

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **GILBERLAN SANTOS NUNES**
Nº Sinistro: **3180121898**
Vitima: **GILBERLAN SANTOS NUNES**
Data do Acidente: **15/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180121898**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

Nº Sinistro: 3180439641

Vitima: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

Data do Acidente: 24/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180439641**.

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 13394867



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

189.640.788-96

Nome completo da vítima

Jose Adailton da Silva Silvestre

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Jose Adailton da Silva Silvestre		189.640.788-96		Recuse	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Pitagoras		514		-	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Paratibe	João Pessoa	PB	58062-286		
Email					

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 ☐ 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)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

0735

(Informar dígito se existir)

30089

(Informar dígito se existir)

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

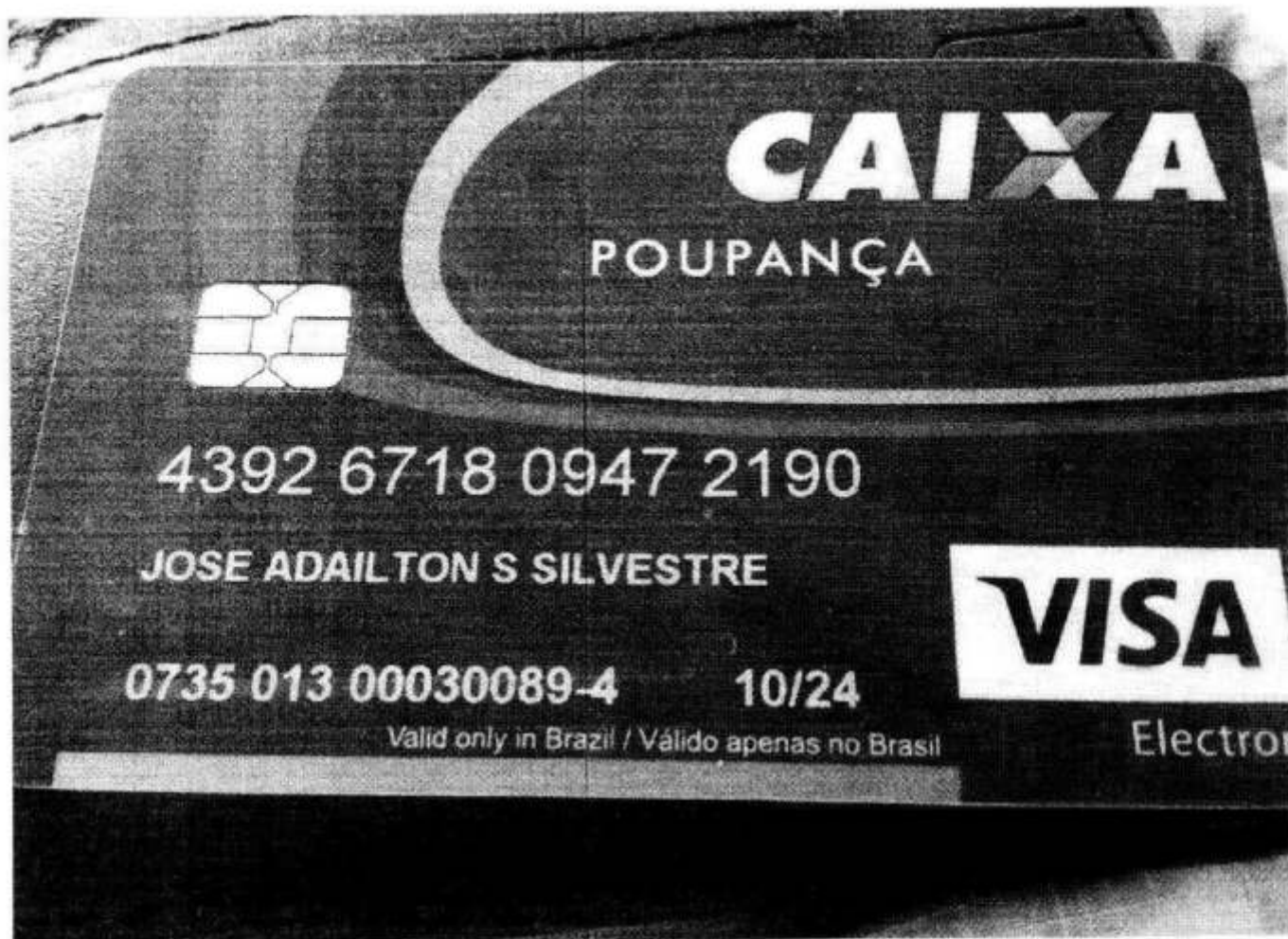
João Pessoa, 20 de Setembro de 2018

Local e Data

X [Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01590.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01590.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 21 de agosto 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 **José Adailton da Silva Silvestre**, RG nº 1790835 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Cozinheiro, filho(a) de Antonia da Silva Silvestre e Francisco de Assis Silvestre, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 18/07/1974 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Pitassilgo, Nº S/N, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Supermercado Nova Vida, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98670-0299.

Dados do(s) Fatos:


Local: Ana Alves Chaves, Torre de Babel, João Pessoa/PB, bairro Valentina/Torre de Babel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/02/18 23:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:


QUE, segundo o notificante trafegava normalmente em sua mão, por volta das 23:30 horas, com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD, ano e modelo: 2015, de cor vermelha, placa: QFF1484/PB, chassi nº 9C2KC1650FR200943, registrado em nome de José Benício da Silva Filho, CPF nº 396.291.474-91; QUE nesta ocasião estava chovendo e que o veículo veio a derrapar fazendo com que o notificante viesse a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0871/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 22.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de agosto de 2018.



JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação



JOSÉ ADAILTON DA SILVA SILVESTRE
Noticiante



Procedimento Policial: 01590.01.2018.1.00.420

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Adailton da Silva Silveira

CPF da Vítima

189.640.788-96

Data do Acidente

24/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa 20 de Setembro de 2018

Local e Data

X 

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1064783



Identificação do paciente

ID 1264414	Nome JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE	Sexo Masculino
Data de nascimento 18/07/1974	Idade 43 anos 7 meses 6 dias	Estado civil
Mãe ANTONIA DA SILVA SILVESTRE	Pai FRANCISCO DE ASSIS SILVESTRE	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) FLAVIANA PAULA DA SILVA - ESPOSO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988653083	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1790635	Fone Fixo
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Nº Cns 703400915236000	
Email	Tipo BAIRRO	UF PB
	Naturalidade RIO TINTO	CBO/R

Endereço

CEP 58066097	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro das Florestas
Número S/N	Complemento	Bairro Muçumagro	

Admissão

Data e Hora 24/02/2018 00:28:50	Número da pulseira 1000006167980	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

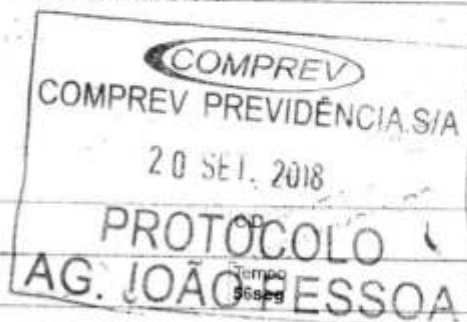
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO						



Imprimir

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: 08/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000030089-4

Nr. da Autenticação EFB7048448A2F024

JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE
RUA PITAGORAS, 319 - PARATIBE
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000-000 (K2, 1)

Emissão: 30/05/2018 Referência: Mai/2018
Classe/Suporte: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-220, KM 25 - Córrego Retentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-480
Roteiro: 18-5-825-7820 Nº medidor: 00300369551

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.163/0001-40 Insc. Est.: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica: 17007 307 567
Cód. para Débito Automático: 00012240396

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

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF/ CNPJ/ RANI**
Mai / 2018 30/05/2018 29/06/2018 18964078896
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1224039-6

Canal de contato

Baixar o aplicativo Energisa On em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de titularidade, informações sobre falta de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 30/04/18 Leitura 12954	Data 30/05/18 Leitura 12648		84	30
Demonstrativo				
Quantidade Valor Data Cód. Atividade Valor Data Cód. Atividade Valor Data Cód. Atividade				
Tributos Total (R\$) CMAS (R\$) CMG ParCotas (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$)				
0801 Consumo em kWh	84,000 0,881473	84,89	84,89	25
0801 Adc. B. Amarela		1,31	1,31	25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRA SERV. LUM. PÚBLICA		3,85	3,85	0
0803 CUSTO DE REGULAÇÃO NORMAL 05/2018		7,48	0,00	0
0904 JUROS DE MORA 02/2018		0,73	0,00	0
0905 MULTA 03/2018		1,04	0,00	0
0905 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018		0,23	0,00	0
CC: Código de Classificação da sem. TOTAL				
		79,91	88,30	16,37
			80,30	0,41
				1,00

Média últimos meses (kWh)
71

VENCIMENTO
06/07/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 78,41

Histórico de Consumo (kWh)

82 | 76 | 88 | 74 | 70 | 70 | 74 | 72 | 72 | 48 | 53
Ma/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18

dc87.347a.3d03.2960.ede3.979c.339b.ec26

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	10,82	0,00	NOMINAL
DC TRIMESTRAL	21,26		
DC ANUAL	2,30		
PC MENSAL	0,80	0,00	CONTRATADA
PC TRIMESTRAL	1,20		LIMITE INFERIOR
PC ANUAL	0,25		LIMITE SUPERIOR
DMC	12,22	0,00	
DSO			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Impostos e taxas	78,41	100,00
Total	78,41	100,00

Valor do BUEP (Ref. 3/2018): R\$ 12,19

- Fatura do Ramal 7 kWh
- Letura confirmada

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE Benicio DA SILVA FILHO,
RG nº 973496, data de expedição 22/01/2015
Órgão SSPB, portador do CPF nº 396.291.474-91 com
domicílio na cidade de JOÃO Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Fernando Antonio da Silva Oliveira nº 436 AP 102
complemento AP, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE cujo o condutor era
JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda / CG 150 Titan 650.
Ano: 2015
Placa: QFFJ484/PB
Chassi: 9C2 KC J650FR 200943.
Data do Acidente: 24/02/18.
Local e Data: JOÃO Pessoa - PB 20/08/18.

JOSE Benicio da Silva Filho.
Assinatura do Declarante

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

GABRIEL CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Reconheço por Autenticidade a firma de JOSE BENICIO DA
SILVA FILHO, [35541], J. Pessoa-PB, 20/08/2018 10:30:38
Emol R\$9,48 Farpent: R\$0,28 Fepj: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO FENEXIRA SILVA.
Selo Digital AHK03490-OLIN Consulte em
<https://selodigital.tpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE
DATA DE NASCIMENTO	02/06/95
NOME DA MÃE	ADRIANA SILVA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.064.783
DATA DO ATENDIMENTO	24/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	00:28
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA + FERIMENTOS MÚLTIPLOS DE FACE
CID 10	S82.0 + S01.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientado, Abdomen sem queixas. Apresenta fratura aberta de joelho esquerdo. Ferimento corto-contuso em mento, e outras regiões da face. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coluna cervical
RX de torax
RX de bacia
RX de perna esquerda
RX de joelho esquerdo
RX de coxa esquerda.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

Sutura de ferimentos. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR:	24/02/18
DATA DA EMISSÃO:	15/05/18

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

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE	BAE 1064783	Data/Hora Entrada 24/02/2018 00:28:50	Data Baixa
Data de nascimento 18/07/1974	Idade 43	Sexo Masculino	CNS 703400916288000
Mãe ANTONIA DA SILVA SILVESTRE			Telefone de Contato (83) 988053083
Endereço das Florestas, S/N	Bairro Mucumagro	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA	UF PB
Data/Hora Classificação 24/02/2018 00:28:50		Data/Hora Prescrição 24/02/2018 00:49:19	Nº Cons. Regional 8795/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X POSTE A CERCA DE 50 KM/ HORA FOI TRAZIDO PELO CB QUE O ENCONTROU AO SOLO CONSCIÊNTE E ORIENTADO. HÁ RELATO DE USO DE CAPACETE. NEGA ALERGIAS. ÚLTIMA REFEIÇÃO AS 20 HORAS; MIE IMOBILIZADO COM FRATURA ABERTA DE JOELHO. RELATA TER FEITO USO DE BEBIDA ALCOOLICA

A - VAP COM COLAR E PRANCHA

B - MV+ SIM BILAT SRA

C - MCRNF SS PULSOS CHEIOS E SIMÉTRICOS

D - ECG = 15 PIF

E - FCC EM MENTO. FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO.

SOLICITO RADIOGRAFIAS. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA E BMF.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Conduta

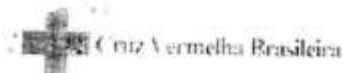
Em observação

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 SET 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

Dr. Rafael Mourato
Cirurgião Geral/Urologia
CRM: 20.721
CRM: 8795

RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA
CRM: 8795/PB

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE		BAE 1064783	Data/Hora Entrada 24/02/2018 00:28:50	Data Baixa
Data de nascimento 18/07/1974	Idade 43	Sexo Masculino	CNS 703400916288000	Telefone de Contato (83) 988451720
Mãe ANTONIA DA SILVA SILVESTRE				Prontuário
Endereço das Florestas, S/N		Bairro Mucumagro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ADRIANO DUARTE QUINTANS	Nº Cons. Regional 2442/PB	
Data/Hora Classificação 24/02/2018 00:28:50			Data/Hora Prescrição 24/02/2018 02:54:45	
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO(S.I.C.). NEGA VÔMITO, RELATA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO EUPNEÚICO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE, DEAMBULANTE. LOTE E EM BEG. AO EXAME CLÍNICO EM FACE APRESENTA FCC EM REGIÃO DE MENTO E ESCORIAÇÕES EM REGIÃO DE FRONTAL, SUPERCÍLIO D e E, REGIÃO DE ZIGOMA E GENIANA BILATERAL. MOVIMENTOS OCULARES E MANDIBULARES PRESERVADOS E OCLUSÃO MANTIDA. SEM SINAIS DE TRAÇOS DE FRATURA NOS OSSOS DA FACE.

CD:

1) EXAME CLÍNICO

2) SUTURA;

3) ALTA DA BMF, AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.

Conduta

Em observação

JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

ADRIANO DUARTE QUINTANS
(: 2442/PB)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 24/02/18 00:49
 Usuário: RAFAEL
 Boleim 1064783

Nome	JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE	Data de Nascimento	18/07/1974	Idade	43	Sexo	MASCULINO	Nº	1064783	Nº Prontuário	24/02/2018 00:49:19
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Matrícula		Validade da Prescrição		24/02/2018 00:49:00 - 25/02/2018 00:49:00				
Convenio	SUS										

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
1 PARECER ORTO	0.0						
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						

24 de Fevereiro de 2018

RAFAEL RAFAEL MOUTA
 Cirurgião Geral e Trauma
 CRM-PB 8795

Assinatura e Carimbo do Profissional
 COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 20 SET. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 24/02/18 03:57
 Usuário: ARAO SANTOS
 Boletim 1064783

Nome	JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE	Data de Nascimento	18/07/1974	Idade	43	Sexo	MASCULINO	Nº	1064783	Nº Prontuário		Data Prescrição	24/02/2018 03:56:57
Motivo do Atendimento			Enfermagem / Leito										
Convenio	SUS												
Validade da Prescrição		24/02/2018 03:57:00 - 25/02/2018 03:57:00											

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML					
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.		6/6H	Alc
2 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	5.0	ML		INTRAMUSCUL		AGORA	fc
3 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG					
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA	100.0	ML		E.V		12/12H	Alc
4 TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML					
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA	100.0	ML	Observação: LENTO, SN	E.V		8/6H	Alc
5 CEFALOTINA 1G	2000.0	MG		E.V.		AGORA	Alc

