



Número: **0866502-75.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição: **30/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

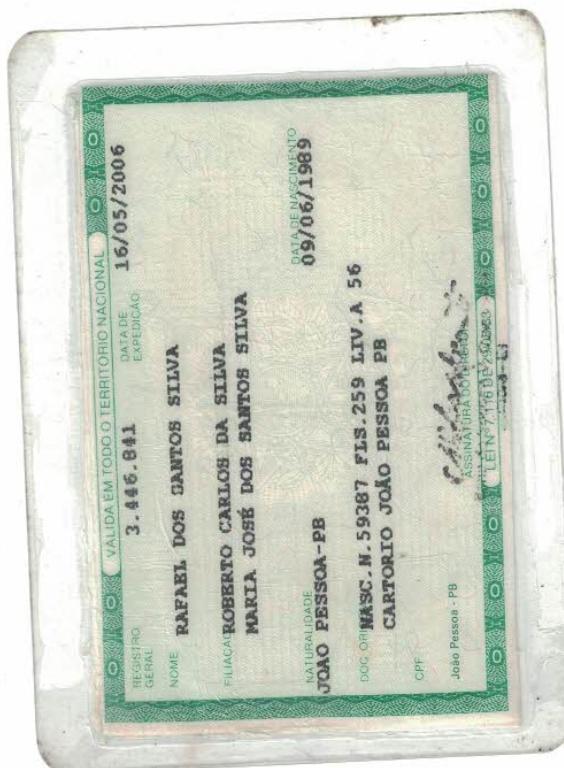
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	FLAVIANA DA SILVA CÂMARA
AUTOR	RAFAEL DOS SANTOS SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18092 763	30/11/2018 14:05	rg a	Documento de Comprovação
18092 708	30/11/2018 14:05	rg verso	Procuração
18092 722	30/11/2018 14:05	procuração	Procuração
18092 733	30/11/2018 14:05	laudos-otimizado 1	Documento de Comprovação
18092 740	30/11/2018 14:05	laudos-otimizado 2	Documento de Comprovação
18092 743	30/11/2018 14:05	laudos-otimizado 3	Documento de Comprovação
18092 747	30/11/2018 14:05	requerimento do dpvat	Documento de Comprovação
18092 772	30/11/2018 14:05	comprovante de residência	Documento de Comprovação
18608 870	11/01/2019 12:11	Despacho	Despacho





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RAFAEL DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, pescador, portadora do RG nº 3446641, CPF Nº 700.452.634-85, residente e domiciliada na Rua Edmundo Filho, nº 96, bairro São José, João Pessoa –PB, **fone:** 98652-1838.

OUTORGADO: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA, brasileira, advogada inscrito na OAB/PB sob o n.º14.540, residente e domiciliada nesta Capital, com endereço profissional localizado à Rua da João Machado, nº 399, Sala 4, Centro, João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: a quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia", em qualquer instância e/ou nos atos extra judiciais nos termos do artigo 38 do Código de Processo Civil Brasileiro, podendo, ainda, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, dar e receber quitação, firmar compromissos, inclusive de inventariante e, perante quaisquer pessoas jurídicas de direito publico, seus órgãos, Ministérios, Secretarias, Autarquias, Empresas Publicas, Fundações e quaisquer pessoas jurídicas de direito privado, Sociedade de Economia mista, conjunta ou separadamente, e substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

Ainda pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica obrigado o outorgante/contratante a pagar a Outorgada os honorários advocatícios pelos serviços prestados, na razão de 30%(trinta por cento), incidente sobre toda vantagem bruta auferida pelo contratante/Outorgante independe de haver honorários de sucumbência, ficando desde logo o M.M. Juízo desde logo autorizado a expedir alvará em separado referente aos honorários contratuais nos termos deste instrumento.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

RAFAEL DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, pescador, portadora do RG nº 3446641, CPF Nº 700.452.634-85, residente e domiciliada na Rua Edmundo Filho, nº 96, bairro São José, João Pessoa –PB, **fone:** 98652-1838, declara através desta e para fazer prova junto ao Poder Judiciário Federal ou Estadual do Estado da Paraíba, e tendo como norte o At.5º, inc LXXIV da Constituição Federal e o parágrafo único do art.2º da lei 1.060, que é pobre na forma da lei, não podendo arcar com as custas , encargos e demais emolumentos processuais caso venham a ser arbitrados sem sacrifício ou prejuízo de sua família tudo em conformidade com o já citado artigo.

Declara ainda, ser conhecedor da responsabilidade caso este instrumento não reporte com a verdade.

João Pessoa, 28 de novembro de 2018.

X Rafael dos Santos Silva

CRM/PB 2959
Medica da Vigilancia à Saúde

Carla Wilt

João Pessoa, 19 de fevereiro de 2018

saúde, data e assinio a presente certidão.
E para constar eu, Sônia Maciel Pontes de Oliveira, Medica da Vigilancia à
medica dia 22/12/2017.
ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 21/12/2017 com alta
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos
moto, apresentando trauma em perna direita.
requerente que foi atendido dia 28/11/2017 às 22h25min, vítima de colisão carro x
atendimento ambulatorial Nº82155 e Pronutário nº 2017.11.004246 pertencentes ao
Hospital Mangabeira Governaor Teixeira Buriti, certifco a constatação da Ficha de
procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Complexo
Atendendo solicitação de RAFAEL DOS SANTOS SILVA e de acordo com buscas

Nº. 0278/2018

CERTIDAO



LAU^{DO} PARA SOLICIT^{AGAO}/AUTORIZ^{AGAO} DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO PACIENTE		4 - N^o DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - SEXO		8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
9 - TELEFONE DE CONTATO		10 - ENDERECO (RUA, N^o, Bairro)	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - CDD/ IBGE MUNICÍPIO	
13 - UF		14 - CEP	
15 - CDD/DO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
17 - QTDE		18 - CDD/DO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		20 - QTDE	
21 - CDD/DO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
23 - QTDE		24 - CDD/DO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTDE	
27 - CDD/DO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
29 - QTDE		30 - CDD/DO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTDE	
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		34 - CDD/10 SECUNDÁRIO	
35 - CDD/10 SECUNDÁRIO		36 - CDD/10 CAUSAS ASSOCIADAS	
37 - OBSERVAÇÕES		38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - DAT^A DA SOLICIT^{AGAO}		40 - DOCUMENTO	
41 - N^o DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		42 - ASSINATURA E CARIMBO (N^o DO REGISTRO DO CONSELHO)	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CDD. DR/GR/ EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N^o DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N^o DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - N^o DA AUTORIZAÇÃO (APG)		50 - PRAZO DE VALIDEZ DA APG	
AUTORIZAÇÃO			
SOLICITAÇÃO			
<i>Flávia da Silva</i>			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
1 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			
2 - CNES			

FREELIXO HOSPITAL MANGABETTA GOV. TRACISO BURITY		COMPLIXO HOSPITAL MANGABETTA GOV. TRACISO BURITY	
Atd: Não Regul		Atd: Não Regul	
Ficha Nr.: 82155		Data: 28/11/2017	
REDE: () - CNPJ: 58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980		REDE: () - CNPJ: 58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980	
Dados do Paciente		Nome: RAFAEL DOS SANTOS SILVA	
Num. de vezes atendido: 1		Num. Protonutri: 2017.11.004246	
NatURAL: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/06/1989 Id: 28 ano(s)		CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986177566	
End.: RUA EDMUNDO FILHO, 12		Bairro: SAO JOSE CIDADE: JOAO PESSOA UF: PB	
Mae: MARIA JOSE DOS SANTOS SILVA		Pai: NAO INFORMADO	
Ocupação: RACA: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO		INFORMACOES DE ENTRADA	
Estado Civil: NAO INFORMADO		Pr. denegia: HOSPITAL TRAUMA	
RESP.: ENFERMEIRA DO TRAUMA		Tr. por: utillizado: AMBULANCA	
TEL/DOC. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD		Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO	
PA: Vítima de violencia por: NAO		PA: Vítima de violencia por: NAO	
PRE-CONSULTA		CONDIÇOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Gravidez		PA: FR: [] Politraumatizado [] Convulsao	
FC: ALTURA: [] Hemorragia [] Convulsao		FC: ALTURA: [] Diarreia [] Dispnéia	
GLICEMIA: IMC: [] Agitado		GLICEMIA: IMC: [] Regular [] Choquado	
CIR. Abd: 02%: [] Vomito		CIR. Abd: 02%: [] Regular [] Choquado	
OBST: Observacao		OBST: Observacao	
QUE, XA PRINCIPAL		EX- XA DO MID	
HISTORIA - Exame Fisico (hora do atendimento medico)		Diagnóstico	
Atm: / com a massa		Exame: / com a massa	

Nome:	Prontuário:	Idade:	Beneficiária:	Letra:
Nome da Mae:	Endereço:	Bairro:	Profissão:	Religião:
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Data de Nascimento:	Escolaridade:
Cidade:	Estado:	Fone:	Endereço:	Nome:
OPD:	Ex. Excp.:	Prescrição:	Medicamentos em uso:	Impergatário Sintomatológico:
geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Pereira de Peso []Kg em _____ []Sudorese _____	Calafrios []Alopécia []Adenomegalias []Ucetria []Tonturas []Outros: _____	Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espritos []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe _____	rele: _____	Cabeça e Pescoço: []Dor de Garrafa []B6cio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: []Dor []Dispepsia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____	Outros: _____	ABD: []Dor []Dispepsia []Diarreia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume	AGU: []Disúria []Incontinência []Retengaço []Pollúria []Oligúria []Noctúria []Hematuria	SN e PSO: []Insonia []Sondenicia []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade
SME: []Dor []Rigidez pos-treponoso []Deformidades	[]Mal-Choque []Cortimento []Outras: _____	[]Artralgia []Rubor []Edema []Crepitacão []Fractura []Artrofia []Espasmos	[]Amnésia []Libido []Humor	

ETICA DE ADMISSAO MEDICA



I () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Outro durante o Ato Cirúrgico Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não Descreva:			
<i>do acidente</i> <i>Existe humor</i> <i>tratado</i> <i>+</i> <i>LHE</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) CÓDIGO			
<i>o que me</i>			
DIAGNÓSTICO (S) POS-OPERATÓRIO CID			
<i>anos passou</i> <i>faixa de alta</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PRE-OPERATÓRIO CID			
<i>data 28/11/13</i> <i>Cirurgião: Dr. Geraldo</i> <i>1º Assistente: Flávia</i> <i>2º Assistente: </i> <i>3º Assistente: </i> <i>Instrumentador: </i> <i>Anestesista: Dr. Geraldo</i> Horário: 14: T:			
Idade: 35 Sexo: M Cor: Clínica: 01+ EMP: 0 LRF:			
Nome: <i>Flávia Paula dos S. SILVA</i> Registro:			

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Flávia da Silva</i>		Registro: <i>811</i>	Idade: <i>30</i>	Sexo: <i>Cor:</i>	Clínica:	EMR:	1º Assistente: <i>Flávia da Silva</i>	2º Assistente: <i>Flávia da Silva</i>	Instrumentador: <i>Flávia da Silva</i>	Assistente: <i>Flávia da Silva</i>	Anestesista: <i>Flávia da Silva</i>	CID: <i>30200-0</i>	DIAGNÓSTICO (S) PRE-OPERATÓRIO	CD	PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO	Acidente durante Ato Cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descrição:	Biópsia de Congelação: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:	1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Outro durante o Ato Cirúrgico
<p><i>Flávia da Silva</i></p>																					

RELATÓRIO DE CIRURGIA



CONCEPÇÃO HOSPITALAR
CENTRO HOSPITALAR
MANCABEIRA



Nome: <i>Adriana da Silva</i>		Registro: <i>131111</i>	Idade: <i>24</i>	Sexo: <i>F</i>	Cor: <i>Cinza</i>	EMR: <i>123456</i>
Data: <i>13/11/11</i> Cirurgião: <i>Conselho</i>						
1º Assistente: <i>Ismael</i> 2º Assistente: <i>Ismael</i> 3º Assistente: <i>Ismael</i> Instrumentador: <i>Ismael</i>						
Anestesista: <i>Ismael</i> Anestesista: <i>Ismael</i> Horário: <i>14:00</i> T:						
CID: <i>00000000000000000000000000000000</i>						
DIAGNÓSTICO (S) PRE-OPERAÇÃO						
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)						
CÓDIGO						
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não Descreva:						
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não						
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enceraria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Obito durante o Ato Cirúrgico						

RELATÓRIO DE CIRURGIA



GOVERNADOR MARCOS SARTORI
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
MANAGEBERRA
Complexo Hospitalar



Nome: Rafael dos Santos Silva		Registro:	Idade: 28 a	Sexo: MASC	Cor:	Clinica: Ortopedia	Data: 21/12/2017	Cirurgião: Alexandre Galvão	Assistente: Jorge Augusto	Anestesista: Clovis	Instrumentador: Tatina	CID	DIAGNÓSTICO(S) PRE-OPERATÓRIO	O mesmo	CDIGO	PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	Osteossíntese de Fratura de Tíbia	Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não	Descriva:	Biopsia de Congelado: 1 () Sim 2 (X) Não	Encaiminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:	1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico
<p><i>Fratura 1/3 Proximal Cominutiva de Tíbia Direita S82.3</i></p>																						



MEDICO/CRM

Data: 21/12/14

CRM 9128 Série 9603
OAB/PE 07970-9603
Dr. Alexandre Gouvêa

OBS:

Curativo

fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Fechamento:

Realizada RX controle

Limppeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Apósicado de oí parasusso espontâneo Ø 4.5mm proximal ao foco

Apósicado de 10 parasusos corticais Ø 4.5mm

Apósicado de 02 placas DCP estreitas Ø 4.5mm

Realizada manobra de redução

Conduta:

Visualização de foco de fratura da tíbia

Achados:

Retirada de enxerto ósseo de tíbia proximal

Accesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tíbia

Dissecação por planos + hemostasia com eletrocautério

Incisão em 1/3 médio e proximal da região anterolateral da perna esquerda

Incisão:

Apósicado de campos cirúrgicos esteréis

Assepsia + Antissepsia

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Posição e Preparo:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

MEDICO/CRM

Data: 12/12/12

OBS:

Recamamento:

Conduita:

Achados:

Incisão:

Posição e Preparo:

DESCRICAO DA CIRURGIA

① Admissão + Anamnese

② Limiar e Escoamento

③ Drenagem peritoneal

④ Colostomia de fundo

⑤ Mucose do estom

⑥ Sudore peritoneal

+

6

5

gastro

4

3

2

MEDICO/CRM

Data: 06/14/14

OBS: _____

FECHAMENTO: _____

Conduita: ⑦ Controle de deseq

Condutor: ⑧ Liso

Achados: ⑨ Localização de fendas extensas.

Localização: ⑩ Fissuras de dilatação e desgaste.

Tratamento: ⑪ Isolamento e vedação das fissuras.

Tratamento: ⑫ Adequação e reparo das fissuras.

Tratamento: ⑬ Isolamento e vedação das fissuras.

Posição e Preparo: ⑭ Sobrejate e desgaste das bordas.

Descrição da Cirurgia: _____

<p style="text-align: right;">Rua Ag. Fiscal José Costa Dutra, 81, CEP 58056-381, Maringá/PR, Jabo Passos - PR</p> <p style="text-align: right;">1º VIA-PACIENTE 2º VIA ANEXO AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO</p> <p style="text-align: right;"><u>Assinatura do(a) paciente ou responsável legal</u></p>	
<p>codificada CID-10 ou por extenso neste atestado médico. Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico Eu, _____, autorizo o(a)</p>	
AUTORIZAÇÃO	
<p><i>Assinatura e Cântimo do(a) Médico(a)</i> <i>DR. CARLOS TADEU TIRAMURTI</i> <i>18/03/18</i> <i>Jabo Passos</i></p>	
<p>Ateste para os devidos fins que, a pedido do(a) _____ identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 _____, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 120 (120 dias, a partir desta data).</p>	
ATESTADO MÉDICO	
<p>SANTO SÁUDE  MANAGERIA  </p>	

 LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA		DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA		DIAGNÓSTICO INICIAL		DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		OUTROS DIAGNÓSTICOS		PRINCIPAIS EXAMES		ANATOMIA PATOLÓGICA		INFECÇÃO F.O.		RESUMO CLÍNICO		REPÓSITO:		DIETA:		MEDICAGENS PARA CASA:		CIDADES COM A FERRIDA OPERATÓRIA:		Retorno às atividades sem esforço fisico em _____ dias.		Retorno às atividades com esforço fisico leve em _____ dias.		Retorno às atividades com esforço fisico maior em _____ dias.		Relative em casa por _____ dias.		Relative com algas e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, vermelhidão ou "inchão" no local, ou se ocorrer febre procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.		Cuidados com a ferida operatória: _____		Ao posso de saude em _____ para retirada de pontos.		em 30 dias para revisão.		Ao Ambulatório do _____ para revisão.		RETORNO	
		NAME	PRONÚNCIA	SEXO	CLINICA	ENF	LEITO	DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA	DIAGNÓSTICO INICIAL	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	OUTROS DIAGNÓSTICOS	PRINCIPAIS EXAMES	ANATOMIA PATOLÓGICA	INFECÇÃO F.O.	RESUMO CLÍNICO	REPÓSITO:	DIETA:	MEDICAGENS PARA CASA:	CIDADES COM A FERRIDA OPERATÓRIA:	Retorno às atividades sem esforço fisico em _____ dias.	Retorno às atividades com esforço fisico leve em _____ dias.	Retorno às atividades com esforço fisico maior em _____ dias.	Relative em casa por _____ dias.	Relative com algas e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, vermelhidão ou "inchão" no local, ou se ocorrer febre procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	Cuidados com a ferida operatória: _____	Ao posso de saude em _____ para retirada de pontos.	em 30 dias para revisão.	Ao Ambulatório do _____ para revisão.	RETORNO																		
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA																																																	

NAME Rafael dos Santos Silva		PRONTUARIO Nº	IDADE 28 anos		SEXO MASC	COR	CLINICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSAO 28/11/2017		DATA DE ALTA 22/12/2017	DIAGNOSTICO INICIAL		Fratura do 1/3 Proximal de Tibia Direito com Fixador Externo		DIAGNOSTICO DEFINITIVO		OUTROS DIAGNOSTICOS
PRINCIPALS EXAMES		TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA		Rx de quadriúrtimo demonstrando sotaque de continuidade ossea da Tibia		ANATOMIA PATOLÓGICA		...ECG/AO DE F.O. () SIM (x) NÃO	
RESUMO CLÍNICO (História, evolução, terapêutica, complicações)		DETALHES DA FRACTURA		paciente portador(a) de fratura exposta com fratura direita com fixador externo que submetido(a) a tratamento cirúrgico através de retirada de fixador externo + redução agerrada interna. Recage alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicamento antiagregante, antitrombolítico e analgésica. Retornar ao ambulatório ao uso de continuidade de tratamento e orientações.		REPOUSO:		Relativo em casa por 15 dias.	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:		RETRATO:		Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.		RETRONAS:		Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.	
MEDICAGENS PARA CASA: Ciprofloxacin, Tramadol (colirírito de tramadol), Pradaxa.		DIETA:		Lava-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado", no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.		RETORNO:		Ao posto de saúde em 21 dias.	
AO AMBULATÓRIO DO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA EM 22/12/2017		DATA		CRM 9128 SET 09603		CONTINUIDADE DE TRATAMENTO		Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO.	



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
3 - NOME DO PACIENTE		1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOUTERRA	
4 - N.º DO PRONTUÁRIO		2 - CNES	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
6 - CNS		7 - SEXO	
7 - SEXO		8 - NOME DA MAE OU RESPONSÁVEL	
8 - NOME DA MAE OU RESPONSÁVEL		9 - TELEFONE DE CONTATO	
9 - TELEFONE DE CONTATO		10 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)	
10 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)		11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		13 - UF	
13 - UF		14 - CEP	
14 - CEP		15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		PROCEDIMENTO SOLICITADO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO		17 - QTD.	
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		20 - QTD.	
20 - QTD.		21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		23 - QTD.	
23 - QTD.		24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTD.	
26 - QTD.		27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		29 - QTD.	
29 - QTD.		30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTD.	
32 - QTD.		33 - DESCRIÇÃO DO DIA-NÔS TCC	
33 - DESCRIÇÃO DO DIA-NÔS TCC		34 - CID-10 SECUNDÁRIO	
34 - CID-10 SECUNDÁRIO		35 - CID-10 SECUNDÁRIO	
35 - CID-10 SECUNDÁRIO		36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	
36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS		37 - OBSERVAÇÕES	
37 - OBSERVAÇÕES		SOLICITACAO	
SOLICITACAO		AUTORIZACAO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. DE GRAU EMISSOR	
44 - CÓD. DE GRAU EMISSOR		45 - DOCUMENTO	
45 - DOCUMENTO		46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APC)	
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APC)		50 - PRAZO DE VALIDADE DA APC	
50 - PRAZO DE VALIDADE DA APC		51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Carta n°: 12655585

A/C: RAFAEL DOS SANTOS SILVA

Nº Sinistro: 3180060826
Vitima: RAFAEL DOS SANTOS SILVA
Data do Acidente: 28/11/2017
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: RAFAEL DOS SANTOS SILVA
Valor: R\$ 8.100,00
Banco: 104
Agência: 000000729
Conta: 0000039590-6
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.100,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

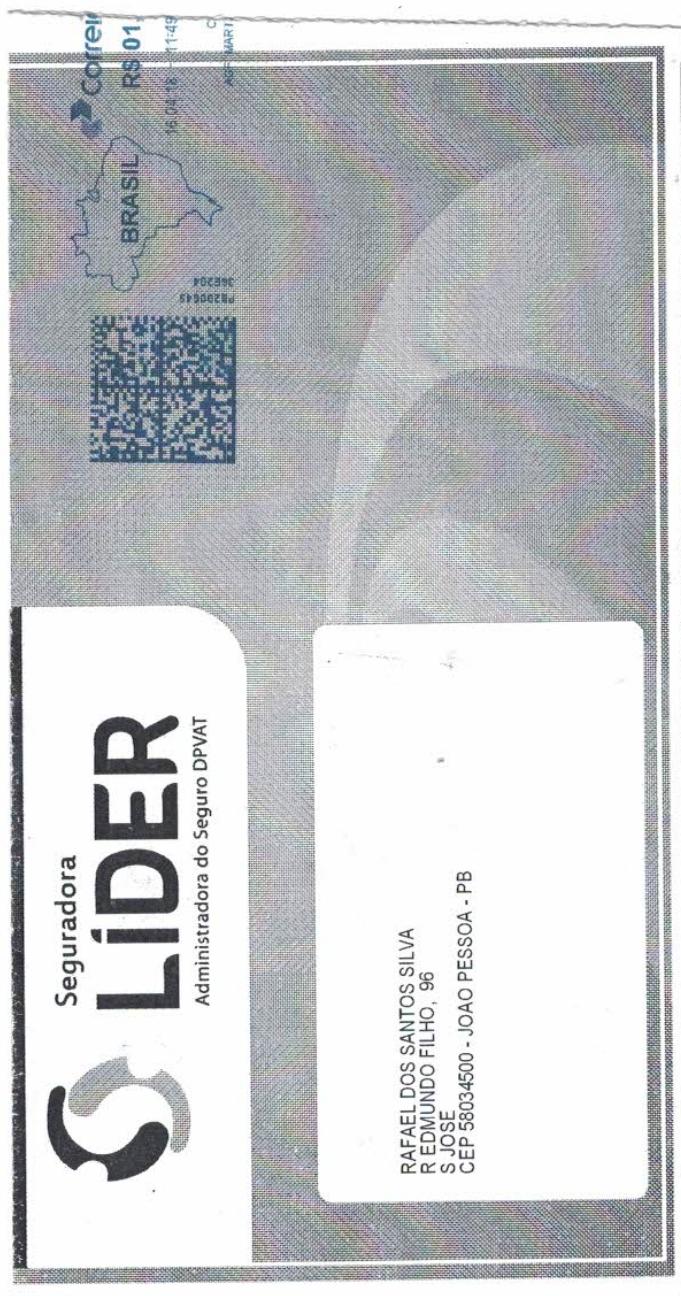
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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





**Poder Judiciário da Paraíba
16ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7)0866502-75.2018.8.15.2001

AUTOR: RAFAEL DOS SANTOS SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2019