
Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA**

Nº Sinistro: **3180224811**

Vitima: **LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA**

Data do Acidente: **02/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180224811**.

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



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA**

Nº Sinistro: **3180224811**

Vitima: **LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA**

Data do Acidente: **02/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180224811**, 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, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA**

Nº Sinistro: **3180224811**

Vitima: **LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA**

Data do Acidente: **02/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180224811**, 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.seguradoraslider.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, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA**

Sinistro: **3180224811**

Vítima: **LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA**

Data do Acidente: **02/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

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 3180224811** 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.seguradoraslider.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



**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: **31802224811**

Nome do(a) Examinado(a): **LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CARMELO RUFFO FILHO nº SN - MANGABEIRA - JOAO PESSOA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4033954-2**

Data e local do acidente: **02/03/2017 JOAO PESSOA/PB**

Data e local do exame: **22/08/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.

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

FRATURA DE TÍBIA DIREITA, TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E ALTA MÉDICA.

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

CICATRIZ CIRÚRGICA DE 14 CM NA FACE ANTERIOR DA Perna DIREITA, DISCRETO DESVIO DO EIXO DA PERNA PARA DENTRO, MARCHA ACELERADA CLAUDICANTE E INSTÁVEL.

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 RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR 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): **MEMBRO INFERIOR 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



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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do Beneficiário ou do Representante Legal e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

701.961.271-16

Nome completo da vítima

Lucas Fernandes Al. e Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Lucas Fernandes Al. e Silva	CPF titular da conta 701.961.271-16	Profissão Autônomo
Endereço Carmelo Ratto filho	Número 51N	Complemento CS-130 - LA 165 - LT 145
Bairro Blumenau	Estado SC	CEP 88059-302
Email Zeduardosilva@hotmail.com	Telefone (DDD) 29310-3170	

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



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAU (341)
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		

AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	DN
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome	Brasil		
AGÊNCIA Nº	DN	CONTA Nº	DN
3396	0	2581	X
(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 18 de maio de 2018

Lugar e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Contratado: (I) Banco do Brasil S.A., com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 3396-0 - TAMBAU (PB), inscrita no CNPJ nº 000.000/2505-46, (II) Associação de Poupar e Emprestimo - PoupeX, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança PoupeX, dora anta denominada PoupeX, por intermédio do Banco do Brasil S.A..

Proponente/Contratante 1: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA, inscrito(a) no CPF: ob o n.º 701.961.274-16, capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de SANTA RITA PB, nascido(a) em 15/07/1994, filho(a) de MARCOS AURELIO MEDEIROS E SILVA e FABIANA FERNANDEZ DE ALMEIDA, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 4033954, emitido(a) em 13/03/2012, pelo(a) SSDS PB, auxiliar de serviços gerais, endereço residencial: CARMELO RUFFO FILHO SN CS 103 Q 165 L 109, MANGABEIRA, JOAO PESSOA - PB , CEP 58.059-302 , telefone(s) (83) 98810-149, solteiro(a), sem união estável .

Dados da conta

Agência 3396-0, conta-corrente nº 2.581-X, poupança ouro nº 510.002.581-2, poupança pc upex nº 960.002.581-4, conta individual, aberta em 13.02.2017.

PACOTE DE SERVIÇOS: O Proponente/Contratante Declara ter conhecimento de que pode optar por:

- ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo Banco do Brasil S.A. na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo a proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo Banco, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas **COMPREV** SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) identificado(s) propõe(m) e o Contratado(s) abreita de conta corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança PoupeX

16 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança PoupeX, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme nº 924.356, em 14/07/2017, que integram este contrato e também, com as Informações essenciais - Conta corrente e conta poupança, formando um documento único e indivisível, cuja cópia recebe(m) no ato da assinatura deste instrumento.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer momento poderá ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aqueles disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.

O Proponente/Contratante autoriza que os saldos devedores na conta corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00402.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00402.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:54 horas do dia 02 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Lucas Fernandes Medeiros e Silva**, RG nº 4033954 SSP/PB, CPF nº 701.961.274-16, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Fabiana Fernandes de Almeida e Marcos Aurélio Medeiros e Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 15/07/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zélia de Oliveira Farias, Nº 02, complemento casa, bairro João Paulo II, tendo como ponto de referência Próximo Ao Psf do João Paulo., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98690-5975.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Administrador Emanuel Angelo de Oliveira, Próximo a Michel Borrracheiro, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/03/17 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN KS, PRETA, ANO 2010, PLACA NQB8076/PB, CHASSI 9C2JC4110AR663406, registrada em nome de YARLEY AURELIO MEDEIROS FERNANDES, quando foi atingido na lateral direita por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0874/2017, EXPEDIDO PELA DR^a CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 12.07.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Informa ainda que após o acidente foi socorrido pelos BOMBEIROS e levado para o Hospital de Trauma, de onde foi transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 02 de março de 2018.

Fabiana Bezerra
FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação



Lucas Fernandes Medeiros e Silva
LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA

Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 **Ivucas Fernandes Ml. e Silva** CPF da Vítima **701.961.271-16** Data do Acidente **02-03-17**

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 Lider 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 perícia avaliadora médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAIO 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSO

João Resende 08 de maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CERTIDÃO

Nº. 0874/2017

Sendendo solicitação de GERLANDO PEREIRA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Fici a de atendimento Nº 10281 e Prontuário Nº 2017.03.000285 pertencentes a **LUCAS VIANDES MEDEIROS E SILVA**

LUCAS VIANDES MEDEIROS E SILVA foi atendido dia 02/03/2017 às 21H11min, vinda de moto, apresentando trauma em joelho direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura e diáfise da tíbia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 02/03/2017 com alta dia 09/03/2017.

para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à Saúde, declaro e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de julho de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 10281 Atd: Nao Regulad
Data: 02/03/2017
Hora: 21:11:34
Recepção: GABRIELA DA COSTA SEM
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 163919521840001 Sexo: M IDENTIDADE: 4033954 Fone: 986581719
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/07/1994 Id: 22 ano(s)
End.: RUA CARMELO RUFFO FILHO,102
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: FABIANA FERNANDES DE ALMEIDA Pai: MARCOS AURELIO MEDEIROS E SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA
Tel. Doc. Responsavel: 986581719 / IDENTIDADE: 4033954
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA
Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violência por: NAO
Caso Policial

ERB-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco:
PA: FR: Aparentemente Bem Grave
PC: TP: Politraumatizado Convulsao
Peso: Altura: Hemorragia Dispneia
Olicemica: IMC: Diarreia Agitado
Glic. Abd: 02% Regular Chocado

Queixa Principal:
Tromma com fatura exposta
MID

Hemorragia Observacac
 Diarreia Agitado
 Regular Chocado
 Vomito

Não é alergico
glu do HETSAL

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicacão



FABIANA FERNANDES DE ALMEIDA
RUA CARMELO RUFFO FILHO, 597/CD, 05016-122, MANGAÍPE
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58055-002 (26-1)

NtraFamiliar Centro de Energía Sist.03-134-000
Céd. para Dib. Automático:00014273603

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	08/03/2018	09/04/2018	14824400

UC (Unidade Consumidora):

5/1527660-3

[Canal de contato](#)

- Fundo de energia é a maior rouboada. Pode provocar colossores graves, além de ser crime e paraíso fiscal. É ainda o que mais prejudica a justiça do fornecimento, podendo causar queda de energia, avaria de telefones e celulares.

- Chama os contribuintes e amigos e entre no combate ao roubo que é feito de concreto, zika e coronavírus. - Ministério da Saúde - Governo Federal

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Del:	Lectura	
00/02/18	11508	00/03/18	11639	
Demonstrativo				
CD - Descrição	Quilômetro "moto" Valor Base Cál. Ria Formosa Base Taxa PIS/RS			
	Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS(R\$) IPI(R\$) ISS(R\$) IPI(R\$)			
0001 Consumo mensal	139.000 0.114722 94,34 24,34 77 31,41 84,36 0,62 2,51			
0007 CONTRA SERV LUMÍNEOS	0,77 0,70 0 0,00 0,00 0,00			
COMPAGNIA DE SANEAMENTO BÁSICO DO RIO GRANDE DO SUL - AGUA E SETE				
CD - Cifra de Cada Fatura do item TOTAL	5671 96,34 24,37 94,34			

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16-MAU-2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO**
123 15/03/2018 **TOTAL A PAGAR**
R\$ 98,11

Histórico de Consumo (kWh)

Mar'17 Apr'17 May'17 Jun'17 Jul'17 Aug'17 Sep'17 Oct'17 Nov'17 Dec'17 Jan'18 Feb'18

