUERDA. SOLICITO RAIOS-X E TC DO JOELHO ESQUERDO E AVALIAÇÃO DA CIRURGIA VASCULAR.

EXAME DE IMAGEM

OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Em observação

Enfermeiro

JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
(4518/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 27/07/2020 01:30:49

Nome JANDEILSON SANTOS DE MELO		Boletim de Atendimento 1248082	Data/Hora Entrada 27/07/2020 01:30:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 15/03/1993	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 16056008830003	Prontuário 123891
Tempo de Internação 17d 4h 49min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/07/2020 01:30:49	Data Internação 27/07/2020 03:51:23	Permanência na Unidade: 17d 7h 10min		Permanência no Leito: 16d 10h 14min

EVOLUÇÃO MEDICA (ROBERTO DINO LATTARULI - 13/08/2020 08:40:41)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
#CIRURGIA PLÁSTICA #

- D18 IH
- FASCIOTOMIA
- PO DE FECHAMENTO DE SEGUIMENTO DE FASCIOTOMIA

Últimas 24hs : sem intercorrências

Paciente lúcido , orientado e cooperativo . Sem queixas álgicas no momento .

Ferida Cirúrgica : bom aspecto

Conduta : CURATIVO SOB ANESTESIA

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: LEITO - 003
Profissional responsável pela informação: ROBERTO DINO LATTARULI

(Handwritten Signature)
Dr. Roberto Dino Lattaruli
Cirurgião Plástico
CRM-PB 4506 / RQE 1233
Número Conselho: 4506

VALZONI - LEI 1172020
TÍTULO Nº. 1000000
SISTEMA Nº. 1000000
CNPJ Nº. 07.000.000/0001-00
CONTEÚDO Nº. 1000000

(Faint handwritten notes)
Paciente sob observação
Mantido
em observação / 07/08/2020

Identificação de Caixas de Cirurgias



BE: 1248052

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: Jandeilson Santos de Melo

Enfermaria/Leito:

Cirurgia: 110. cir. de Fratura de Tibia (e)

Cirurgião: Dr. Portine

Data: 09 / 09 / 2020 Sala: 05

Circulante de Sala: Maria Marques (205732)

~~Cx. Comp. fêmur c/ 13 pps 07/09/20~~

~~Ex. fêmur c/ 68 pps~~

~~F 06 Kelly arva 14 03 Kelly arva 16~~

~~03 Kelly arva 14 03 Kelly arva 16~~

~~AUTO:02 CICLO:04
DATA:08/09/2020
VALIDADE:08/12/2020
TEC:KESSIA
COREN-PB:941297
ENF:EDVANDA
COREN-PB:70992~~

~~AUTO:01 CICLO:04
DATA:07/09/2020
VALIDADE:07/12/2021
TEC:ELISANGELA
COREN-PB:146690
ENF:MICHELY
COREN-PB:122493~~

~~AUTO:02 CICLO:07
DATA:31/08/2020
VALIDADE:31/11/2020
TEC:CALINE
COREN-PB:174951
ENF:DORA LIMA
COREN-PB:73223~~

~~AUTO:02 CICLO:07
DATA:31/08/2020
VALIDADE:31/11/2020
TEC:CALINE
COREN-PB:174951
ENF:DORA LIMA
COREN-PB:73223~~

~~Pete Jandeilson Santos 31/08/2020~~

~~Ex: 49 Yulokye Blaquada~~

~~Jandeilson Santos 31/08/2020~~

~~49 Yulokye Blaquada Pete~~

~~Preparação stryker = 05 pps~~

~~Mariela~~

~~08/09/20~~

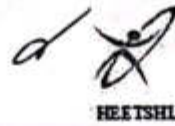
~~AUTO:02 CICLO:04
DATA:15/08/2020
VALID:15/11/2020
TEC:ENF.:MAGNA
COREN-PB:1097567
ENF:EDVANDA
COREN:70992~~

