



Número: **0800217-88.2023.8.15.0461**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Solânea**

Última distribuição : **28/02/2023**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANDEILSON SANTOS DE MELO (AUTOR)		ELLEN SANTOS ARAUJO (ADVOGADO) GRAZYELLE TAVARES VELOSO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71015 653	28/03/2023 10:06	2881391_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 17266186





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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: INTERRUÇÃO 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

Pag. 00229/00230 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 17267474





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00209/00210 - carta_15R - INVALIDEZ

00010105







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:

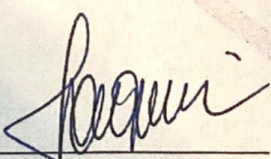
Local: Entrada Principal de Arara, Arara, Arara/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 27/07/20 03:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

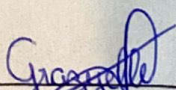
QUE A COMUNICANTE, EM POSSE DE PROCURAÇÃO, A ONDE O OUTORGANTE JANDEILSON SANTOS DE MELO, DÁ PLENO PODERES, PARA AGIR EM SEU NOME . NO QUAL SEGUE ANEXO;QUE TRAFEGAVA COM A MOTOCICLETA ,HONDA CG 150 TITAN EX DE COR VERMELHA, ANO E MODELO 2015/2015 PLACA FML 1749-SP, REGISTRADO EM NOME DE AGUINALDO DE 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

Procedimento Policial: 00260.01.2023.1.00.401

1/1

Scanned with CamScanner



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

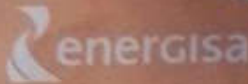
AGÊNCIA: 05787

CONTA: 000000020962

Número da Autenticação

36C8330BE70EB64E





ENERGISA
Br 230, Km 25 - Cristal
CNPJ 08.095.183 / 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 / B1 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 59398000 (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

Encargos 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.

Scanned with CamScanner





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

RUA PEDRO GONDIM, 8/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
Mãe MARIA DO CEU SANTOS SOUSA	Paí JOSE CICERO PEREIRA DE MELO	Prontuário 123891	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - CUNHADO(A)	Telefone	
DDD Celular 83	Celular 986270821	DDD	
Tipo documento CPF	Número documento 11097781470	Nº Cns 70202291248842	
Local de procedência HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO	UF PB	Tip UNIDADESAUDE	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	Clinica		
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			
Diagnóstico			CID
Atendido por MARCIO MACEDO DA SILVA			Tempo

Imprimir

172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1248082

Scanned with CamScanner





Documento de Alta

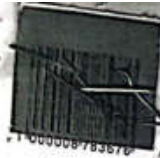
Nome: JANDEILSON SANTOS DE MELO		Sexo: Masculino		Número Prontuário: 123891	
Data de Nascimento: 15/03/1993	Idade: 27A 5M 13D	Data de Internação: 27/07/2020 03:51:23	Data de Alta: 11/09/2020 07:10:28	BAE: 1248082	
Mãe: MARIA DO CEU SANTOS SOUSA					
Endereço: SÍTIO CUI TE DOS BITUS, SN			Bairro: ZONA RURAL	Município: ARARA	UF PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA					
Conduta: ALTA HOSPITALAR					
Resumo da Internação: #22 DPO DE TTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO, POR DR KARTNEY #14° DPO DE RETIRADA FIXADOR E TIBERIO EM MIE SEM INTERCORRENCIAS POR DR. TIBERIO #10° DPO DE MANIPULAÇÃO ARTICULAR DE JOELHO E JOELHO LIMPEZA, SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. GLAUBER E DR. THIAGO FORMIGA. NA ADMISSÃO: PACIENTE EXAMINADO 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 ESQUERDA 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
ORTUPEDIÁ E TRAUMATOLOGIA
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 JANDELSON SANTOS DE MELO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 15/03/1993	Idade 27 anos 4 meses 12 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião
Mãe MARIA DO CEU SANTOS SOUSA		Pai JOSE CICERO PEREIRA DE MELO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) PEDRO RAFAEL COSTA SILVA - CUNHADO(A)	
DDD Celular 63	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
Idade	Naturalidade SERRARIA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58396000	Município de residência ARARA	UF PB	Logradouro CUITE 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			
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 - CNEB: 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

(Assinatura)
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 elbluido com pulso tibial Ps-
ferior presente, sensibilidade e mobilidade
presente em pododactilos
Conduta: ortopedia

(Assinatura)
Dr. Alexandre Martins dos Santos
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM: 5148





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 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





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



Serviço Total
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Scanned with CamScanner



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

Dr. Roberto Dino Lattaruli
Cirurgião Plástico
CRM-PB 4508 / RQE 1233
Número Conselho: 4506



Identificação de Caixas de Cirurgias



BE: 124 808 2

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: Jandelson Santos de Melo

Enfermaria/Leito:

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

Cirurgião: Pi - Partineci

Data: 09 / 09 / 2020 Sala: 05

Circulante de Sala: Maria Marques (205752)

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

~~Ex. Fêmur c/ 68 peças~~

~~F 06 Kelly ano 14 os Kelly ano 16
os Kelly ano 14 os Kelly ano 16~~

~~08/09/20~~

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: 146890
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 Jandelson Santos 31/08/2020
01/11~~

~~Ex: 45 Pictolife Bloquada~~

~~Jandelson Santos 31.08/2020
01/09~~

~~45 Pictolife Bloquada Pete~~

~~Preparação stuyker = 05 peças~~

~~Marilux~~

~~08/09/20~~

~~(NG).ASCIV.9-1~~

~~ca. Formão e 107 peas~~

~~Marilux~~

~~02/09/2020~~

Obstetom e l
Bend

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



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 VIOSA
 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. Valdeban Carvalho Jr.
 Médico - CRM/PE 3692
 CNS 20634699936

DATA: 9/9/2020



RELATÓRIO DE CIRURGIA

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	
Condução:	
REALIZADO OSTEOTOMIA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE PLATO	
RESTABECIMENTO DA ARTICULAÇÃO	
RÉDUÇÃO 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:

João Pessoa,

9/9/2020



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em posição anestesiada
	Assimétrica e antissagital
	Aposição de duas curvas curvas
Incisão:	Não tem
Achados:	- Fratura com deslocamento da plateia tibial (E) - Imobilização da F.D.
Conduta:	- Zonagem cirúrgica de 2x 2,9x - Imobilização articular da jointo esquerda
Fechamento:	
Observação:	- TC da jointo E.

João Pessoa, 01/09/2020

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned with CamScanner



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	CÓDIGO
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



9

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



EEETSHL

Identificação de Caixas de Cirurgias



Janderilson Santos de Melo

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: 36/03

Enfermaria/Leito:

Cirurgia: TC fechamento de faciotomia MTE

Cirurgião: Dr. Chagas

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

EMU-GRAPH™ A
7 min.-134°C



STEAM

ISO 11140-1, Type 6

LOT 190601

~~17/08/2020~~
~~Chagas~~
~~02 P1~~

~~ex. MDT = 29 peças~~
~~17/08/20~~
~~F(NG).AS/R.029-1~~
~~Essen~~





RELATÓRIO DE CIRURGIA



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

Handwritten signature and stamp of FCO CHAGAS 2913

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



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_

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned with CamScanner





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

Scanned with CamScanner





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

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

Médico: THIAGO LINO/6368

Dr. Thiago Lino
 Cirurgião Plástico
 CRM-PB 6368

João Pessoa, _17 / 08 / 2020_

F(NG).ASCIR.009

Scanned with CamScanner



RELATÓRIO DE CIRURGIA

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 1233

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

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

Médico: ROBERTO DINO/4506

João Pessoa, 13 / 08 / 2020

Dr. Roberto Dino Lattaroli
 Cirurgião Plástico
 CRM-PP 4503 RQE 1233

F(NG).ASCIR.009-1

Scanned with CamScanner





RELATÓRIO DE CIRURGIA

e

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
FASCIOTOMIA 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

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

Scanned with CamScanner





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

Scanned with CamScanner





RELATÓRIO DE CIRURGIA



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
MEDIO QUEIMADO	

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 05 / 08 / 2020

Médico/CRM: MARCELO ÁTILA

Marcelo Átilla
Assinado eletronicamente
15





RELATÓRIO DE CIRURGIA



	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:	

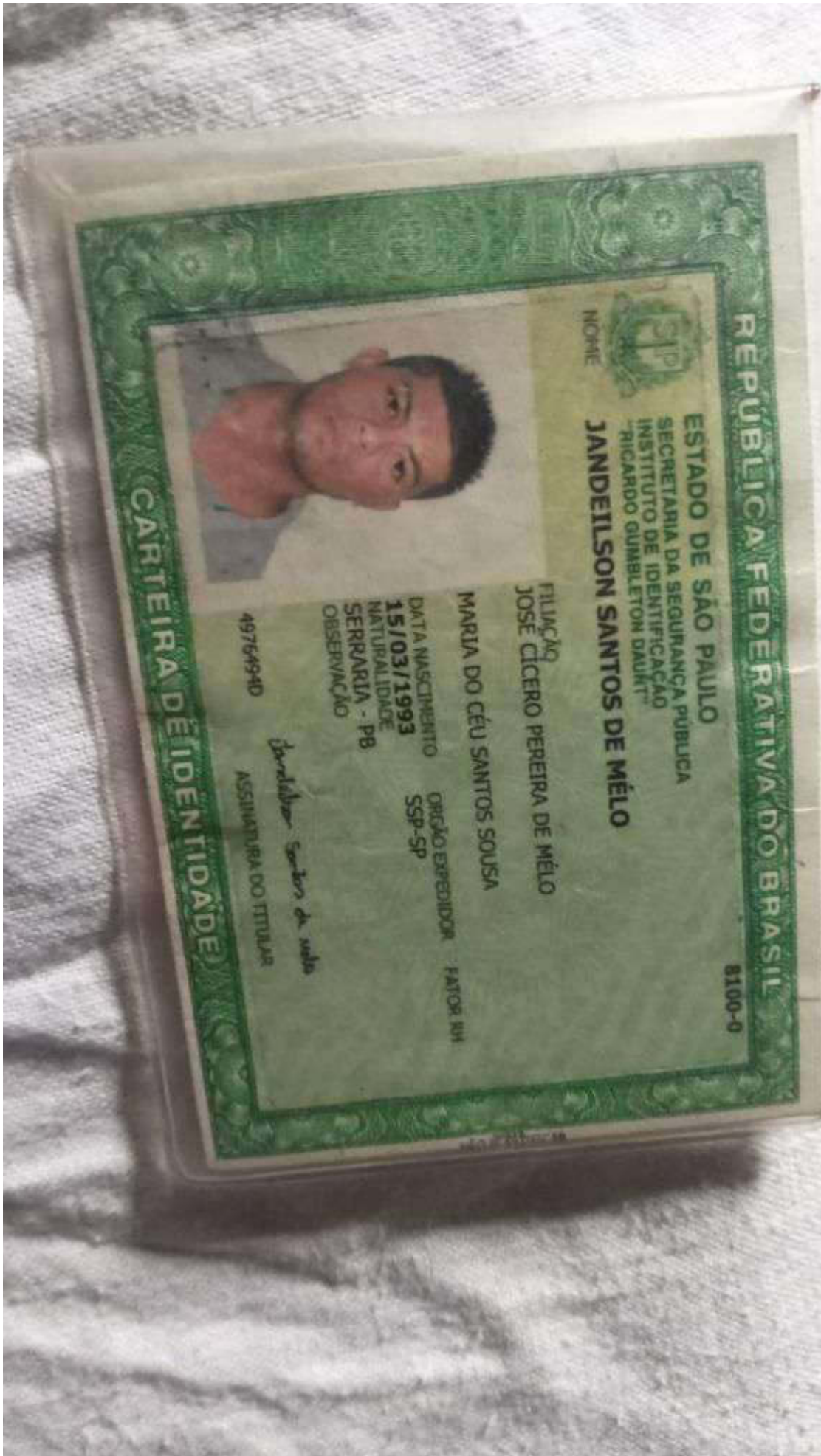
Médico: MARCELO ÁTILA

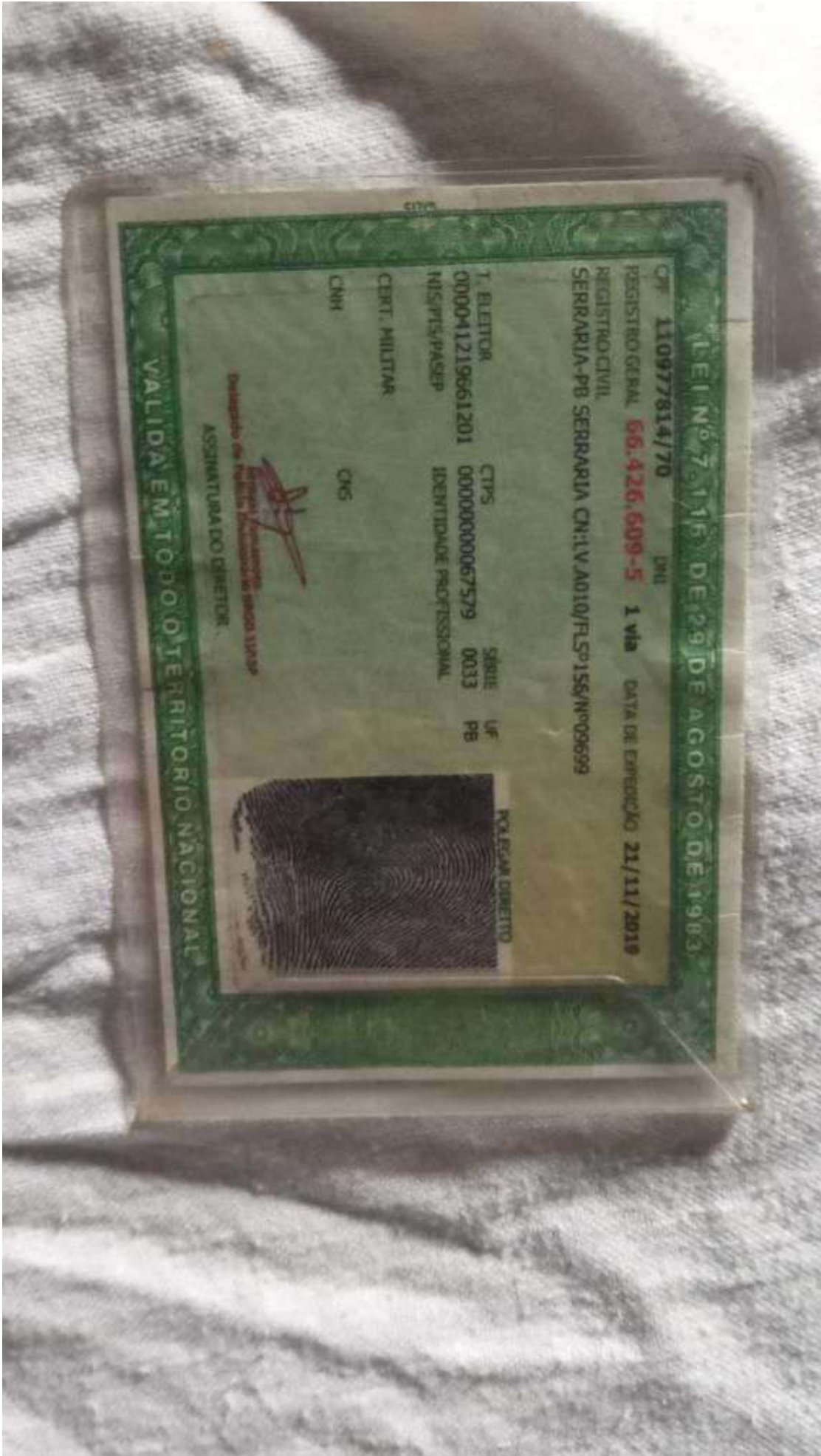
João Pessoa, _05 / 08 / 2020_

FONQ/ASCIR 000.1

Scanned with CamScanner







LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 110977814/70

DNI

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

REGISTRO CIVIL

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

T. ELEITOR

000041219661201

MIS/PT5/PASEP

CTPS

000000000067579

IDENTIDADE PROFISSIONAL

SERIE

0033

UF

PB

CERT. MILITAR

CNH

CNS

Delegado de Polícia Suelio Moreira Torres
Assinatura do Diretor



POLICIA DIRETTO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO 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 seqüela 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 (Seqüela):
Joelho esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

% 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.



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: S/N 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 99672-5558

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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 5787 CONTA: 00962-7 AGÊNCIA: CONTA:

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 (alminhas)? 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 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 NOVENBRO DE 2022.

Jandelson Santos de Melo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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 déficit 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 déficit 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.

