

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10156166

A/C: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Sinistro: 3160721058 ASL-1177344/16
Vitima: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS
Data Acidente: 19/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10179493

A/C: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Sinistro: 3160721058 ASL-1177344/16
Vítima: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS
Data Acidente: 19/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10302087

A/C: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Sinistro: 3160721058 ASL-1177344/16
Vítima: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS
Data Acidente: 19/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000617

Conta: 0000021326-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160721058 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS**
Endereço do(a) Examinado(a): **AV MIN JOSE AMERICO DE ALMEIDA nº 110 - TORRE - JOAO PESSOA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4451379 - SSP**
Data local do exame: **22/12/2016 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA MEDINDO CERCA DE 11 CM NA FACE LATERAL EXTENSA DA COXA E QUADRIL DIREITO. EVOLUIU COM MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E SOBRECARGA DA COLUNA LOMBAR.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, LIMITAÇÃO DA COXA FEMURAL, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E CLAUDICAÇÃO

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 22/12/2016

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



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jeremias Gox de Souza MouraPORTADOR(A) DO RG Nº 04451379 0 EXPEDIDO POR SSP EM 22/09/06 ECPF 910523895915 /CNPJ _____ PROFISSÃO estagárioE RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jeremias Gox de S. Moura, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0617 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 21326-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Jeremias S de setembro de 2016
LOCAL E DATAJeremias Gox de Souza Moura
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1º Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



GOVERNO
DA PARAÍBA



0001



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01076.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01076.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 02 dias do mês de Junho de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigação, às 10:21 horas, compareceu **SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão ESTOQUISTA, naturalidade [NÃO INFORMADO], data de nascimento 12 de Novembro de 1972, idade 43, filiação JULIA MATIAS DE SOUZA e JOSE MANOEL DE MORAIS, Documento - CPF: 905.278.954-15, residente AV. MIN. JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA, 110, Torre, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 99816-0435

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 19/03/16 11:45

Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)

Local do Fato: AV. MAL. DEODORO DA FONSECA, Torre, João Pessoa - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 19/03/2016, POR VOLTA DAS 11:30 HORAS, QUANDO CONDUZI A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, DE COR PRETA, ANO 2011, PLACA NQC9434/PB, CHASSI - 9C2JC4110BR754882, REGISTRADA EM NOME DE ALBERDAN CORREA DE ANDRADE, PELA AV: MAL. DEODORO DA FONSECA, BAIRRO: TORRE - JOÃO PESSOA/PB, O NOTIFICANTE ESTAVA PARADO EM UM SEMÁFORO QUE ESTAVA VERMELHO E AO FICAR VERDE, O NOTIFICANTE AO SAIR FOI ATINGIDO NA LATERAL DIREITA POR UM VEÍCULO QUE PASSOU NO SINAL VERMELHO, E EM DECORRÊNCIA DESSE FATO VEIO A SOFRER FRATURA DE FÊMUR DA PERNA DIREITA, SENDO SOCORRIDO E CONDUZIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL.

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 02 de Junho de 2016

SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Notificante

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO

Agente De Investigacao



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Serenino José de Souza Moura, portador da carteira de identidade nº 4451379 e inscrito no CPF/MF sob o nº 905278954-15, residente e domiciliado na Av. Mun. José Américo de Almeida, Cidade João Pessoa, Estado PB, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Serenino José de Souza Moura

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 5/9/16

Local e data

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000021326-4

Nr. da Autenticação 6C8D2817B2932EB1



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sereuino Gox de Souza Moraes

RG nº 4451379, data de expedição 22/09/06, Órgão SSP

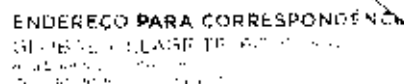
CPF nº 905278954-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Av. Min. Gox Américo de Almeida</u> |
| Número | <u>110</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Torre</u> |
| Cidade | <u>João Pessoa</u> |
| Estado | <u>PB</u> |
| CEP | <u>58040-300</u> |
| Telefone de Contato | <u>981600435 / 988442613</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 5/9/10

Assinatura do Declarante: Sereuino Gox de Souza Moraes



www.gvt.com.br

15/03/2016 15:03:56

Período de atuação:
21/01/2015 a 20/02/2016

Histórico de consumo

TOTAL: GENERAL: 1.0000

— — —

Nossos registros indicam débito(s) no valor de R\$ 133,09.
Evite suspensão do serviço e despesas desnecessárias pagando sua conta em
uma. Caso já tenha pago até 03/03/2016 favor desconsiderar esta mensagem.

¹⁰ O pagamento desta fatura não liberará devedores pendentes. Em caso do atraso no pagamento, serão cobrados encargos financeiros (multas de 2% + 1% do Juros ao mês) na fatura seguinte.

10151 FLORENCE J. JORDAN/10251 PAB AND POS/LOCAL



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Allerton Borne de Andrade
RG nº 2251626, data de expedição / /,
Órgão , portador do CPF nº 03414063417, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Américo de Almeida, nº 110,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sereeno José de Souza Moura cujo o condutor era
o mesmo

Veículo: motoculito
Modelo: Honda CB 125 Fan
Ano: 2011
Placa: NQC 9434
Chassi: 9C2J C4110 BR 754982
Data do Acidente: 19.03.16
Local e Data: J. Pessoa 5/9/16



Allerton B. de Andrade
Assinatura do Declarante

Sereeno José de Souza Moura

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MEDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | |
|--------------------|-------------------------------|
| NOME DO PACIENTE | SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS |
| DATA DE NASCIMENTO | 12/11/72 |
| NOME DA MÃE | JULIA MATIAS DE SOUZA |

DADOS EXTRAÍDOS

| | |
|------------------------|--|
| SPRONTUÁRIO N.º | 94.081 |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 907.546 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 19/03/16 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 12:53 |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |
| DIAGNÓSTICO (S) | FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FÊMUR DIREITO |
| CID 10 | S72.1 |

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada deste Hospital. Paciente vítima de acidente de motocicleta, referindo dor forte em coxa direita. Com dificuldade de mobilização. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura de fêmur direito. Internação para cirurgia. Foi operado e evoluiu bem.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de bacia AP
RX de quadril direito AP

RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur proximal direito.

| | |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 06/04/16 |
| DATA DA EMISSÃO: | 30/07/16 |

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

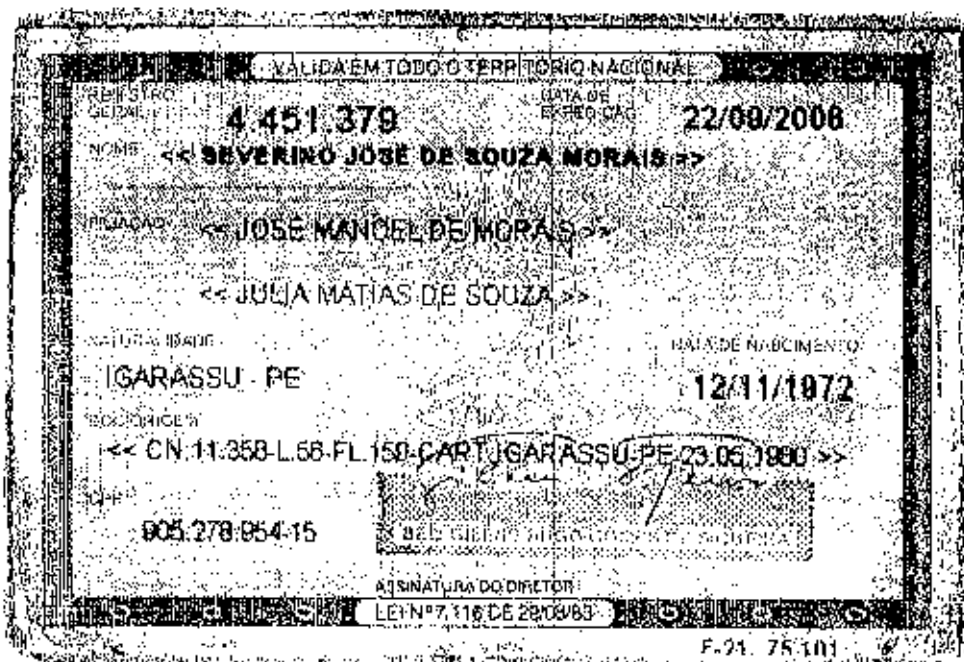
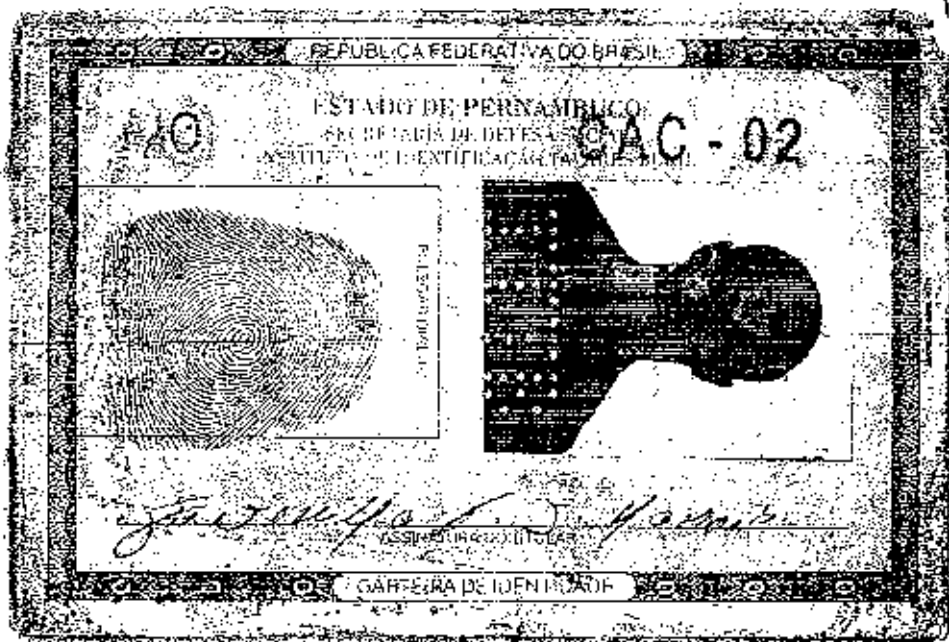


CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



| | | | | | |
|---|-------|------|-------------------------------|------|--------|
| Nome: <u>Severina Jai Eli Lamy</u> | | | Registro: | | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clinica: | Enf: | Leito: |
| Data de admissão: <u>14/03/16</u> | | | Data da alta: <u>06/04/16</u> | | |
| Diagnóstico inicial: <u>fractura humeral esquerda (D)</u> | | | | | |
| Diagnóstico final: | | | | | |
| Outros diagnósticos: | | | | | |
| Principais exames: <u>Rx</u> | | | | | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: <u>RATF</u> <u>Dr. Adilson e Dr. Gustavo</u> | | | | | |
| Terapêutica medicamentosa: | | | | | |
| Anatomia patológica: | | | | | |
| Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não () | | | | | |
| Resultado bacteriologia: | | | | | |
| Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () | | | | | |
| Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente em bom estado clínico</u> | | | | | |
| Orientações Pós Alta | | | | | |
| Dieta: | | | | | |
| Repouso: | | | | | |
| 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: lava-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 Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. | | | | | |
| Medicações para casa: | | | | | |
| Retorno: | | | | | |
| Ao posto de saúde em _____ para retirada do ponto | | | | | |
| Ao ambulatório <u>DTOP</u> <u>10-04-16</u> dias para revisão. | | | | | |
| João Pessoa: <u>04</u> de <u>04</u> de <u>16</u> | | | | | |
| Ass. Médico: <u>[Assinatura]</u> | | | | | |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | | | |



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160721058 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS **Data do acidente:** 19/03/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, LIMITAÇÃO DA COXA FEMURAL, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E CLAUDICAÇÃO

Resultados terapêuticos: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA MEDINDO CERCA DE 11 CM NA FACE LATERAL EXTENSA DA COXA E QUADRIL DIREITO. EVOLUIU COM MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E SOBRECARGA DA COLUMNA LOMBAR.

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160721058 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS **Data do acidente:** 19/03/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, LIMITAÇÃO DA COXA FEMURAL, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E CLAUDICAÇÃO

Resultados terapêuticos: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA MEDINDO CERCA DE 11 CM NA FACE LATERAL EXTENSA DA COXA E QUADRIL DIREITO. EVOLUIU COM MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E SOBRECARGA DA COLUNA LOMBAR.

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