~~ca. Formão e 107 pps~~

~~Mariela~~

~~02/09/2020~~

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: JANDEILSON SANTOS DE MELO BE/PRONTUÁRIO: 1248082
 IDADE: 27 SEXO: MASC COR: _____ DATA: 9/9/2020
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE CONSOLIDAÇÃO VISIOSA
 CIRURGIÃO: DR. KARTNEY 1º ASS: DR HUMBERTO JANSEN
 2º ASS: DR. VALDEBAN 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: TIERRI
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO CONSOLIDADA VICIOSAMENTE	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS CONSOLIDADA VICIOSAMENTE	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO
 DESCRIÇÃO: _____
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:


 Dr. Valdeben Carvalho Jr.
 Médico - CRM/PB 1092
 CNS 2063469996

DATA: 9/9/2020

RX
HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB RAQUE+ COLOCAÇÃO DE GARROTE EM RAIZ DE COXA ESQ	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS	
Incisão:	
ANTEROLATERAL JOELHO ESQUERDO	
ANTEROMEDIAL JOELHO ESQUERDO	

Achados:	
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO CONSOLIDADA VICIOSAMENTE	

Conduta:	
REALIZADO OSTEOTOMIA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE PLATO	
RESTABELIMENTO DA ARTICULAÇÃO	
REDUÇÃO DE FRATURA POSTERIOR + APOSIÇÃO DE PLACA BLOQ, EM T, MEDIAL COM PARTAFUSOS	
APOSIÇÃO DE PLACA BLOQ, EM L, COM PARAFUSOS	
FECHAMENTO POR PLANOS	

RETIRADA DE GARROTE + REVISAO DE HEMOSTASIA	
FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS	
CURATIVO ESTERIL	
OBS: RX DE CONTROLE	

Médico/CRM:

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
CRM: 152222-0/RS
15/02/2020

João Pessoa,

9/9/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA

PREFEITURA

Nome: Juanderson Santos da Mota BE/Prontuário: _____
 Idade: 27 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 01/09/2020
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Manipulação cirúrgica da junta E + 2MC
 Cirurgião: Dr. Galvão 1º Assistente: Dr. Thiago Formiga
 2º Assistente: Dr. Zé 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesiologista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Frações consolidadas da placa tibial</u>	<u>(E)</u>
<u>Infecção da F.O.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Manipulação cirúrgica da junta (E)</u>	
<u>Redução mecânica cirúrgica</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 01/09/2020

Médico/CRM: Jorge Pinto
48.000.000-0 e Traumatologista
 CRM-PB 12.278

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: Paciente em DM/20° comente assistida e anti-ssupste Aposição de cunços cunços
Incisão: Não tem
Achados: - Fratura de corpo lateral da plate tibial (E) - Imposição de F.D.
Conduta: - Zompage cirurgica e SF 8,9i - Iluminação articular da joelho esquerdo
Fechamento:
Observação: - TC da joelho E.

João Pessoa, 01/09/2020

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: JANDEILSON SANTOS DE MELO BE/PRONT 1248082
 IDADE: 27 SEXO: M COR: _____ DATA: 28/8/2020
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR EM MIE
 CIRURGIÃO: DR TIBERIO 1º ASS: MR1 AUGUSTO
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CODIGO
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MID	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:
 DESCRIÇÃO:
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA _____ TERAPIA INTENSIVA
 _____ RESIDÊNCIA _____ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____ DATA: **28/8/2020**



RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

NOME: JANDEILSON SANTOS DE MELO BE/PRONTUÁRIO 1248082
 IDADE: _____ SEXO: M COR: PARDA DATA: 27.07.2020
 CLÍNICA /SETOR: CIRURGIA VASCULAR EMP: _____ LR: _____
 CIRURGIA: FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DE PERNA ESQUERDA
 CIRURGIÃO: DRA. MARCELA VIEIRA 1º ASS: _____
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUI HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
SÍNDROME COMPARTIMENTAL DE PERNA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DE PERNA ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO
 DESCRIÇÃO: _____
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DRA. MARCELA VIEIRA DATA: 27.07.2020



Identificação de Caixas de Cirurgias

Janderbron Santos de Melo

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: 16/03

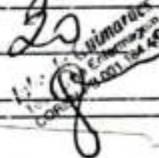
Enfermaria/Leito:

Cirurgia: TC fechamento de fístula MTE

Cirurgião: DR. Wagner

Data: 18/08/20 Sala: 02

Circulante de Sala:



AUTO:01 CICLO:04
DATA:17/08/2020
VALID:17/11/2020
TEC.ENF.:CLEIDE
COREN-PB: 224813
ENF:DORA LIMA
COREN:73223

AUTO:02 CICLO:02
DATA:17/08/2020
VALID:27/08/2020
TEC.ENF.:CLEIDE
COREN-PB: 224813
ENF:DORA LIMA
COREN:73223

AUTO:02 CICLO:01
DATA:17/08/2020
VALID:27/08/2020
TEC.ENF.:CLEIDE
COREN-PB: 224813
ENF:DORA LIMA
COREN:73223

AUTO:02 CICLO:02
DATA:14/08/2020
VALIDADE:14/11/2020
TEC: CLEIDE
COREN-PB:224813
ENF:FERNANDO
COREN:579951

~~Wagner et 02 perf~~
~~17/08/2020~~
~~17/11/2020~~

EMU-GRAPH™ A
7 min.-134°C



STEAM

ISO 11140-1, Type 6

Su.T. LOT 190601

~~et 02 perf~~
~~et 02 perf~~
~~et 02 perf~~
ex. MTE = 49 perf

~~17/08/2020~~
~~(NG).AS. (R.029-1)~~
~~Ex. MTE~~

Nome: JANDEILSON SANTOS DE MELO BE/Prontuário: 1248082
 Idade: 27 ANOS Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/08/20
 Clínica/Setor: UTQ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: fechamento de fasciotomia
 Cirurgião: FCO CHAGAS 2913 1º Assistente: SAULO
 2º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia RAQUE Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
FASCIOTOMIA	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
FECHAMENTO FASCIOTOMIA	

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


Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa 18 / 08 / 2020

Médico/CRM: FCO CHAGAS 2913



F(NG).ASCIR.009-1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	
	1. PACIENTE EM DDH COM ANESTESIA RAQUE
	2. FECHAMENTO FASCIOTOMIA
	3. SUTURA COM MONONYLON 3-0
	4. OCLUSÃO
Fechamento:	
Observação:	

Médico: FCO CHAGAS 2913



João Pessoa, _18 / _08 / _2020_

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: JANDEILSON SANTOS DE MELO BE/Prontuário: 1248082
Idade: 27 ANOS Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 17/08/20
Clínica/Setor: _____ UTQ _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: CURATIVO MÉDIO QUEIMADO
Cirurgião: SAULO MONTENEGRO 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: SEDAÇÃO Horário: Início _____:____:____ Término _____:____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
FASCIOTOMIA	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
CURATIVO SOB ANESTESIA	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa 17 / 08 / 2020

Médico/CRM: THIAGO LINO

Dr. Thiago Lino
Cirurgião Plástico
CRM-PB 6368

F(NG).ASCIR.009-1

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	
	1. PACIENTE EM DDH COM ANESTESIA
	2. CURATIVO COM COLAGENASE
	3.
	4. OCLUSÃO
Fechamento:	
Observação:	

Entendimento do Paciente e Assinatura do Cirurgião

() Enfermeira / Terapia Intensiva / A Anestesiologia

Médico: THIAGO LINO/6368

João Pessoa, 17 / 08 / 2020


Dr. Thiago Lino
Cirurgião Plástico
CRM-PB 6368

Médico: CRM. ROBERTO

Nome: JANDEILSON SANTOS DE MELO BE/Prontuário: _1248082
 Idade: 27 ANOS_ Sexo: (X) Masculino () Feminino Cor: ___ Data: _13 / 08 / 2020_
 Clínica/Setor: _____ UTQ _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: CURATIVO
 Cirurgião: ROBERTO DINO/4506 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ Anestesista : GESIRA
 Tipo de Anestesia: ANESTESIA GERAL Horário: Início ___:___ Término ___:___

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
PERDA DE SUBSTÂNCIA	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
CURATIVO	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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


Médico/CRM : ROBERTO DINO/4506

João Pessoa, 13 de Agosto de 2020
 Dr. Roberto Dino
 Cirurgião Plástico
 CRM-PB 4506 / RQE 1293

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	
1. PACIENTE EM DDH	
2. BALNEOTERAPIA	
3. CURATIVO SULFADIAZINA DE PRATA	
4. OCLUSÃO	
Fechamento:	
Observação:	

João Pessoa, 13 / 08 / 2020

Médico: ROBERTO DINO/4506


Dr. Roberto Dino Lattarol
Cirurgião Plástico
CRM-PB 4508 RQE 1233

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

[Handwritten mark]

Nome: **JANDEILSON SANTOS DE MELO** BE/Prontuário: **1248082**
Idade: **27 ANOS** Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: **08/08/20**
Clínica/Setor: **UTQ** EMP: **LR:**
Cirurgia: **CURATIVO GRAU II SEM DEBRIDAMENTO**
Cirurgião: **EMILTON AMARAL SEGUNDO** 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: **SEM ANESTESIA** Horário: Início _____:_____:_____ Término _____:_____:_____

Diagnóstico Pós-operatório	CID
FASCICTOMIA EM PERNA ESQUERDA	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
CURATIVO GRAU II SEM DEBRIDAMENTO	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biópsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensiva Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, **08/08/20**

Médico/CRM:

EMILTON AMARAL SEGUNDO/5352

[Handwritten signature]
Dr. Emilton Amaral Segundo
Cirurgia Plástica
CRM/PB 5352

Av. Orestes Lisboa, S/N – Conjunto Pedro Gondim – João Pessoa/PB – CEP 58.031-090
Fone.: (83) 3216-5733



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	
	1. PACIENTE EM DDH SEM ANESTESIA
	2. BALNEOTERAPIA
	3. CURATIVO ABSORTIVO DE PRATA (BIATAIN Ag)
	4. OCLUSÃO
Fechamento:	
Observação:	

João Pessoa, 08/08/20

Médico/CRM:

EMILTON AMARAL SEGUNDO/5352

Dr. Emilton Amaral Segundo
Cirurgia Plástica
CRM-PB 5352

Av. Orestes Lisboa, S/N – Conjunto Pedro Gondim – João Pessoa/PB – CEP 58.031-090
Fone.: (83) 3216-5733

Nome: JANDEILSON SANTOS DE MELO BE/Prontuário: 1248082

Idade: 27 ANOS Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 05/08/20

Clínica/Setor: _____ UTQ _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: CURATIVO MÉDIO QUEIMADO

Cirurgião: MARCELO ÁTILA 1º Assistente: _____

2º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: SEDAÇÃO Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>MÉDIO QUEIMADO</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>CURATIVO SOB ANESTESIA</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa 05 / 08 / 2020

Médico/CRM: MARCELO ÁTILA

Marcelo Átilla
Assistente
5

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	
1. PACIENTE EM DDH COM ANESTESIA	
2. CURATIVO COM ÓLEO DE GIRASSOL	
3.	
4. OCLUSÃO	
Fechamento:	
Observação:	

Médico: MARCELO ÁTILA



João Pessoa, _05 / _08 / 2020_

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8100-0



NOME

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
"RICARDO GUMBLETON DAHL"
JANDEILSON SANTOS DE MÊLO



FILIAÇÃO
JOSE CICERO PEREIRA DE MÊLO

MARIA DO CÉU SANTOS SOUSA

DATA NASCIMENTO
15/03/1993
NATURALIDADE
SERRARIA - PB
OBSERVAÇÃO

ORÇÃO EXPEDIDOR
SSP-SP
FATOR RM

4976494D

Jandelson Santos de Mello
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.115 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 110977814/70

DMU

REGISTRO GERAL 66.426.609-5 1 via DATA DE EMISSÃO 21/11/2019

REGISTRO CIVIL

SERRARIA-PB SERRARIA CN:LV.A010/FLSº156/Nº09699

T. ELEITOR 000041219661201

CTPS 000000000067579

SERIE 0033

UF PB

MIS.PIS./PASEP

IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CNH

CNS

POLEGAR DIREITO



Assinatura
Destacado de Rubrica Registrada sob nº 11030
ASSINATURA DO DIRETOR.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3230000278**

Nome do(a) Examinado(a): **JANDEILSON SANTOS DE MELO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Sítio Cuite dos Bitus, S/N - Zona Rural - Arara - PB - CEP 58396-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **66.426.609-5**

Data e local do acidente: [**27/07/2020**] **Zona rural da Cidade de Pilões PB**

Data e local do exame: [**30/01/2023**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do platô tibial esquerdo.

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

Ao exame físico, vítima apresenta claudicação da marcha à esquerda, cicatriz cirúrgica no joelho esquerdo, hipotrofia muscular da coxa esquerda, rigidez articular e déficit de força motora do joelho esquerdo.

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

[] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico de urgência com colocação de fixador externo trans articular que posteriormente foi convertida para osteossíntese interna com placas e parafusos.

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

[] Sim [] Não

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

Limitação funcional do joelho esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dr. João Bartolomeu P. Rebelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 45181

Joao Bartolomeu Pinto Rebelo - CRM: 45181 - PB

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 110 977 814-70 4 - Nome completo da vítima: JANDEILSON SANTOS DE MELO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: JANDEILSON SANTOS DE MELO 6 - CPF: 110 977 814-70

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: Sítio cuite dos Bitus 9 - Número: SIN 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: ARARA / PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58396-000

15 - E-mail: SANTOSJANDEILSONPREV@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 83 99673-5558

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR OU TUTOR)

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: 5787 CONTA: 00962-7 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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização do Seguro DPVAT.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • 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.
 Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
 Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não obtido
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ARARA/PB, 30 DE NOVEMBRO DE 2022.

Jandeilson Santos de Melo
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3230000278

Cidade: Arara

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JANDEILSON SANTOS DE MELO

Data do acidente: 27/07/2020

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico, vítima apresenta claudicação da marcha à esquerda, cicatriz cirúrgica no joelho esquerdo, hipotrofia muscular da coxa esquerda, rigidez articular e deficit de força motora do joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico de urgência com colocação de fixador externo trans articular que posteriormente foi convertida para osteossíntese interna com placas e parafusos.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2023

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3230000278

Cidade: Arara

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JANDEILSON SANTOS DE MELO

Data do acidente: 27/07/2020

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico, vítima apresenta claudicação da marcha à esquerda, cicatriz cirúrgica no joelho esquerdo, hipotrofia muscular da coxa esquerda, rigidez articular e deficit de força motora do joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico de urgência com colocação de fixador externo trans articular que posteriormente foi convertida para osteossíntese interna com placas e parafusos.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2023

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3230000278 **Cidade:** Arara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDEILSON SANTOS DE MELO **Data do acidente:** 27/07/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. P.1,7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FASCIOTOMIA; FIXADOR EXTERNO; PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.3,5,10-17,19-28

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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 - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3230000278 **Cidade:** Arara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDEILSON SANTOS DE MELO **Data do acidente:** 27/07/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. P.1,7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FASCIOTOMIA; FIXADOR EXTERNO; PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.3,5,10-17,19-28

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000559/23

Vítima: JANDEILSON SANTOS DE MELO

CPF: 110.977.814-70

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 27/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JANDEILSON SANTOS DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JANDEILSON SANTOS DE MELO : 110.977.814-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000559/23

Número do Sinistro: 3230000278

Vítima: JANDEILSON SANTOS DE MELO

CPF: 110.977.814-70

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 27/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JANDEILSON SANTOS DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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