44c7.d845.f1ba 2d1e 11267 a384 1413 b566

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DO MENSAL	61,6	67,7	
DO TRIMESTRAL	55,56		NOMINAL
DO ANUAL	30,77		220
DO TRIMESTRAL	25,25	0,03	ACIMA DA TENSÃO NOMINAL
DO ANUAL	13,95		190
CHOCO	2,91	n.n.	190
DIFERENÇA	1,41		190

Discriminação	Valor (R\$)	%
Imposto de Renda da Empresa	36,00	0,5%
Imposto de Renda do Contribuinte	59,00	0,8%
Imposto de Renda da Família	10,00	0,1%
Imposto de Renda das Dependentes	10,00	0,1%
Imposto de Renda da Ex-empregada	0,00	0,0%
Outras Despesas	0,00	0,0%
Total:	96,00	100,0%

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) fornecida(s) permaneçam(s) em aberto, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 23/03/2018. Confirme.

Faturas em atraso
Fev/18 71,16

05701485



05701485

05701485

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome:
JOSE EDUARDO DA SILVA
Número:
12576
Joséfa Gervásio da Silva
Matriarca: 111
JOÃO PESSOA-PB
CEP: 58040-002 - SERIPB
Data de emissão: 16/04/2017
NÃO
VITAL MIGRAÇÃO
Presidente

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAI 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fatura Mensal

Número do Cartão: 526965XXXXXX3655
Atendimento a Clientes: 40049009
Demais Localidades: 0800 9490009



Vencimento da Fatura Total da fatura
28/10/2017 R\$ 50,00

Pagamento:

R\$ 7,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titulares deverá arcar com os encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valerão os encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,44 + 1%.

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Crédito/Débito
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO			
	Subtotal Nacional			
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXXX3655			
	Movimentações Nacionais			
	13/10 ANUITADE DIFERENCIADA TIT 02/04			
	Subtotal Nacional			

Total Nacional
Total Internacional
Total da Fatura

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAI 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Minha História do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível
22216

Pontos a Esparir
1235

Encargos

VALOR
MÉDIA

2,00 %
1,00 %
5,00 %

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

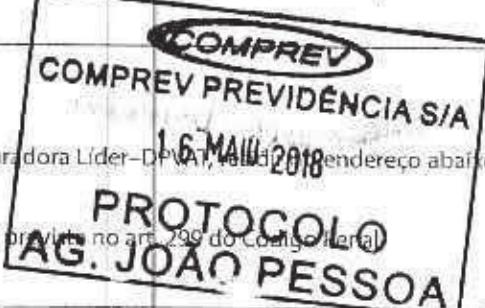
Pelo exposto, eu João Eduardo Soárez inserido (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 Silva na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas Fernando Medeiros inserido (a) no CPF sob o Nº 70.961.271-16 de sinistro de DPVAT cobertura unidade da Vítima Lucas Fernando Medeiros inserido (a) no CPF sob o Nº 70.961.271-16 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 290º do Código Penal.



Endereço	Número	Complemento
<u>Av. Maria Rosa</u>	<u>59</u>	-
Bairro <u>Mamauá</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>RJ</u> CEP <u>58038-260</u>
Email <u>zeduardosilva@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>9934-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4560</u>

João Pessoa 15 de maio de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Xanley Aunelio Mictires fernandes,
RG nº 328 5716, data de expedição 10/01/2008
Órgão SSP - PB portador do CPF nº 308.880.181-80 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Carmelo Ratto filho, nº 519,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Lucas fernandes Al. e Silveira cujo o condutor era
Lucas fernandes Al. e Silveira

Veículo: moto
Modelo: HONDA/CG 125 FAN

Modelo: HON-9000
Año: 2018

Ano: 2010
Páginas: 8/10

Placa: NQ6 8016/RB
Chassi: 9C23C4110A R663400

Chassi: 4C
Data da Aquis.

Local e Data: São Paulo, 08-05-18

CARTÓRIO

10

VIEIRA BATISTA Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

DETALLES: VENTA DIRECTA - 100% COTIZADO Y SPOT. PRECIO AL DIA. VENTA EN CANTO - GESTIONES DE FLOTAS DE KIOSCO. 40 - 100% PERSONAL HONOR - CIF: B-1005-010. JULY FRANCO - PASTORE - FAX: +34 93 500 1200

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) acima feita(s).
YARLEY AURELIO MEDEIROS FERNANDES

PEACEFUL HOMES NEEDING FURNISHINGS

Em test,da verdade. Joao Pessoa-PB 08/05/2018 15:19:30
Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVANTE AUTORIZADO

[2018-022327]EMOL:R\$ 99,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 169/R\$ 0,47
SEL 2 PACTH - AGH036 (0,0124)

SELÔ DIGITAL: AGM94569-SU761
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tibeb.com.br>



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAI 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Karen Fernandes Data da Admissão: _____
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Bairro: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/1988

QPD: foi exposta ao fogo quando
HDA: os 12:00h em andando na praia
e acionou o alarme hospitalar
21:00h

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso Kg em _____ Prurido Sudorese
 Calafrios Alopecia Adenomegalias Ictericia Tonturas Outros:
Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bocio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
 Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematuria
 Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposo Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade
 Amnésia Libido Humor _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 MAIO 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Luis Fernando Nunes</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>02/03/17</i>	Cirurgião: <i>H. Torquato</i>	1º Assistente: <i>J. Tavares</i>			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: <i>H. Roberto</i>	Tipo Anestesia: <i>RAM</i>	Horário:	I:	T:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

*Arte oclito da
gordura
princip*

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*Sangue +
felic*

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 MAI 2018

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Coluna e debaixo
Mais de 60 kg
de redução

Incisão:

Sangue +

Achados:

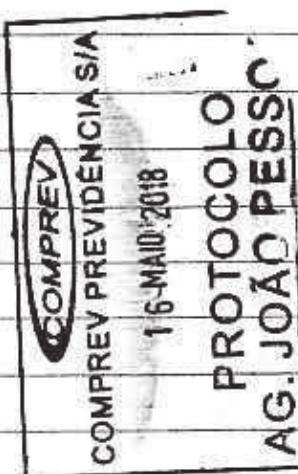
Artrose
ap
fim

Conduita:

Dr. João Gomes Pereira
Ortopedista / Traumatologista
CRM - 6350

Fechamento:

OBS:



Data: / /

MÉDICO/CRM



MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: _____ / _____ / _____

Nome: João Vitor Gomes Sobre nome: _____

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

OPD: Está exposta a alergia a medicamentos

HDA: Existe histórico de malária e febre amarela
e alergia a penicilina e cefalosporinas
AT: ond

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bocio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Flatulência []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterite []Constipação []Fenômeno de volvulo
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez []Spasticidade []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmo

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade
[]Amnésia []Libido []Humor

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAI 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Otorrino

18h
2/3/17

Paciente com dor + febre

+ perda de

px clínico suspeito de fisi

cd: Encaminho ao oftalmologista

Labo

Jacques Paiva Cavalcanti
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7625
CRM-PE 19482

BMP #
02/03/2017
18:30

Paciente vítima de acidente motociclistico
nega lesões e desmaio. No momento da vis
presente no BEGIERINHO, respondendo
ciente, no exame físico apresenta fer
mato superficial (e), ferimentos ab
em hemicrânio (e), sem sinal de fractura
ossos da face. Sendo encaminhado para
radiografia.

cd: ① sutura

② aux aux (as) cirurgião Dr. Leonardo Mendes Campos
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
e Implantodontista
CRM-PB 3269



000000019652

PSFILE

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA SA
15 MAI 2018
PROTOKOLO
AG. JUDAO PESSOA

SC. 31

000000019652 LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA 22 M

02.03.2017

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 10281 Atd: Nao leg: 1
Data: 02/03/2017
Hora: 21:11:34
Recepção: GABRIELA DA COZIA PE
Clinica: CIRURGICA

TAXA: () - CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA Num. Prontuario: 2017.03.000285

CPF: 163319521840001 Sexo: M IDENTIDADE: 4033954 Fone: 986581719

Município: JOÃO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/07/1994 Id: 22 anos)

Endr.: RUA CARMELO RUFFO FILHO, 102

Raízes: MANGABEIRA Cidade: JOÃO PESSOA UF :PB

Mae: FABIANA FERNANDES DE ALMEIDA

Pai: MARCOS AURELIO MEDEIROS E SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resid.: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA

Res./Doc. Responsavel: 986581719 / IDENTIDADE: 4033954

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vítima de acidente por: NAO

Vítima de violência por: NAO

lasc Policial

ITE CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

Aparentemente Bem Grave

PCP: TP:

Politraumatizado Convulsao

peso: Altura:

Hemorragia Dispneia

CM: IMC:

Diarréia Agitado

Peso. Abd: O2t:

Regular Chocado

queixa Principal:

Vomito

Observação:

Não é Alérgico

Não é alérgico

TM - ma com fratura exposta

MFD

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico:

| Conduta

Prognostico:

| Horario da medicacao





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Karen Fernandes Data da Admissão: _____
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Bairro: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/1988

QPD: foi exposta ao fogo quando
HDA: os 12:00h em andando na praia
e acionou o alarme hospitalar
21:00h

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso Kg em _____ Prurido Sudorese
 Calafrios Alopecia Adenomegalias Ictericia Tonturas Outros:
Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bocio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
 Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematuria
 Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposo Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade
 Amnésia Libido Humor _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 MAIO 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Luis Fernando Nunes</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>02/03/17</i>	Cirurgião: <i>H. Torquato</i>	1º Assistente: <i>3 Tarcisio</i>			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: <i>H. Roberto</i>	Tipo Anestesia: <i>RAM</i>	Horário:	I:	T:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

*Arte oclito da
gordura
pielip*

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*Sangue +
folic*



16 MAI 2018

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Coluna e debaixo
Mais de 60 kg
de redução

Incisão:

Sangue +

Achados:

Artrose
ap
fim

Conduita:

Dr. João Gomes Pereira
Ortopedista / Traumatologista
CRM - 6350

Fechamento:

OBS:



Data: / /

MÉDICO/CRM



MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: _____ / _____ / _____

Nome: João Vitor Gomes Sobre nome: _____

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

OPD: Está exposta a alergia a medicamentos

HDA: Existe histórico de malária e febre amarela

Alergias a penicilina e sulfamidas

AT: 06h

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bocio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Flatulência []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterite []Constipação []Fenômeno de volvismo
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematuria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez []Spasticidade []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmo

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade
[]Amnésia []Libido []Humor

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAI 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Otorrino

18h
2/3/17

Paciente com dor + febre

+ perda de

px clínico suspeito de fisi

cd: Encaminho ao oftalmologista

Labo

Jacques Paiva Cavalcanti
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7625
CRM-PE 19482

BMP #
02/03/2017
18:30

Paciente vítima de acidente motociclistico
nega lesões e desmaio. No momento da vis
presente no BEGIERINHO, respondendo
ciente. Ao exame físico apresenta fer
mato superficial (e), ferimentos ab
em hemicrânio (e), sem sinal de fractura
ossos da face. Sendo encaminhado para
radiografia.

cd: ① sutura

② aux aux (as) cirurgião Dr. Leonardo Mendes Campos
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
e Implantodontista
CRM-PB 3269



000000019652

PSFILE

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA SA
15 MAI 2018
PROTOCOLO
AG. JUDAO PESSOA

SC. 31

000000019652 LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA 22 M

02.03.2017

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Ficha Nr: 10281 Atd: Nao leg.
Data: 02/03/2017
Hora: 21:11:34
Recepção: GABRIELA DA COZIA PE
Clinica: CIRURGICA

Nome: () - CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA Num. Prontuario: 2017.03.000285

CPF: 163319521840001 Sexo: M IDENTIDADE: 4033954 Fone: 986581719

Motheria: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/07/1994 Id: 22 anos)

Endr.: RUA CARMELO RUFFO FILHO, 102

Raíres: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: FABIANA FERNANDES DE ALMEIDA

Pai: MARCOS AURELIO MEDEIROS E SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Residt LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA

Residt Doc. Responsavel: 986581719 / IDENTIDADE: 4033954

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vítima de acidente por: NAO

Vítima de violência por: NAO

laco Policial

ITE CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

Aparentemente Bem Grave

PCP: TP:

Politraumatizado Convulsao

peso: Altura:

Hemorragia Dispneia

CM: IMC:

Diarréia Agitado

Peso. Abd: O2t:

Regular Chocado

queixa Principal:

Vomito

Observacão:

TM - ma com fratura exposta

Não é Alérgico

MFD

Não é Alérgico

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico:

| Conduta

Prognostico:

| Horario da medicacao



004 - Ficha de PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

	Medicamento	Dose	Horário	Evolução
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				
201				
202				
203				
204				
205				
206				
207				
208				
209				
210				
211				
212				
213				
214				
215				
216				
217				
218				
219				
220				
221				
222				
223				
224				
225				
226				
227				
228				
229				
230				
231				
232				
233				
234				
235				
236				
237				
238				
239				
240				
241				
242				
243				
244				
245				
246				
247				
248				
249				
250				
251				
252				
253				
254				
255				
256				
257				
258				
259				
260				
261				
262				
263				
264				
265				
266				
267				
268				
269				
270				
271				
272				
273				
274				
275				
276				
277				
278				
279				
280				
281				
282				
283				
284				
285				
286				
287				
288				
289				
290				
291				
292				
293				
294				
295				
296				
297				
298				
299				
300				
301				
302				
303				
304				
305				
306				
307				
308				
309				
310				
311				
312				
313				
314				
315				
316				
317				
318				
319				
320				
321				
322				
323				
324				
325				
326				
327				
328				
329				
330				
331				
332				
333				
334				
335				
336				
337				
338				
339				
340				
341				
342				
343				
344				
345				
346				
347				
348				
349				
350				
351				
352				
353				
354				
355				
356				
357				
358				
359				
360				
361				
362				
363				
364				
365				
366				
367				
368				
369				
370				
371				
372				
373				
374				
375				
376				
377				
378				
379				
380				
381				
382				
383				
384				
385				
386				
387				
388				
389				
390				
391				
392				
393				
394				
395				
396				
397				
398				
399				
400				
401				
402				
403				
404				
405				
406				
407				
408				
409				
410				
411				
412				
413				
414				
415				
416				
417				
418				
419				
420				
421				
422				
423				
424				
425				
426				
427				
428				
429				
430				
431				
432				
433				
434				
435				
436				

Dirección de Enfermería

WITNESSING REALIZATIONS



[] Desistencia [] UTI
Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

INTRODUÇÃO

— 1 — 第二章

1.5.2. *Functional*

卷之三

10.000-15.000 m²

卷之三

1990-1991

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

Assinatura e Carimbo do Médico

Dra. Arleide Andrade Medeiros
CRM/PB 11.289

Paciente: LUCAS FERNANDES MEDEIROS DA SILVA

LAUDO MÉDICO.

O paciente LUCAS FERNANDES MEDEIROS DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito em 02/03/2017, em decorrência do qual sofreu fratura exposta no membro inferior direito, fratura da diáfise da tibia direita, como ficou evidenciado por exame de imagem.

Submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura da diáfise da tibia direita em 02/03/2017, tendo recebido alta hospital em 09/03/2017.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se significativa limitação nos movimentos face da extensão das lesões diagnosticadas, revelando sequelas no membro inferior direito insuscetíveis de amenização por medidas terapêuticas ordinárias, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais do paciente.

CID: S82.2, T93

João Pessoa, 13 de agosto de 2018.

Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.033.964 - 2ª VIA
	DATA DE EXPEDIÇÃO 04/02/2015
NOME	LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA
FILIAÇÃO	MARCOS AURÉLIO MEDEIROS E SILVA FABIANA FERNANDES DE ALMEIDA
NATURALIDADE	SANTA RITA-PB
	DATA DE NASCIMENTO 15/07/1994
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. Nº7806 - LIV.A-9 - FLS.152 - CARTÓRIO 12º JOÃO PESSOA- PB
CPF	701.961.274-18
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.118 DE 29/06/83	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAI 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

05701485



05701485

05701485

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome:
JOSE EDUARDO DA SILVA
Número:
12576
Endereço:
JOSEFA GERVASIO DA SILVA
Bairro/Cidade:
JOÃO PESSOA-PB
CEP:
50.054-002 - SERRIPB
UF:
PE
RG:
1.054.962 - SERIPB
Data de emissão do RG:
10/04/2015
Sexo:
NÃO
Maior de idade:
Sim
Data de nascimento:
10/04/2015
Vitalício/Atividade:
VITALICIO
Presidente:
WILSON MACHADO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAI 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fatura Mensal

Número do Cartão: 526965XXXXXX3655
Atendimento a Clientes: 40049009
Demais Localidades: 0800 9490009



Vencimento da Fatura **Total da fatura**
28/10/2017 **R\$ 50,00**

Pagamento:

R\$ 7,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titulares deverá arcar com os encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valerão os encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,44 + 1%.

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Crédito/Débito
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO			
	Subtotal Nacional			
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXXX3655			
	Movimentações Nacionais			
	13/10 ANUITADE DIFERENCIADA TIT 02/04			
	Subtotal Nacional			

Total Nacional
Total Internacional
Total da Fatura

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAI 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Minha estreia no Programa de Pontos Caixa

Saldo disponível:
22216

Pontos a Esparir:
1235

Encargos

VALOR	1,00
MÉS	12

2,00 %
1,00 %
5,00 %

A SEGURADORA LÍDER DE CONCONSÓRCIO DPVAT

Eul^blucas Fernandes Medeiros e Silva, Sinistro
de nº 3180224811, inscrito no CPF de nº 701 961 274-16,
venho respeitosamente a vossa senhoria solicitar o seguinte:

A priori informo a Seguradora Líder que não posso aceitar liquido e incerto da minha indenização, razão pela qual, me encontro com sequelas graves em decorrência do acidente.

Informo ainda que só tenho como expor a documentação que consta em anexo, pois fui atendido em hospital público e o mesmo só disponibiliza a documentação apresentada. E que não tenho como pagar uma consulta em clínica particular para que um médico possa me avaliar. A meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei por nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

Informo que me encontro à disposição de auditoria caso achem necessário.

Por ter ciência que cabe recurso judicial para tal esta carta tem apenas uma finalidade: que haja nova reanálise no meu processo para que um médico perito possa analisar minhas leões.

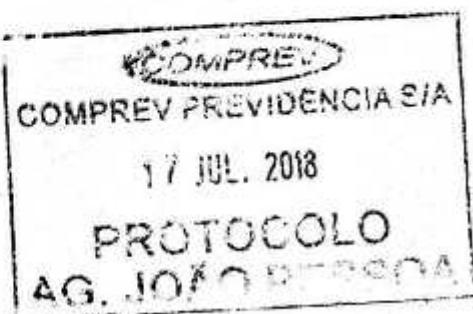
Diante de todo exposto, solicito-lhes, que me encaminhe o mais breve possível para perícia médica, onde de fato, poderei comprovar definitivamente minhas sequelas, objetivando receber a indenização devida à qual tenho direito, conforme preceitua a Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de 1974.

Certo de vossa atenção antecipo-lhes meus sinceros agradecimentos

João Pessoa - PB 17 de Julho de 2018

Procurador(a)

Assinatura do Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180224811 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA **Data do acidente:** 02/03/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO APRESENTAR EXAMES DE IMAGEM E RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO REALIZADO.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

CRM do médico: 5253342-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernanda Cardoso Guerra Fonseca".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180224811 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA **Data do acidente:** 02/03/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.
REDUÇÃO DA CAPACIDADE PARA O EXERCÍCIO NORMAL DAS ATIVIDADES HABITUais (CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE).

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180224811 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA **Data do acidente:** 02/03/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.
REDUÇÃO DA CAPACIDADE PARA O EXERCÍCIO NORMAL DAS ATIVIDADES HABITUais (CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE).

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180224811 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA **Data do acidente:** 02/03/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180224811 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA **Data do acidente:** 02/03/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: FRATURA DE TÍBIA DIREITA. TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E ALTA MÉDICA CICATRIZ CIRÚRGICA DE 14 CM NA FACE ANTERIOR DA Perna DIREITA, DISCRETO DESVIO DO EIXO DA Perna PARA DENTRO, MARCHA ACELERADA CLAUDICANTE E INSTÁVEL.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/08/2018

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180224811 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA **Data do acidente:** 02/03/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: FRATURA DE TÍBIA DIREITA. TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E ALTA MÉDICA CICATRIZ CIRÚRGICA DE 14 CM NA FACE ANTERIOR DA Perna DIREITA, DISCRETO DESVIO DO EIXO DA Perna PARA DENTRO, MARCHA ACELERADA CLAUDICANTE E INSTÁVEL.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/08/2018

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

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:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

José Fernando Medeiros e Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Autônomo, CI RG nº 4.033.954,
CPF/MF nº 701.961.274-16, residente e domiciliado(a) à Rua
Bernardo Russatto Filho, S/NºCS 130-A, 165 d, 167
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58099-302, telefone
99342-1170, 98663-4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG
sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaíra, na
cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizadas.



João Pessoa, 08 de maio de 2018.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

José Fernando Medeiros e Silva

OUTORGANTE