ARAO SANTOS DE ALENCAR
 CRM: 7967

Assinatura e Rubrica do Profissional

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 20 SET. 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

24 de Fevereiro de 2018

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome		JOSE ADALTON DA SILVA SILVESTRE		Registro	1064783	Idade	43A 7M 6D
Localização		CONSULTÓRIO ORTOPIEDIA		Coleta Prévia de Cultura? () Sim () Não			
Antibióticos		Posologia	Intervalo	Tempo			
1		CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	AGORA	1 Dias			
Indicação Terapêutica:		Dispersado pela Farmácia					
FRATURA EXPOSTA DE PATELA		Assinatura e Carimbo Médico					
Indicação Profilática:		Farmacológico					
FRATURA EXPOSTA DE PATELA		Assinatura e Carimbo Médico					
Doença Base:		Assinatura e Carimbo Médico					
FRATURA EXPOSTA DE PATELA		Assinatura e Carimbo Médico					

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome		JOSE ADALTON DA SILVA SILVESTRE		Registro	1064783	Idade	43A 7M 6D
Localização		CONSULTÓRIO ORTOPIEDIA		Coleta Prévia de Cultura? () Sim () Não			
Antibióticos		Posologia	Intervalo	Tempo			
1		CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA)	AGORA	1 Dias			
Indicação Terapêutica:		Dispersado pela Farmácia					
FRATURA EXPOSTA DE PATELA		Assinatura e Carimbo Médico					
Indicação Profilática:		Farmacológico					
FRATURA EXPOSTA DE PATELA		Assinatura e Carimbo Médico					
Doença Base:		Assinatura e Carimbo Médico					
FRATURA EXPOSTA DE PATELA		Assinatura e Carimbo Médico					

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 0871/2018

Atendendo solicitação de ALEXANDRA CESAR DUARTE 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 Nº105561 e Prontuário nº 2018.02.3377, pertencentes a JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE que foi atendida dia 24/02/2018 às 04h50min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de patela. realizado cirurgia dia 24/02/2018 e alta medica 10/03/2018.

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

João Pessoa, 22 de junho de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 105561 Atd: Nao Regul
Data: 24/02/2018
Hora: 04:50:38
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO D
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

Num. Prontuario: 2018.02.003377

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988083083

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/07/1974 Id: 43 ano(s)

End.: LOT PINTA SILVA, 0

Bairro: PARATIBE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ANTONIA DA SILVA SILVESTRE

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: COZINHEIRO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

Tel/Doc. Responsavel: 988083083 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE TRAUM, A

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO QUEIXANDO-SE
DE DOR NA REGIAO DO JOELHO E (FRATURA DE
FEMUR) SIC.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Fratura ~~esquerda~~ patela esquerda
ad: Internação para IMC

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Cartão de internação

Dr. Edson D. Tinoco
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.140/10.140
Cidade RJ

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

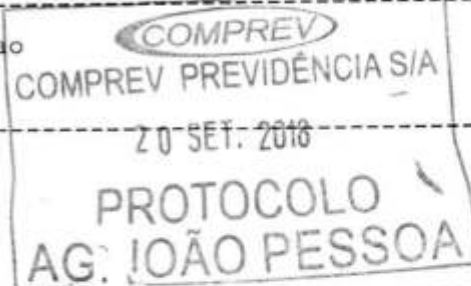
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOSE ADALTON SILVEIRA Data da Admissão: 24.02.18

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

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado: _____ Fone: _____ Bairro: _____

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Religião: _____

Data de Nascimento: 1/1/

QPD: lesão focal esquerda

HDA: encomendado ao trauma

com fraturas expostas da

patela esquerda

Medicações em uso: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 SET. 2018

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso [] Prurido [] Sudorese

[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] 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 [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas

[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria

[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades

[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade

[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] 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: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

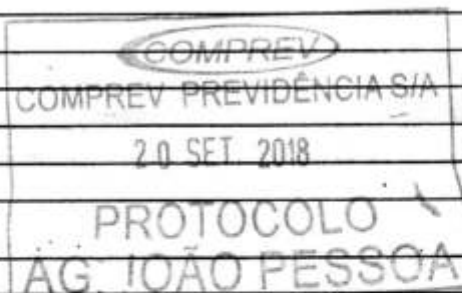
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: FRATURA EXPOSTA PATELA

