

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEONARDO BANDEIRA GAMA**

Nº Sinistro: **3180412748**

Vitima: **LEONARDO BANDEIRA GAMA**

Data do Acidente: **27/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180412748**.

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 13368763



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEONARDO BANDEIRA GAMA**

Sinistro: **3180412748**
Vítima: **LEONARDO BANDEIRA GAMA**
Data do Acidente: **27/12/2017**
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 3180412748** 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



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 com 16 ou 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 ASI:

CPF da vítima

Nome completo da vítima

015.937.604-18

EDUARDO BANDEIRA GAMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDUARDO BANDEIRA GAMA		CPF titular da conta 015.937.604-18	Profissão PORTEIRO
Endereço RUA AMARY MARCELINO PEREIRA		Número 28	Complemento APT - 202
Bairro MANGABEIRA	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58000000
Email EUGAMA-0316@GMAIL.COM			Telefone (DDD) 083-9861-1656

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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

- ☐ 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)

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO. DV
 CONTA NRO. DV
 (Informar dígito se existir)

BANCO NOME NRO
 BANCO DO BRASIL S.A. 001
 AGÊNCIA NRO. DV
 5071 7
 CONTA NRO. DV
 6.356 8

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 21 de AGOSTO de 2018

Local e Data

EDUARDO BANDEIRA GAMA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Autorização de pagamento



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

07/08/2016 -
0934773224

BANCO DO BRASIL S.A.
AUTO-ATENDIMENTO

17.40,35

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 5071-7

CONTA:

6.356-1

CLIENTE: LEONARDO BANDEIRA GAMA

HISTÓRICO

DOCUM.

VALOR



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00685.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00685.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:30 horas do dia 12 de abril 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Leonardo Bandeira Gama**, CPF nº 015.937.604-18, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão **Ponteiro**, filho(a) de Maria Bandeira Gama e Severino Gama, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 16/07/1991 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Joaquim Pedro da Silva, Nº 60, bairro Castelo Branco, tendo como ponto de referência Psf da Família, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98617-1656.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Pedro II, Girador da Ufpb, João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/12/17 13:31h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 27/12/2017, por volta das 13:31 horas, quando transitava com o veículo: tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano e modelo 2017 de cor azul, placa: QFY 1145/PB CHASSI Nº 9C2KD0810HR446615, registrado em nome do notificante; QUE ao chegar na AV. Pedro II Castelo Branco, nesta Capital PB, vinha na sua mão, na faixa da esquerda quando um outro veículo Gol, de cor branca, não sabendo especificar a placa do mesmo nem o condutor; QUE, segundo o notificante este veículo colidiu na lateral do seu veículo (moto) que devido ao fato o notificante veio a cair e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TELXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 23/03/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo corpo de bombeiros, conforme certidão de ocorrência nº 043/2018, datado de 25/01/2018; 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, 12 de abril de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


LEONARDO BANDEIRA GAMA
Notificante



500670
SERVIÇO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS
Rua: Maria Angélica Souza Cavalcanti
Cidade

500670
SERVIÇO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS
Rua: Maria Angélica Souza Cavalcanti
Cidade

Autentico a presente cópia, reproduzindo a original apresentada. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 21/08/2018 11:52:19
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
[2018-028483] EML:R# 2,37 FAPEN:R# 0,28 FEPJ:R# 4,47 FEPB:R# 0,12
SEL0 DIGITAL: AM156297-0000
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Procedimento Policial: 00685.01.2018.1.00.420

24-480-2018 11:48 624631 171
LIDER 8594 13
SERVIDOR 36

Comprovação de ato declaratório



VISTO EM: 28/01/18

Comandante de Bateria
Kally Sabrina de NASIWA

TEN. CEL. DOBM-521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 25 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 043/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 27/12/2017, conforme requerimento nº 044/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 13h31min o/a Sr.(a) **LEONARDO BANDEIRA GAMA**, CPF Nº 015.937.604-18, vítima de acidente de (colisão (carro x moto)), ocorrido na Av. Pedro II, Castelo Branco – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47, tendo como chefe o **CABO BM DENIS LIMA DE SOUZA**, Matrícula 521.611-7. Vítima consciente e orientada, com suspeita de fratura no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMESON DIEGO A. DE SOUZA
2º TEN - MAT. 521.341-2
Chefe da 3ª Seção



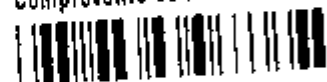
**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: oraphbbs@bombeiros.pb.gov.br

 **Energisa**
ENERGISA PARANÁ, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 75 - C. de Recreio - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.958.193/0001-40 Insc. Est. 18.015.822-50
Atendimento ao Cliente 0800 10 00 00
Cidade 0800 10 00 00

Canal de contato

Comprovante de residencia



Histórico de Consumo (kWh)					
	0	1	2	3	4
	Fev/17	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18
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					

[illegible]

ATENÇÃO

1. Fatutas em atraso



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LEONARDO BANDEIRA GAMA
DADOS DE NASCIMENTO 16/07/91
NOME DA MÃE MARIA BANDEIRA GAMA

DADOS EXTRAÍDOS

Documentação médico - hospitalar



BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.051.391

Nº PRONTUÁRIO 105.248

DATA DO ATENDIMENTO 27/12/17

HORA DO ATENDIMENTO 13:51

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E

CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 1 hora, trazido pelo Corp de Bombeiros, apresentando dor em joelho E + mobilidade limitada pela presença de a dor e escoriações locais. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do joelho E
RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tíbia E à TC e ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Otilio Filho e equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 31/12/17
DATA DA EMISSÃO: 23/03/18

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1051391

Identificação do paciente

ID 1245095		Nome LEONARDO BANDEIRA GAMA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 16/07/1991		Idade 26 anos 6 meses 7 dias		Prontuário 105248	
Mãe MARIA BANDEIRA GAMA		Estado civil CASADO(A)		Religião CATOLICA	
Escolaridade MEDIO COMPLETO		Pai SEVERINO GAMA		Responsável (Parentesco) ESPOSO(A)	
DDD Móvil 83		Fone Móvel 987624120		DDD Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		Número documento 3563442		Fone Fixo	
Local de procedência AV DOM PEDRO II		R# Cns 163681075380005			
Idade		Naturalidade SAPE		UF PB	
				CBO/R	

Endereço

CEP 58050560	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Joaquim Pedro da Silva
Número 60	Complemento	Bairro Castelo Branco	

Admissão

Data e Hora 27/12/2017 13:51:32	Número da pulseira 100005114286	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA
Indicadores e Transporte		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

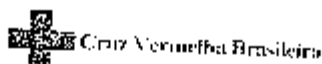
Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA	CID
	Tempo 01min 50seg

Imprimir

Nome: <u>Leandro B. Gomes</u>		N de BE: _____	
Idade: _____	Sexo: _____	Clinica: _____	Enf.: _____
Data de admissão: _____		Alta: _____	Leito: _____
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura de fêmur + HLC</u>		Tempo de Permanência: _____	
Diagnóstico Definitivo: _____			
Diagnóstico Secundário: _____			
Principais exames: _____			
Cirurgia realizada / data e equipe: <u>Dr. O. Silva e J. Silva</u>			
Biópsias: <u>Alto</u>			
Anatomia patológica: _____			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico: _____			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente admitido em 29/12/13 com fratura de fêmur fechada e deslocada. Foi submetido a cirurgia de redução e fixação com placa e parafusos. Evolução satisfatória. Alta em 05/01/14.</u>			
Dieta: <u>sem restrição</u>		Orientações Pós Alta	
Reposso: _____			
Relativo em casa por: _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em: _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em: _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>Cefalexina e Flacoxa</u>			
Retorno: _____			
Ao posto de saúde em <u>Htop</u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa, <u>31</u> de <u>12</u> de <u>14</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS.			
Ass. Médico/CRM _____			
MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PÊDRO CONDOM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Bolletim de Atendimento: 1051391



Identificação do paciente			
ID	Nome		
1245095	LEONARDO BANDEIRA GAMA		
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
16/08/1991	26 anos 6 meses 11 dias		
Mãe	Sexo		
MARIA BANDEIRA GAMA	Masculino		
Escolaridade	Prontuário		
	Pai		
	SEVERINO GAMA		
DDD Móvel	Fone Móvel	Responsável (Parentes)	
83	987624120	A. MIRENE MARIA DA SILVA - ESPOSA(A)	
Tipo documento	Número documento	DDD Fixo	Fone Fixo
RG (IDENTIDADE)	3563442		
Local de procedência	Nº Cns		
AV DOM PEDRO II	163681075380005		
Email	Naturalidade	Tipo	UF
	JOAO PESSOA	BAIRRO	PB
Endereço		CBO#	
CEP	Município de residência	UF	Lugar de origem
53050360	JOAO PESSOA	PB	JOAQUIM PEDRO DA SILVA
Número	Complemento	Bairro	
60		CASTELO BRANCO	
Admissão			
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio	
12/12/2017 13:41:32	100005114206	SUS	
Especialidade	Clinica	Origem do paciente	
CIRURGIA GERAL		RUA	
Classificação de risco	Motivo do atendimento		
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Caráter do atendimento	Notificação do acidente		
	VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte			
Caso polícia	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
RESGATE - BOMBEIROS			
Sinais Vitais			
PA	X	Pulm	Temperatura
Exames complementares			
Raio X ()	Sangue ()	Urina ()	TC ()
Líquor () ECG () Ultrassonografia ()			
Dados clínicos			
RAIO ECG, consciente, orientado, sem alterações, pequena lesão cutânea PABIANA RAQUEL XAVIER DE MENDES ENFERMEIRA URGÊNCIA EMERGENCIA HESTSHL 20/12/2017			
Diagnóstico			
Atendido por			
PRISCILA JORGE DA SILVA			
CID			
Tempo			
01min 50seg			
Impressão			

CNES: 6121221

Em observação

http://172.16.0.6:80/vb/images/insercao_dio?codigo=7&imgsrc/fadesAnisores=N&pedform=imprimo2?id=1773248.pszquisarS3&edorm=...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LEONARDO BANDEIRA GAMA	BAE 1051381	Data/Hora Entrada 27/12/2017 13:51:32	Data Baixa
Data de nascimento 16/06/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 163581075380005
Mãe MARIA BANDEIRA GAMA			Telefone de Contato (83) 987624120
Endereço JOAQUIM PEDRO DA SILVA, 60	Bairro CASTELO BRANCO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO	UF PB
Data/Hora Classificação 27/12/2017 13:51:32		Data/Hora Prescrição 27/12/2017 14:45:17	Nº Cons. Regional 7149/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

* **anamnese**

ACIDENTE TRAZIDO PELO CB EM PRANCHA RETA E COLAR CERVICAL, COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO-VEICULO HÁ 01 HORA. QUEIXA-SE DE DOR EM JOELHO ESQUERDO. NECA QUEDA DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA COM VÔMITOS. REFERE USO DE CAPACETE AO EXAME, LOTE, EUPNEICO. ECG 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FÓTORREAGENTES TORAX: MV+ EM AHT, SEM RA ABD: FLÁCIDO E INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL MOBILIDADE DE MMSS E MID PRESERVADAS MOBILIDADE DE JOELHO E LIMITADA PELA DOR E PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES NO LOCAL

CD: SOLICITO RX DE JOELHO E ORTOPEDIA

VISUALIZO TRAÇO DE FRATURA INTRA-ARTICULAR CD: TC DO JOELHO PARA AVALIAÇÃO

EXAME DE IMAGEM

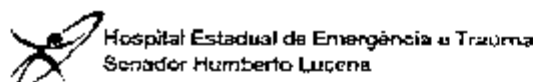
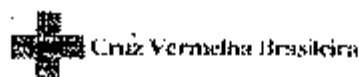
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

Conduta

Em observação

LEONARDO BANDEIRA GAMA

JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO
(CRM. 7149/PB)

**AREA LARANJA UDC**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente LEONARDO BANDEIRA GAMA	BAE 1051391	Data/Hora Entrada 27/12/2017 13:51:32	Data Baixa
Data de nascimento 16/06/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 163681075380006
Mãe MARIA BANDEIRA GAMA			Telefone de Contato (83) 987624120
Endereço JOAQUIM PEDRO DA SILVA, 60	Bairro CASTELO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DOUGLAS MICHALANE PIRES TEIXEIRA	Nº Cons. Regional 5336/PB
Data/Hora Classificação 27/12/2017 13:51:32		Data/Hora Prescrição 27/12/2017 17:34:32	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

anamnese

Fratura de plato tibial lateral grau 2

Internamento

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0.0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, S/N)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

Sólin registrado por PRISCILA JORGE DA SILVA em 27/12/2017 13:53:22

CUIDADOS

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

UREIA - SANGUE

CREATININA

COAGULOGRAMA COMPLETO

EXAME DE IMAGEM

ELETRCARDIOGRAMA

PROCEDIMENTO

ELHEIRA TALA

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

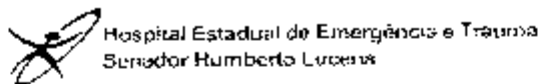
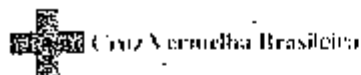
Conduta

Internar Paciente

Dr. Douglas Michalane Pires Teixeira
CRM 10.000/2018
RUBRICADO

LEONARDO BANDEIRA GAMA

DOUGLAS MICHALANE PIRES TEIXEIRA
(15036/PB)



AV. CRESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel : 8332165700

Impresso por: PEDRO
HENRIQUE GUTIERREZ
VARGAS FREITAS
Em: 28/12/2017 13:56:26

Paciente LEONARDO BANDEIRA GAMA		Boletim de Atendimento 1051391	Data/Hora Entrada 27/12/2017 13:51:32	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/06/1991	Idade	Sexo Masculino	CNS 163681075380005	Prontuário 106248
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 28/12/2017 13:56:23)

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#Fratura de plato tibial

Paciente estável no leito, em uso de imobilização em MIE. Segue com queixas álgicas leves em joelho esquerdo. Nega outras queixas.

CD: VPM

Obs: Foram solicitados exames pré-op, porém até agora não estão no sistema. Portanto, solicito novamente.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Número Conselho: 10575

Dr. Pedro Henrique Vargas Freitas
Médico Assistente em Medicina
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10575



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



RFEVSB

Nome: Leonardo Bandeira Gomes BE/Prontuário: _____
Idade: 26 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 29/12/19
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fratura de Placa do Antebraço
Cirurgião: Dr. Wilson 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Dr. Paulo (Razão) Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Placa do Antebraço</u>	<u>S52.2</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteossíntese da Placa do Antebraço</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 29/12/19



BRASIL
SBCP

RELATÓRIO DE CIRURGIA



REVISOR

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DM, com anestesia
geral, anti-êmbolo e antibiótico

Incisão:

Incisão Z-plast na região
mediana antebraço lateral do
plano lateral

Achados:

Osteotomia e aberturas de
função nos

Conduta:

Realização de imobilização articular
distal de membro superior por
função com aparelho por
radioscopia
Elevação de retalho com
parafuso de fixação à pele

Fechamento:

Pontos e pontos

Observação:

Dr. Carlos R. Filho
CRM 12957

João Pessoa, 27/12/14

Médico/CRM:

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**Folha
1/2**Identificação do Estabelecimento de Saúde -**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETHL

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Leonardo Bandeira Gomes

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

106248

10 - NOME DA LÍDE OU RESPONSÁVEL

11 - SEXO

12 - TEM

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - CID

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - CÓD. DO MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

23 - CÓD. DO PROCEDIMENTO MUDANÇA

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

25 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CID

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CID

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CID

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

caso de Paraganglioma Carotídeo L.S.N. 72.01 TMC
bro de Hatha N: 1.01
bro de Hatha N: 7.501

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPE

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

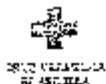
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPE



Nota de Sala Cirúrgica

VITTA

NOME DO PACIENTE: Leomardo Bandeira Gomes	
IDADE: 36	SEXO: M
CIRURGIÃO: Dr. André	ENFERMEIRO: Leito
CIRURGIÃO: Dr. Collares	PAIXÃO:
ANESTESIA: Rogon	
ANESTESISTA: Dr. André	
INSTRUMENTADOR: Grilens	
DATA: 17 TEMPO CIRÚRGICO: 1:00 ANESTESIA: 1:00 INÍCIO: 1:00 FIM: 2:00	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)	
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()	
ORAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	
ALFENTANIL	QTD. 500
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	QTD. 500
BUPIVACAÍNA PESADA	QTD. 500
ETAMINA	QTD. 500
PROPERIDOL	QTD. 500
INDATO	QTD. 500
RODABARITAL	QTD. 500
FENTANIL	QTD. 500
TIAMAZENIL	QTD. 500
SOTURANO	QTD. 500
VOBUPVACAÍNA C/ VASO	QTD. 500
LEVOPVACAÍNA C/ VASO	QTD. 500
LIDOCAINA C/ VASO	QTD. 500
LIDOCAINA S/ VASO	QTD. 500
MIDAZOLAN	QTD. 500
MORFINA	QTD. 500
NIMIDIL	QTD. 500
PANCURÔNIO	QTD. 500
PETIDINA	QTD. 500
PROPOFOL	QTD. 500
RAMIFENTANIL	QTD. 500
ROCURÔNIO	QTD. 500
SVOFOLURANO	QTD. 500
SUXAMETÔNIO	QTD. 500
TIOPENTAL	QTD. 500
MATERIAIS	
ALCOOL ETÍLICO 70%	QTD. 500
PVP DEGERMANTE	QTD. 500
PVP TINTURA	QTD. 500
PVP TÓPICO	QTD. 500
SABÃO ANTISÉPTICO	QTD. 500
LÂMINA BISTURI Nº 11	QTD. 500
LÂMINA BISTURI Nº 15	QTD. 500
LÂMINA BISTURI Nº 23	QTD. 500
LÂMINA BISTURI Nº 24	QTD. 500
LÂMINA DE DERMATÔMIO	QTD. 500
LÂMINA DE ENXERTO	QTD. 500
LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 0	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 1	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 2	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 3	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 4	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 5	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 6	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 7	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 8	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 9	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 10	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 11	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 12	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 13	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 14	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 15	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 16	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 17	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 18	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 19	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 20	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 21	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 22	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 23	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 24	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 25	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 26	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 27	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 28	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 29	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 30	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 31	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 32	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 33	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 34	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 35	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 36	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 37	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 38	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 39	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 40	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 41	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 42	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 43	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 44	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 45	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 46	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 47	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 48	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 49	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 50	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 51	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 52	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 53	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 54	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 55	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 56	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 57	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 58	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 59	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 60	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 61	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 62	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 63	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 64	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 65	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 66	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 67	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 68	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 69	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 70	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 71	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 72	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 73	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 74	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 75	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 76	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 77	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 78	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 79	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 80	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 81	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 82	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 83	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 84	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 85	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 86	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 87	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 88	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 89	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 90	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 91	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 92	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 93	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 94	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 95	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 96	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 97	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 98	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 99	QTD. 500
LUVAS ESTÉRIL Nº 100	QTD. 500
EQUIPAMENTOS	
ASPIRADOR	QTD. 1
BISTURI ELÉTRICO	QTD. 1
CAPNÓGRAFO	QTD. 1
CÁRDIOMONITOR	QTD. 1
DESHIDRATADOR	QTD. 1
FOCO AUXILIAR	QTD. 1
FOCO CENTRAL	QTD. 1
INSTRUMENTOS	QTD. 1
MONITOR DE PULSO	QTD. 1
PRÓTESE RINOTOMIA INVASIVA	QTD. 1
PERFUSOR ELÉTRICO	QTD. 1
SERRA	QTD. 1
CIRCUITO	QTD. 1



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 29/12/17

PRONTUÁRIO: 106248

123456

PACIENTE: LOUISA BAPTISTA SILVA SEXO: M COR: Br IDADE: 26

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: 14 TEMPERATURA: 36.5 PESO: 120 kg GRUPO SANGÜÍNEO: B

ESTADO GERAL: () BOM (x) REGULAR () MAL () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: () BAIXO (x) REGULAR () ALTO PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: X

AP. RESPIRATÓRIO: AP. CIRCULATÓRIO: 06

AP. DIGESTIVO: ESTADO MENTAL: LOTO DROGAS EM USO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE PLATO TIBIAL (x)

CIRURGIA REALIZADA: PROSTATECTOMIA (x)

CIRURGIÃO: Dr. Carlos A. SILVA AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:10 TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:10 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 01:00

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES RS:

ANESTESISTA: Dr. André F. Pereira CRM-PB: 7777

INTERFERÊNCIA:

U: N: 0

CONDIÇÃO PRECISO:

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

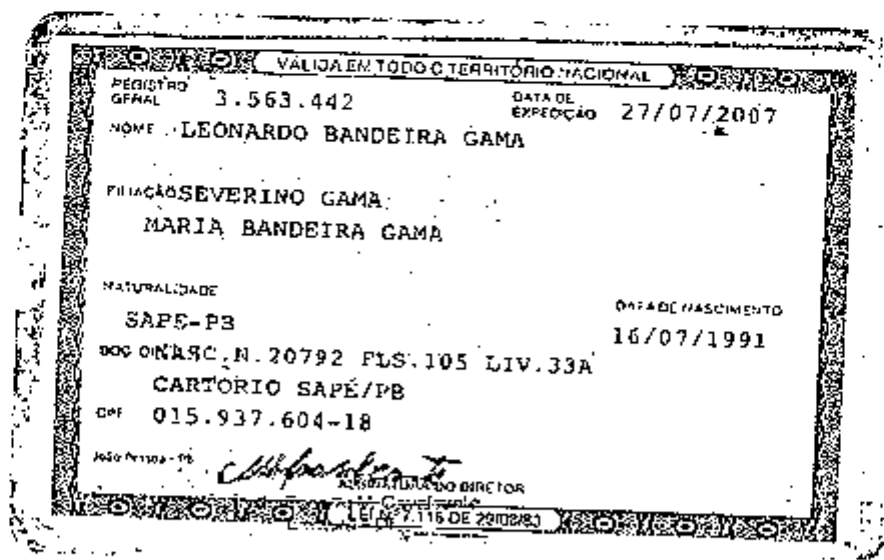
100%

100%

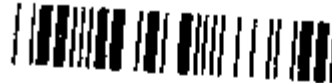
100%



Documentos de identificacao



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB

Nº 013176780221

1. CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

2. DE REG. PRT. 20170900267200

1 0112381220-6 00/00000000 2017

LEONARDO BANDEIRA GAMA

01593760418

QFY1145/PB

NOVO

PB

9C2KD0810HR446615

PAS/MOTOCICLETA/MNO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2017 2017

2 P/162 /CI

PARTIC

AZUL

IPVA PAGO EM 00/00/0000

A 0

0

0

3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

KOF (R\$)

P A G O

19/07/2017

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOMAR PESSOA - PB

42692

20/07/2017

7003781

PB Nº 013176780221

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01593760418

QFY1145/PB

01123812206

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2017

9

9C2KD0810HR446615

PRÊMIO TARIFÁRIO

COSTO DO BILHETE (R\$)

KOF (R\$)

P A G O

19/07/2017

SIN UNICA

PAGAMENTO

PACELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-94

7003781-1219572-20170720

DEZ-2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013176780221
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD RENAVAM PRT 20170000267200-0
1 0112381220-6 00/00000000 2017

NOME
LEONARDO BANDEIRA GAMA

CNPJ
01593760418

PLACA
QFY1145/PB

PLACA ANT./UT
NOVO PB

CPV
9C2KD0810HR446615

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLJC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB
2017

ANO IMO
2017

CAP/POT/CIL

2-P/162 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PR DOMINANTE

AZUL

COTA QUINCA

IPVA PAGO EM

00/00/0000

1º

FAIXA IRVA

PARCELAMENTO/COTAS

0

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

ICF IRS

PRÊMIO TOTAL (R\$)

PARCELAMENTO

SEGURO

P A G O

19/07/2017

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

JORO PESSOA - PB

42692

SS

20/07/2017

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SINA CARCA PESSOA
TRANSPORTADA OU NÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 013176780221

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
20/07/2017

CNPJ
01593760418

PLACA
QFY1145/PB

RENAVAM
01123812206

MARCA / MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB
2017

ANO IMO
9

Nº CHASSI
9C2KD0810HR446615

PRÊMIO TARIFÁRIO

CPV (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

ICF (R\$)
SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
P A G O

FORMA DE PAGAMENTO
S - ÚNICA

PAGAMENTO
PARCELADO

DATA DE COTAÇÃO
19/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

7003781-1219572-20170720

9102-2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E OCOTOLOGIA LEGAL

Laudo de IML - Lesões corporais



LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.062018.12658

LEONARDO BANDEIRA GAMA



SOM70

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Instituto de Polícia Científica
Núcleo de Medicina e Ocotologia Legal

3º OFÍCIO DE NOTAS
2ª TABELA DE NOTAS
1ª TABELA DE NOTAS
CLP: 146019101-146019101-PR
FONE: (51) 3611-3011 FAX: (51) 3611-3011

Autentico a presente copia, reproduzida digital do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 21/08/2018 11:52:18
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
[2018-028482] EPP: R# 2,37-FAZEN: R# 0,28 FEN: R# 47 PAB: R# 0,12
SELO DIGITAL: AN156294-9X82
Confira a autenticidade em <https://selodigital.toph.jus.br>

Órgão requisitante: DAV
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Alberto do Egito Souza
DAV

Leonardo Bandeira Gama
DATA: 24-07-2018
CPF: 01593760448



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E OCUNTOLOGIA LEGAL

C: 184018 Laudo nº: 03.01.06.062018.12658

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 07/06/2018

Órgão Requisitante: DAV. nº da Solicitação: 85-2018 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva, Nome: LEONARDO BANDEIRA GAMA, 26anos, sexo: masculino Raça/cor: pardo filho(a) de: Severino Gama e de: Maria Bandeira Gama, Estado civil: casado(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Sapé-PB. Profissão: porteiro.

HISTÓRICO: Refere que foi vítima de acidente de moto no dia 27.12.2017, por volta das 13:30hs na Av. D. Pedro II.

DESCRIÇÃO: O examinado apresenta cicatrizes de 3,5 e 1,5cm na face lateral do joelho esquerdo e, área hiperocrômica de regeneração da epiderme (4cm) na face anterior do mesmo. À inspeção dinâmica apresenta discreta limitação da flexão final do joelho esquerdo. Em laudo médico datado de 07.06.2018 e assinado pelo Dr. Nilvan da Silva Linhares consta limitação de 10% da flexão do joelho esquerdo.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? **SIM.**
- 2) Qual o meio que o ocasionou? **AÇÃO CONTUNDENTE.**
- 3) Houve perigo de vida? **NÃO.**
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? **SIM, DEBILIDADE DISCRETA (10%) DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO.**
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? **NÃO.**
- 6) Provocou aceleração de parto? **PREJUDICADO.**
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? **NÃO.**
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? **NÃO.**
- 9) Resultou deformidade permanente? **NÃO.**
- 10) Provocou aborto? **PREJUDICADO.**


Dr(a). Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB



Selo Digital
SERVIDOR GOVERNAMENTAL E REGISTRO
Data: 07/06/2018 Hora: 11:52:18
Título: Laudo

Assinado eletronicamente por:
JOAO PESSOA - PB 21/06/2018 11:52:18
CPF: 001.010.000-00
Assinado eletronicamente por:
CARLOS ANTONIO DA S. TORRES
CPF: 001.010.000-00

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 21/06/2018 11:52:18
Carlos Antonio da S. Torres
[2018-028483] EMUL:R\$ 2,37 FAX:001.010.000-00
SELO DIGITAL: AHE56295-RALB
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Requisição de exame nº 85/2018

Exame requisitado: TRAUMATOLOGICO - COMPLEMENTAR

Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital - PB

João Pessoa (PB), 07 de junho de 2018.

OBS-1: Segue em anexo laudo traumatológico nº 03.01.06.042018.08678

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a **exame traumatológico complementar ao laudo nº 03.01.06.042018.08678** a pessoa abaixo mencionada:

LEONARDO BANDEIRA GAMA, CPF nº 015.937.604-18, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Maria Bandeira Gama e Severino Gama, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 16/07/1991 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Joaquim Pedro da Silva, Nº 60, bairro Castelo Branco, tendo como ponto de referência Psf da Família, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98617-1656.

ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado de Polícia Civil
Titular da DEAVC



SISTEMA
Sistema de Informação de Registro e Autenticação
Doc: Maria Angeli Souza Carralho
Tubosa

OFICINA DE NOTAS
JOÃO PESSOA - PB
RUA JOAQUIM PEDRO DA SILVA, Nº 60
CEP: 54.134-010 - JARDIM DE SÃO CARLOS
FONE: (83) 3211-3100 FAX: (83) 3211-3130

Autentico a presente copia, reproduzida fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 21/08/2018 11:52:18
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
[2018-028484] EMX-R\$ 2,37 FAPEN-R\$ 0,28 ISS-R\$ 0,12
SELO DIGITAL: AHT56296-IMLR
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180412748 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO BANDEIRA GAMA **Data do acidente:** 27/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA. FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO EM GRAU 2.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA LEVE REDUÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO DAS FRATURAS COM FIXAÇÃO METÁLICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/09/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327418/18

Vítima: LEONARDO BANDEIRA GAMA

CPF: 015.937.604-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/12/2017

Titular do CPF: LEONARDO BANDEIRA
GAMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IMI - Lesões corporais
Outros

Outros



LEONARDO BANDEIRA GAMA : 015.937.604-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2018
Nome: LEONARDO BANDEIRA GAMA
CPF: 015.937.604-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

LEONARDO BANDEIRA GAMA

Patricia Aleixo Silva



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA LEONARDO BRUNO DE OLIVEIRA GAMA

DATA DO ACIDENTE 27/12/17 CPF DA VITIMA 015.935.604-18

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESSO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ALVARO HAUSSINE LENCINA

Nº 28 COMPLEMENTO APR 202 BAIRRO PARANGABA

CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58.000-000

E-MAIL leomano36@gmail.com TELEFONE (83) 98614-1656

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXFÓLDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIENEM

OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXFÓLDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA

DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTADAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO FÉLDO (CÓPIA

SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

MORTE = R\$ 13.500,00

INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREMIO LISO), ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS

LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE

GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 21/08/18

IDENTIDADE 3.553.442

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 21.08.18 MATR. CORREIOS 8480214

NOME Leandro de Fátima F. Silva

ASSINATURA Leomano B. Gama ASSINATURA João

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180412748 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO BANDEIRA GAMA **Data do acidente:** 27/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIOS K) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

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: 3180412748 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO BANDEIRA GAMA **Data do acidente:** 27/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIOS K) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: ÚLTIMO DOCUMENTO: 24/08/18 - IML QUESITO 4
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180412748 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO BANDEIRA GAMA **Data do acidente:** 27/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA. FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO EM GRAU 2.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA LEVE REDUÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO DAS FRATURAS COM FIXAÇÃO METÁLICA.

Sequelae permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 20/09/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180412748 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO BANDEIRA GAMA **Data do acidente:** 27/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA. FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO EM GRAU 2.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA LEVE REDUÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO DAS FRATURAS COM FIXAÇÃO METÁLICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/09/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327418/18

Vítima: LEONARDO BANDEIRA GAMA

CPF: 015.937.604-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/12/2017

Titular do CPF: LEONARDO BANDEIRA GAMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LEONARDO BANDEIRA GAMA : 015.937.604-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2018
Nome: LEONARDO BANDEIRA GAMA
CPF: 015.937.604-18

LEONARDO BANDEIRA GAMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180412748**

Nome do(a) Examinado(a): **LEONARDO BANDEIRA GAMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Amauri Marcelino Pereira, 28, APT 202 - Mangabeira - João Pessoa - PB - CEP 58056160

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3563442**

Data e local do acidente: [**27/12/2017**] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [**20/09/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA. FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO EM GRAU 2.

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

VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA LEVE REDUÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO DAS FRATURAS COM FIXAÇÃO METÁLICA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do joelho esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB