

---

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE LUCAS SILVA LIMA  
**Nº Sinistro:** 3180183237  
**Vitima:** JOSE LUCAS SILVA LIMA  
**Data do Acidente:** 19/11/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183237**.

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](http://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 Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE LUCAS SILVA LIMA  
**Nº Sinistro:** 3180183237  
**Vitima:** JOSE LUCAS SILVA LIMA  
**Data do Acidente:** 19/11/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180183237**, 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](http://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, 09 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE LUCAS SILVA LIMA

**Sinistro:** 3180183237

**Vítima:** JOSE LUCAS SILVA LIMA

**Data do Acidente:** 19/11/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**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 3180183237** 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](http://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, 31 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE LUCAS SILVA LIMA

**Nº Sinistro:** 3180183237

**Vitima:** JOSE LUCAS SILVA LIMA

**Data do Acidente:** 19/11/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180183237**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



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

115.492.444-00

Nome completo da vítima

José Lucas Sílvia Lima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                 |                      |                |
|---------------------------------|----------------------|----------------|
| Nome completo                   | CPF titular da conta | Profissão      |
| José Lucas Sílvia Lima          | 115.492.444-00       | Professor      |
| Endereço                        | Número               | Complemento    |
| Rua: das Primeiras              | 78                   |                |
| Bairro                          | Cidade               | Estado         |
| Anatólia                        | João Pessoa          | RJ             |
| E-mail                          | CEP                  | Telefone (DDD) |
| alexandrecasuarante@hotmail.com | 58052-090            | 98663-2194     |

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**
 RECUZO INFORMAR

 SEM RENDA

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

AGENCIA

NFO.

CONTA

NFO.

8757

15313 8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGENCIA

NFO.

CONTA

NFO.

D/V

(Informar dígito se existir)

R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00

COMPREV

PREVIDÊNCIA S/A

3 ABR. 2018

AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO

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.

José Pessoa 20 de março de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEMONSTRATIVO ANUAL DE SALDOS

DATA: 28/03/2018 HORA: 13:17:21  
AGENCIA: 8757 CONTA: 15313-8  
CPF: 115.492.444-00

FONTE PAGADORA: ITAJ UNIBANCO S.A.  
CNPJ: 60.701.190/0001-04

RENDIMENTOS ISENTOS E NAO TRIBUTAVEIS  
CONTA DE POUPANCA  
SALDO EM 31/12/2016:

000

SALDO EM 31/12/2017:

000

RENDIMENTOS NO ANO:

000

ESTE DOCUMENTO NAO SUBSTITUI O INFORME  
ANUAL DE REDIMENTOS. CASO VOCE POSSUA  
OUTROS INVESTIMENTOS, ACESSE SUA CONTA  
NA INTERNET OU PROCURE SUA AGENCIA.





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00542.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00542.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:21 horas do dia 20 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 **José Lucas Silva Lima**, CPF nº 115.492.444-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Professor, filho(a) de Maria das Dores Silva e Lindomar Alves de Lima, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 01/12/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua dos Pinheiros, Nº 078, bairro Bancários, tendo como ponto de referência Jpi Curso de Inglês, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99638-0311.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Hilton Souto Maior, De Frente Ao Casa Tudo, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/11/17 16:00h. 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/CB 250F TWISTER, PRETA, 2015/2016, PLACA OEX7751/PB, CHASSI 9C2MC4400GR008232, registrada em nome do noticiante, quando colidiu na parte traseira de um CARRO FIAT WAY, PRATA, NÃO IDENTIFICADO, o qual saiu de uma rua adjacente e entrou de vez na frente do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0261/2018, EXPEDIDA PELA DR<sup>a</sup> ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 09.02.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo SAMU; 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, 20 de março de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

JOHANES LIMA  
Noticiante



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 intarditada 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

José Lucas Silveira

CPF da Vítima

135.492.444-00

Data do Acidente

19-11-17

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

|  |  |
|--|--|
| Nome completo do Representante Legal<br><b>Local</b> | CPF do Representante legal<br><b>Local</b> |
| Email<br><b>Local</b>                                | Telefone (DDD)<br><b>Local</b>             |

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 art. 3º, par. 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 médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

 COMPREV  
 PREVIDENCIA S/A

 23 ABR. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 20 de março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 711/080, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo 1890143, o atendimento pré-hospitalar realizado em referida instituição ao paciente JOSE LUCAS DA SILVA LIMA (idade 23 anos), vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 19/11/2017, na AV. Hilton Souto Maior, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 16:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Buriti (Ort trauma - Mangabeira) pela ambulância dos Bombeiros.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 29 de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico

**SAMU 192 JP**

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV  
23 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUCAS SILVA LIMA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

CONTA: 000000015313-8

---

Autenticação:

152F97169305FCDF2321F6ABF1C89083C6C48B6F4E38AFF7A381875F4BE031C9



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

JOSE LUCAS SILVA  
DOS PINHEIROS 78  
ANATOLIA  
JOAO PESSOA - PB  
58052-090

5013196987403890000001240230230218

501319698/403890000001240230230218



0000610  
23 ABR. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ALEXANDRA CESAR DUARTE  
Av. MARIA ROSA, 10050  
VANUCA  
58010-360 - JOÃO PESSOA - PB

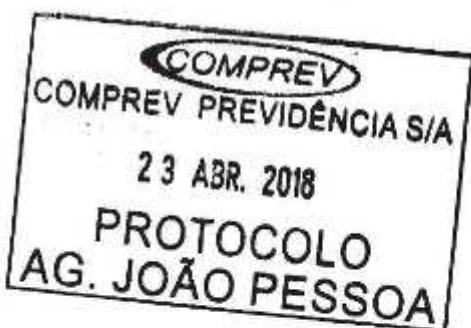
CPF/CNPJ  
907.013314867  
046.502.754-74

Período de vencimento  
25/09/2017 194,64  
Forma de pagamento  
BOLETO BANCÁRIO

VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE [NET.COM.BR](http://NET.COM.BR)

Importante:

Minha NET:





**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Alexandrina Lúcia Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.302.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Lucas Silveira Lame inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.492.444-00 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima João Lucas Silveira Lame, inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.492.444-00 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, residir 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. 299 do Código Penal.

|          |  |        |           |                        |
|----------|--|--------|-----------|------------------------|
| Endereço | <u>Av. Almanir Rosa</u>                    | Número | <u>58</u> | Complemento            |
| Bairro   | <u>Almanir</u>                             | Cidade | <u>PR</u> | Estado                 |
| Email    | <u>alexiandrinacesarduarte@hotmail.com</u> |        |           | CEP                    |
|          | <u>98663-4900</u>                          |        |           | Telefone celular (DDD) |
|          |  |        |           | <u>99105-5363</u>      |

João Rosa, 16 de abril de 2018 Local e Data

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**23 ABR. 2018**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Alexandrina Lúcia Duarte  
Assinatura do Declarante



## CERTIDÃO

Nº. 0261/2018

Atendendo solicitação de **JOSE LUCAS SILVA LIMA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 79177 e prontuário Nº 2017.06.002985 pertencente a requerente que foi atendido dia 19/11/2017 ás 16H53min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos de pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/11/2017 com alta médica dia 29/11/2017.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de fevereiro de 2018

Rosangela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



ESTUBA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

DEMO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BUST

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N.

56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

CNPJ:

OS DO PACIENTE

e: JOSE LUCAS SILVA LIMA

: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986904200

urál: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/12/1993 Id: 14 ano(s)

i.: RUA DOS PINHEIROS, 72

arro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UI :PE

o: MARIA DAS DORES SILVA

Pai: ...

ca.: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

upação: ESTUDANTE

Escolaridade: NAO INFORMADO

FORMACOES DE ENTRADA

: JOSE LUCAS SILVA LIMA

1/Doc. Responsavel: 986904200 / SEM DOCUMENTO: SD

coedencia: RUA

ransporte utilizado: BOMBEIROS

itima de acidente por: COL.CARRO MOTO AS 16:15

itima de violência por: NA HILTON SOUTO MAIOR

! Caso Policial

RE-CONSULTA

ipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

A: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

C: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

eso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

licemias: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

ura Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)  
paciente trazido pelos bombeiros, com história de colisão com carro-moto, com capacete. Apresenta dor em MIE, com limitação de movimento. Nega perda de consciência, náuseas ou vômitos. ACV, AR, Abd: NDN. Nega outras queixas.

Conduta

- ~~Solicito Rx para BRTCA~~  
- ~~Solicito Rx para BRTCA~~

Horário da medicação

23 ABR. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Luis Alves Bento  
Médico  
084895237



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 18/11/17

Nome: Jose Luiz Silva Lima Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Dor em p/ct

HDA: Quer de resto com fruras no p/ct

Refluxo dor + diforadilite +

p/ct

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeca e Pescoco: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]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 [ ]Políuria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Prématúria  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-resposta [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fracasso [ ]Atrofia [ ]Espasmos

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

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] JHTF

[ ] HAS [ ] DMD [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg  
FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: *Eadem qd4 p/ C*

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura do 2º 3º 4º metatarso*Conduta: *Intenção p/ Cirurgia*

Dr. Indalecio Pascali Fernandes  
Ortopedista - Traumatologista  
Cirurgião do Joelho  
CRM 02777 - Pato Branco  
Praça da Matriz, 100 - Centro - Patos - PB.

COMPREV 23 ABR. 2018  
PROTÓCOLO  
AC. JOÃO PESSOA  
COMPREV  
PREVIDÊNCIA SIA  
CRM 02777  
Pato Branco



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
|---|--|--|--------------------------------------|--|---------|--|-------------------------|--------------|-----------|--|-----------------|-----------------|--|
| Nome: <i>Joni Leccos Figueira</i>   |  |  |                                      | Registro:                                    |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Idade: <i>29</i>  | Sexo: <i>m</i>                               | Cor: <i>Clínica</i>  | Clínica: <i>Central</i>              | EMP: _____ LR: _____                         |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Data: <i>20/11/17</i>   | Cirurgião: <i>Roberto Soárez Dr. Dacelli</i> | 1º Assistente: <i>Dr. Dacelli</i>                            | 2º Assistente: <i>Roberto Soárez</i> | Instrumentador: _____                        |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Anestesista: <i>Dr. Dacelli</i>   | 3º Assistente: <i>Roberto Soárez</i>         | Tipo Anestesia: <i>Regional</i>                              | Horário: I: _____ T: _____           | CID: <i>00000000000000000000000000000000</i> |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO  |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| <i>Faléria los ovarios<br/>esquerdo</i>   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO  |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| CID: <i>00000000000000000000000000000000</i>  |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)  |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| <i>Ressecção cirúrgica<br/>esquerdo</i>   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| CÓDIGO: <i>00000000000000000000000000000000</i>   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" rowspan="2" style="text-align: center; font-size: 2em;">COMPREV</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; font-size: 1.5em;">COMPREV PREVIDÊNCIA SIA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 1.5em;">23 ABR. 2018</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 1.5em;">PROTÓCOLO</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; font-size: 1.5em;">AG. JOÃO PESSOA</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 1.5em;">AG. JOÃO PESSOA</td> </tr> </table> |  |  |                                      |  | COMPREV |  | COMPREV PREVIDÊNCIA SIA | 23 ABR. 2018 | PROTÓCOLO |  | AG. JOÃO PESSOA | AG. JOÃO PESSOA |  |
| COMPREV   |  | COMPREV PREVIDÊNCIA SIA                                      |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
|   |  |  | 23 ABR. 2018                         |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| PROTÓCOLO   |  | AG. JOÃO PESSOA  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| AG. JOÃO PESSOA   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Acidente durante Ato Cirúrgico  |  | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Biópsia de Congelação:  |  | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Descreva:   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

mfasi e anestesiado  
no deuso operatório

Incisão:

scalpelo de deuso  
cifra do palco

Achados:

anam 3/8 mil

gir de hinc

Conduta:

re. 2.1

gencito

golpe  
Dro kito

Fechamento:

OBS:

Data: 28/11/17



Dr. Roberto A. Souza  
Ortop. Traumatolog.  
Mangabeira 3800

MÉDICO/CRM



## CERTIDÃO

Nº. 0261/2018

Atendendo solicitação de **JOSE LUCAS SILVA LIMA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 79177 e prontuário Nº 2017.06.002985 pertencente a requerente que foi atendido dia 19/11/2017 ás 16H53min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos de pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/11/2017 com alta médica dia 29/11/2017.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de fevereiro de 2018

Rosangela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



ESTUBA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
DEMO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BUST  
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N.  
56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Data Nr: 79106

Atd: Nao Regulado

Data: 19/11/2017

Hora: 16:53:09

Repcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU

Clinica: CIRURGICA

Num. de vezes atendido: 2

Num. protocolario: 2017.06.002985

OS DO PACIENTE

e: JOSE LUCAS SILVA LIMA

: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986904200

urál: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/12/1993 Id: 14 ano(s)

i.: RUA DOS PINHEIROS, 72

arro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UI :PE

o: MARIA DAS DORES SILVA

Pai: ...

ca.: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

upação: ESTUDANTE

Escolaridade: NAO INFORMADO

FORMACOES DE ENTRADA

: JOSE LUCAS SILVA LIMA

1/Doc. Responsavel: 986904200 / SEM DOCUMENTO: SD

coedencia: RUA

ransporte utilizado: BOMBEIROS

itima de acidente por: COL.CARRO MOTO AS 16:15

itima de violência por: NA HILTON SOUTO MAIOR

! Caso Policial

RE-CONSULTA

ipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

A: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

C: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

eso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

licemias: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

ura Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)  
paciente trazido pelos bombeiros, com história de colisão com carro-moto, com capacete. Apresenta dor em MIE, com limitação de movimento. Nega perda de consciência, náuseas ou vômitos. ACV, AR, Abd: NDN. Nega outras queixas.

Conduta - ~~Solicito Rx para a BRTCA~~

Diagnóstico

Fratura/Luxação de MIE?

Horário da medicação

23 ABR. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Luis Alves Bento  
Medico  
084895237



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 18/11/17

Nome: Jose Luiz Silva Lima Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Dor em p/ct

HDA: Quer de resto com fruras no p/ct

Refluxo dor + digestibilidade +

p/ct

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeca e Pescoco: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]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 [ ]Políuria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Prématúria  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-resposta [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fracasso [ ]Atrofia [ ]Espasmos

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

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] JHTF

[ ] HAS [ ] DMD [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg  
FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: *Eadem 4/4* pr C

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura do 2º 3º 4º metatarso*Conduta: *Intenção pr Cirurgia*

Dr. Indalecio Pascali Fernandes  
Ortopedista - Traumatologista  
Cirurgião do Joelho  
CRM 02777 - Pato Branco  
Praça da Matriz, 100 - Centro  
Mangabeira - Paraíba - PB.

COMPREV 23 ABR. 2018  
PROTÓCOLO  
AC. JOÃO PESSOA  
COMPREV  
PREVIDÊNCIA SIA  
CRM 02777  
Pato Branco



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
|---|--|--|--------------------------------------|--|---------|--|-------------------------|--------------|-----------|--|-----------------|-----------------|--|
| Nome: <i>Joni Leccos Figueira</i>   |  |  |                                      | Registro:                                    |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Idade: <i>29</i>  | Sexo: <i>m</i>                               | Cor: <i>Clínica</i>  | Clínica: <i>Central</i>              | EMP: _____ LR: _____                         |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Data: <i>20/11/17</i>   | Cirurgião: <i>Roberto Soárez Dr. Dacelli</i> | 1º Assistente: <i>Dr. Dacelli</i>                            | 2º Assistente: <i>Roberto Soárez</i> | Instrumentador: _____                        |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Anestesista: <i>Dr. Dacelli</i>   | 3º Assistente: <i>Roberto Soárez</i>         | Tipo Anestesia: <i>Regional</i>                              | Horário: I: _____ T: _____           | CID: <i>00000000000000000000000000000000</i> |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO  |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| <i>Faléria los ovarios<br/>esquerdo</i>   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO  |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| CID: <i>00000000000000000000000000000000</i>  |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)  |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| <i>Ressecção cirúrgica<br/>esquerdo</i>   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| CÓDIGO: <i>00000000000000000000000000000000</i>   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" rowspan="2" style="text-align: center; font-size: 2em;">COMPREV</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; font-size: 1.5em;">COMPREV PREVIDÊNCIA SIA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 1.5em;">23 ABR. 2018</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 1.5em;">PROTÓCOLO</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; font-size: 1.5em;">AG. JOÃO PESSOA</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 1.5em;">AG. JOÃO PESSOA</td> </tr> </table> |  |  |                                      |  | COMPREV |  | COMPREV PREVIDÊNCIA SIA | 23 ABR. 2018 | PROTÓCOLO |  | AG. JOÃO PESSOA | AG. JOÃO PESSOA |  |
| COMPREV   |  | COMPREV PREVIDÊNCIA SIA                                      |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
|   |  |  | 23 ABR. 2018                         |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| PROTÓCOLO   |  | AG. JOÃO PESSOA  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| AG. JOÃO PESSOA   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Acidente durante Ato Cirúrgico  |  | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Biópsia de Congelação:  |  | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Descreva:   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:<br>1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico   |  |  |                                      |  |         |  |                         |              |           |  |                 |                 |  |

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

mfasi e anestesiado  
no deuso operatório

Incisão:

scalpelo de deuso  
cifra do palco

Achados:

anam 3/8 mil

gir de hinc

Conduta:

re. 2.1

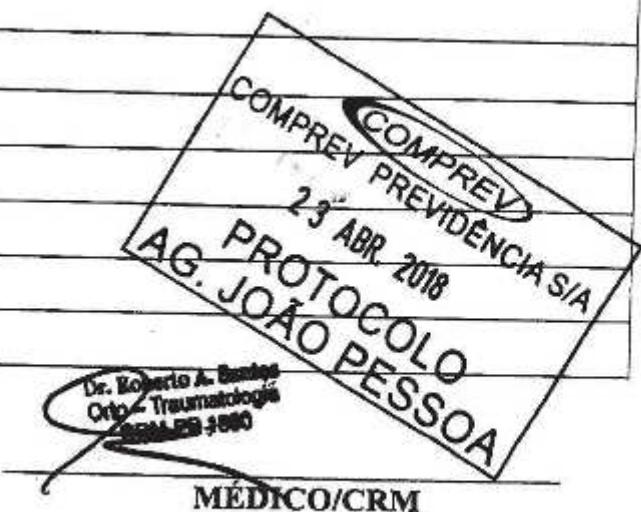
gencito

golpe  
Dro kito

Fechamento:

OBS:

Data: 28/11/17



**Dra. Arleide Andrade Medeiros**  
**CRM/PB 11.289**

Paciente: JOSÉ LUCAS SILVA LIMA.

**LAUDO MÉDICO.**

O paciente JOSÉ LUCAS SILVA LIMA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 19/11/2017, em decorrência do qual sofreu lesões traumáticas nos ossos do pé esquerdo: "*fratura do 2º 3º 4º metatarso*", conforme exames de imagem e diagnóstico hospitalar.

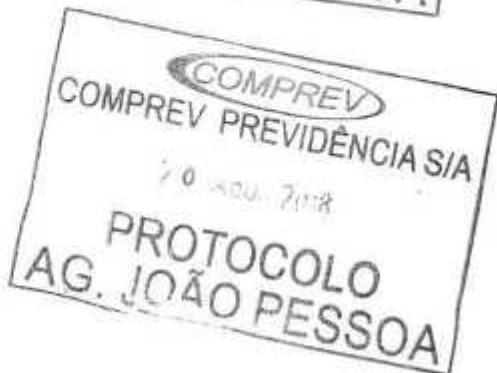
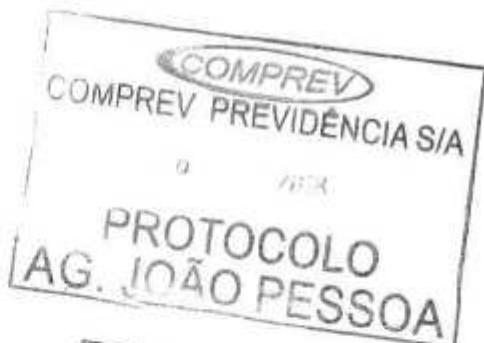
Submetido a procedimento cirúrgico, como se extraí de relatório hospitalar para tratamento das fraturas no membro inferior esquerdo.

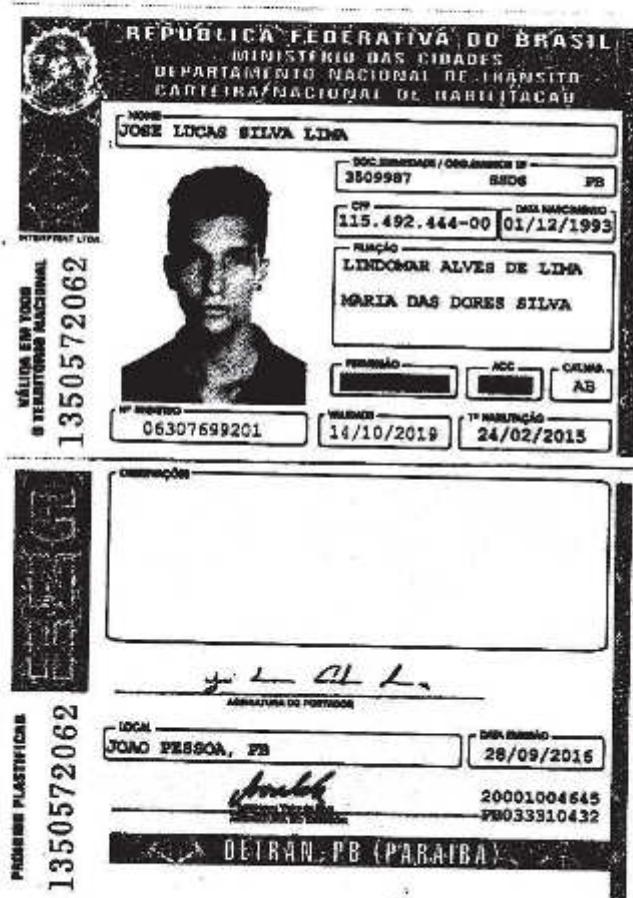
Do exame clínico, vê-se limitação dos movimentos no membro inferior esquerdo direito decorrente das lesões sofridas, prejudicando o exercício das atividades rotineiras.

CID: S92.3. , T93.2

João Pessoa, 08 de agosto de 2018.

*Dra. Arleide Andrade Medeiros*  
Médica  
CRM/PB 11.289







07833220

Assinatura do Titular da Carteira

## CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO

da Paraíba

Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nome: ALEXANDRA DE ARAUJO DUARTE & MARCIA CESAR DUARTE

Município: RIO DE JANEIRO-RJ

Mercado: SPARELONA

CPF: 21/08/1982

Data de Incorporação: 17/12/2008

Data de Cadastro de Ativo:

30/07/2007

Data de Incorporação: 17/12/2008

Data de Cadastro de Ativo:

12/01/2009

*He. Wess*

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

PRESIDENTE

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

23 ABR. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180183237      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE LUCAS SILVA LIMA      **Data do acidente:** 19/11/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

**Descrição do exame** VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS E À DEAMBULAÇÃO. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL  
**médico pericial:** DOS MOVIMENTOS DO ANTE PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA. REFERE FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/08/2018

**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 funcional completa de um dos pés | 50 %   | Em grau residual - 10 %                              | 5%         | R\$ 675,00            |
|  |  | <b>Total</b>   | <b>5 %</b> | <b>R\$ 675,00</b>     |

## 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:**



A SEGURADORA LÍDER DE CONCONSÓRCIO DPVAT

Eu José Lucas Silva Lima, Sinistro de nº 3180183237, inscrito no CPF de nº 115 492 444-00, 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:** 3180183237      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE LUCAS SILVA LIMA      **Data do acidente:** 19/11/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS E À DEAMBULAÇÃO. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO ANTE PÉ ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA. REFERE FISIOTERAPIA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 13/08/2018.

FEITA REANÁLISE AMD, SEQUELA NESTE SEGMENTO JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE.

SINISTRO ATUAL: 0%.

## 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              |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180183237      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE LUCAS SILVA LIMA      **Data do acidente:** 19/11/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS E À DEAMBULAÇÃO. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO ANTE PÉ ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA. REFERE FISIOTERAPIA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 13/08/2018.

FEITA REANÁLISE AMD, SEQUELA NESTE SEGMENTO JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE.

SINISTRO ATUAL: 0%.

## 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 ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180183237      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE LUCAS SILVA LIMA      **Data do acidente:** 19/11/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** .

**Resultados terapêuticos:** .

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  | Total  | 0 %       | R\$ 0,00              |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180183237      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE LUCAS SILVA LIMA      **Data do acidente:** 19/11/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º,3º,4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM PÉ ESQUERDO EM CONSEQUÊNCIA AO SINISTRO EM QUESTÃO

**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 pés | 50 %   | Em grau residual - 10 %                              | 5%         | R\$ 675,00            |
|  |  | <b>Total</b>   | <b>5 %</b> | <b>R\$ 675,00</b>     |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180183237  
**Vítima:** JOSE LUCAS SILVA LIMA

**Cidade:** João Pessoa  
**Data do acidente:** 19/11/2017

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º, 3º E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO 2º, 3º E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

**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

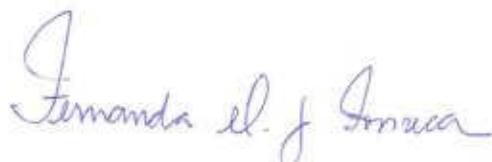
Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

**CRM do médico:** 5253342-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180183237  
**Vítima:** JOSE LUCAS SILVA LIMA

**Cidade:** João Pessoa  
**Data do acidente:** 19/11/2017

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

**Descrição do exame** VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS E À DEAMBULAÇÃO. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL  
**médico pericial:** DOS MOVIMENTOS DO ANTE PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA. REFERE FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/08/2018

**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 funcional completa de um dos pés | 50 %   | Em grau residual - 10 %                              | 5%         | R\$ 675,00            |
|  |  | <b>Total</b>   | <b>5 %</b> | <b>R\$ 675,00</b>     |

## 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:** 3180183237      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE LUCAS SILVA LIMA      **Data do acidente:** 19/11/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

**Descrição do exame** VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS E À DEAMBULAÇÃO. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL  
**médico pericial:** DOS MOVIMENTOS DO ANTE PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA. REFERE FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/08/2018

**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 funcional completa de um dos pés | 50 %   | Em grau residual - 10 %                              | 5%         | R\$ 675,00            |
|  |  | <b>Total</b>   | <b>5 %</b> | <b>R\$ 675,00</b>     |

## 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:**



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

Joé Lucar Silva Lima  
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão  
Programador, CI RG nº 35099845505103,  
CPF/MF nº 115.497.444-00, residente e domiciliado(a) à Rua  
de Pinheiros, 48 - Avantários  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58052-070, telefone  
98663-4900, 99103-5363.

**OUTORGADO:** ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74  
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58,  
Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

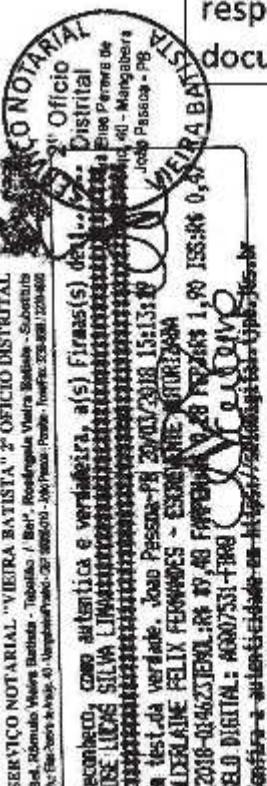
**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos 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 disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 20 de março de 2018.

*Joé Lucar Silva Lima*  
CARTÓRIO  
VIERRA BATISTA

OUTORGANTE

*Joé Lucar Silva Lima*  
COMPREV  
IMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
23 ABR. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**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: **3180183237**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE LUCAS SILVA LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R DOS PINHEIROS, 78 - ANATOLIA - João Pessoa - PB - CEP 58052-090**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **35009987**

Data e local do acidente: [ **19/11/2017** ] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [ **13/08/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.**

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

**VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS E À DEAMBULAÇÃO. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO ANTE PÉ 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.

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA. REFERE FISIOTERAPIA.**

**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 pé 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):

**Pé esquerdo**

% 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

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