Conduta: LMC + ENFERMAGEM



Dr. Edson D. Tinoco
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CLÍNICA DA MÃO E FLEXORCIRURGIA
CRM-PB 7142

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH

Incisão:

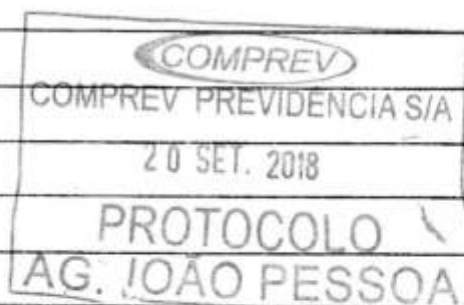
SOBRE FURTIMENTO PREVIO

Achados:

FRACTURA EXPOSTA PARELA

Conduta:

LMCL + DESBRIDAMENTO



Fechamento:

SUTURA PELE + CURATIVO +
TALA SURO-PODALICA

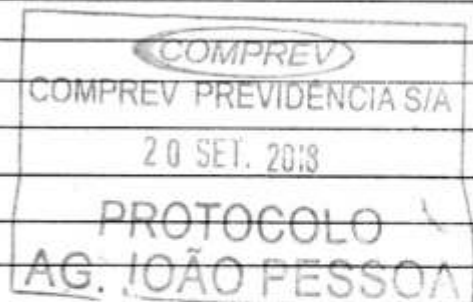
OBS:

NECESSARIA DE PROCEDIMENTO
CIRURGICO DE DEFINITIVO

Data:

24/04/18

Dr. Edson D. Tinoco
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
CRM-PB 2742
MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***Incisão longitudinal em região Anterior do joelho**Dissecção por planos até foco da fratura***Achados:***Visualizado fratura de patela***Conduta:***Realizada manobra de redução com uso de intensificador de imagem**Aposição de 02 fios de KC 2,0**Aposição de 01 Fio de cerclagem com 2 orelhas**Realizado Rx de controle***Fechamento:***Limpeza exaustiva com SF 0,9 %**SUTURA POR PLANOS**Curativo***OBS:**

Data:

09/03/18

Dr. Eneas P. Bessa Neto

MÉDICO

CRM

8498

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

LI/FOI

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1790835 DATA DE EXPEDIÇÃO 20 SET 1974

NOME PCB ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

FILIAÇÃO FRANCISCO DE ASSIS SILVESTRE
ANTÔNIA DA SILVA SILVESTRE

RIO TINTO-13. 18.07.1974
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cart. de Nat. nº 95.275, Liv. 143, Fls. 290
Orig. do Rio Tinto-PI.

CPE

JOÃO PEREIRA - PR

PARA ASSINATURA DO TITULAR

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPE

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

189.640.788-96

Nome

JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

Nascimento

18/07/1974

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

20 SET 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180439641 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE **Data do acidente:** 24/02/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC, DEBRIDAMENTO E REDUÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180121898 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERLAN SANTOS NUNES **Data do acidente:** 15/07/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO LAUDO MÉDICO ATUAL DESCREVENDO DIAGNOSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA, TRATAMENTO REALIZADO, EXAMES DE IMAGEM E PROGNÓSTICO. NA VIGÊNCIA DE SEQUELAS, INFORMAR SE HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM do médico: 52.34195-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180439641 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE **Data do acidente:** 24/02/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC, DEBRIDAMENTO E REDUÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180439641 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADAILTON DA SILVA **Data do acidente:** 24/02/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVESTRE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC, DEBRIDAMENTO E REDUÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0346297/18

Vítima: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

CPF: 189.640.788-96

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/02/2018

Titular do CPF: JOSE ADAILTON DA SILVA
SILVESTRE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE : 189.640.788-96

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: 20/09/2018
Nome: JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE
CPF: 189.640.788-96

JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA