

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANO SILVA DE FRANCA**

Nº Sinistro: **3180222912**

Vitima: **CRISTIANO SILVA DE FRANCA**

Data do Acidente: **04/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180222912**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12821464



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANO SILVA DE FRANCA**
Nº Sinistro: **3180222912**
Vitima: **CRISTIANO SILVA DE FRANCA**
Data do Acidente: **04/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180222912**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANO SILVA DE FRANCA**

Sinistro: **3180222912**

Vítima: **CRISTIANO SILVA DE FRANCA**

Data do Acidente: **04/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180222912** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Carta nº: 13148725

A/C: CRISTIANO SILVA DE FRANCA

Nº Sinistro: 3180222912
Vítima: CRISTIANO SILVA DE FRANCA
Data do Acidente: 04/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **CRISTIANO SILVA DE FRANCA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000109759-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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

Sinistro: **3180222912**
Nome do(a) Examinado(a): **CRISTIANO SILVA DE FRANCA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA TEREZINHA BATISTA HARDMAN nº 68 - LOT BOA VISTA - SANTA RITA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2749415 - SSP**
Data e local do acidente: **04/04/2018 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **13/07/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO- GALEAZZI.

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

TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA, SEM COMPLICAÇÕES.

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

CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 08 CM DE 08 CM NO TERÇO MÉDIO DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **PUNHO DIREITO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB


João Fernandes de Souza
CRM - PB 2732

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

058.751.634-88

Nome completo da vítima

Cristiano Silva de Franca

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Cristiano Silva de Franca		058.751.634-88		-	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Teresinha Batista Hardman		68		-	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Lot Boa Vista	Santa Rita	PB	58304-500		
Email		Telefone (DDD)			
		3193708-8728			
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, que o endereço informado é verdadeiro. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.					

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

1934

D/V

CONTA

NRO.

109759

D/V

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 15 de Maio de 2018

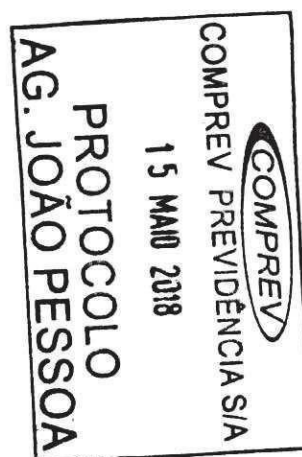
Local e Data

Cristiano Silva de Franca

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AGENCIA : 1914 - SANTA RITA, PB
CONTA : 013 00109759-1
CLIENTE : CRISTIANO SILVA DE FRANCA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00077.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00077.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:29 horas do dia 11 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Cristiano Silva de França**, conhecido(a) por Cristiano, CNH nº 05159123061, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Valdeci Silva de França e José Francisco de França, nascido(a) em 22/04/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Terezinha Batista Hardman, Nº 68, complemento casa., tendo como ponto de referência Loteamento Boa Vista, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98633-1714.

Dados do(s) Fatos:

Local: Terezinha Batista Hardman, nº 68, Casa., Loteamento Boa Vista, Santa Rita/PB, bairro Boa Vista; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/04/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.**

Objeto(s) Envolvido(s):


(1) Moto, modelo NXR 150 Bros ES, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2010, placa NQG-1408, chassi 9C2KD0550BR502928, renavam 00258479884

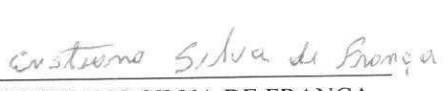
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

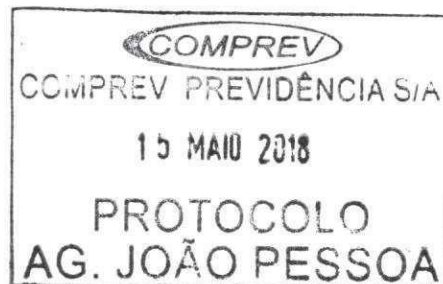
Que, conduzia a moto já discriminada no Loteamento Boa Vista em Santa Rita/PB e, ao livrar uma criança que atravessa a rua sem atenção, perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Complexo hospitalar mangabeira, onde ficou identificado Fratura do Rádio, identificado pelo Cid 52.4, conforme prontuário Médico apresentado.

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, 11 de maio de 2018.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia


CRISTIANO SILVA DE FRANÇA
Noticiante



Procedimento Policial: 00077.01.2018.1.02.008

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Crustiano Silva de Franca

CPF da Vítima

058.751.634-88

Data do Acidente

04/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 15 de Maio de 2018

Local e Data

Crustiano Silva de Franca

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-38 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 117140 Atd: Nao Regul
Data: 04/04/2018
Hora: 23:31:11
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CRISTIANO SILVA DE FRANCA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.04.000624

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 87777701

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/04/1984 Id: 34 ano(s)

End.: RUA AREIA, 70

Bairro: VILA TIBIRI Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: VALDECI SILVA DE FRANCA

Pai: JOSE FRANCISCO DE FRANCA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO/COND.

Vitima de violência por: EM BAYEUX

[] Caso Policial

PL--CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Quilixa Principal

COLISAO MOTO X CARRO, NEGA DESMAIO E VOMITO
(SIC)/ VEIO COM OS BOMBEIROS

NEGA ALERGIA AMEDICAMENTOS (SIC)



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de trauma motorizado com carro na esquina. Acidente com perda de consciência, vômito e desmaio. Apresenta lesão contusa em antebraço direito e lesão lacerante, trauma fechado, abdominal.

Diagnostico

Conduta

Radiografia de antebraço

Prescrição

Horario da medicacao

Avaliacao da ortopedia

Ata da Cirurgia Geral

ORTOPEDIA
Pct com fratura fechada
de fêmur na articulação

Dr. Leandro Torres A. da Nóbrega
Cirurgia do Aparelho Digestivo
CRM-PB 7689



CHECK LIST PARA TRANSFERÊNCIA

- ☐ ECG
- ☐ RISCO CIRURGICO
- ☐ SOLICITAÇÃO DE MATERIAL
- ☐ EVOLUÇÃO ENFERMEIRO
- ☐ EVOLUÇÃO TÉCNICO ENFERMAGEM
- ☐ PRESCRIÇÃO MÉDICA DO DIA
- ☐ SOLICITAÇÃO DE EXAMES
- ☐ EXCESSO DE PRONTUÁRIO (CASO TENHA)
- ☒ PARECER

OBS: _____

TRANSFERIDO(ENF) _____

RECEBIDO(ENF) _____

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Orto



Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 MAIO 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PRONTUÁRIO

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 MAIO 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nº: 2018040624

CS 24 75

NOME DO PACIENTE:

Christiano Silva de Franca

ENFERMARIA: 19

LEITO: 92

157

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: CRISTIANO SILVA DE FRANÇA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 34 ANOS	SEXO: M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 04/04/2018		DATA DE ALTA 12/04/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio</i>				CID S52.4	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA		COMPREV			
ANATOMIA PATOLÓGICA		15 MAIO 2018		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		PROTOCOLO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA		JOÃO PESSOA			
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO		() A PEDIDO		() CURADO ()	
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

A: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina.

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **7** dias para revisão (DR. ROBERTO SANTOS).

12/04/2018

DATA

Dr. Felipe Bezerra
MÉDICO
CRM-PB 11126

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

LAUDO MÉDICO

O paciente **Cristiano Silva de Franca**, portador do CPF de Nº **058.751.634-88** foi atendido no **Complexo Hospitalar Mangabeira**, no dia **04-04-2018**, vítima de queda de moto, onde era o condutor da moto. Foi diagnosticado com fratura em diáfise de osso rádio (Galeazzi). Foi realizado internamento e correção cirúrgica de fratura através de osteossíntese com placas e parafusos, tendo alta no dia 12-04-2018 em boas condições clínicas e orientações ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações, segundo prontuário de atendimento do estabelecimento.

Atenciosamente,

João

Pessoa-PB, 27 de Junho de 2018.

Dr. Lucas Rafael M. Brito de Farias
Médico
CRM - PB 11275

Dr. Lucas Rafael Mecnas Brito de Farias

CRM-PB 11275



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
AUTORENASCIMENTO DE HABILITACÃO

PB

CRISTIANO SILVA DE FRANCA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
2749415 **SEP** **PB**

CPF
058.751.634-88

DATA NASCIMENTO
22/04/1984

NÚMERO
JOSE FRANCISCO DE
FRANCA
VALDECI SILVA DE
FRANCA

PERMISSÃO **ACC** **CAT/PAS**
AB

Nº IDENTIFICADO
05159123061

VALIDADE
30/03/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/03/2011

DESCRIÇÃO

Cristiano Silva de Franca
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
24/05/2017

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

61164467566
PB034397906

PARAÍBA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1488906064

PROIBIDO PLASTIFICAR
1488906064

Scanned with CamScanner

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

DENATRAN - PB
CENTRAL DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

0025847988-4 09/000000000 20

CRISTIANO SILVA DE FRANCA

05075163488

902ED05508R502928

PAT/MOTO/CIC/NAO APIC

ALCO/CLAS

CATEGORIA

PRATICA

DATA DE EMISSÃO

00/00/0000

02/10/2017

1

P

V

A

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180222912 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANO SILVA DE FRANCA **Data do acidente:** 04/04/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180222912 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANO SILVA DE FRANCA **Data do acidente:** 04/04/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180222912 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANO SILVA DE FRANCA **Data do acidente:** 04/04/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO- GALEAZZI.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA, SEM COMPLICAÇÕES. CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 08 CM DE 08 CM NO TERÇO MÉDIO DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/07/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes