

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LEONARDO ARAUJO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180183403**

Vitima: **LEONARDO ARAUJO DA SILVA**

Data do Acidente: **15/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183403**.

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 12725672



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LEONARDO ARAUJO DA SILVA**

Sinistro: **3180183403**

Vítima: **LEONARDO ARAUJO DA SILVA**

Data do Acidente: **15/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180183403** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180183403**
Nome do(a) Examinado(a): **LEONARDO ARAUJO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO MIMOSO nº SN - AREA RURAL - PAULISTA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 003304048 - SSP**
Data e local do acidente: **15/11/2017 PAULISTA/PB**
Data e local do exame: **11/05/2018 POMBAL/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA DE FACE (FRATURA COMPLETA DO ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA MAIS FRATURA DO SEIO MAXILAR ESQUERDO)

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 15/11/2017 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA DE FACE (FRATURA COMPLETA DO ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA MAIS FRATURA DO SEIO MAXILAR ESQUERDO). O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 21/11/2017 PARA REDUÇÃO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO E FIXAÇÃO COM GANCHOS 2.0 MM E REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DO SEIO MAXILAR, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 22/11/2017. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

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

AO EXAME DA FACE: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 1,5 CM, DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO, CREPITAÇÃO EM REGIÃO TEMPERO MANDIBULAR ESQUERDA, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA (2+/4+), ALÉM DE EDEMA EM REGIÃO ZIGOMÁTICA (1+/4+).

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE FACE

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **FACE**

Região Corporal(Sequela):

☐ 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%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E DISCORDOU DA VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:8085/PB


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1194/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **15/11/17** hora: **19h:00min**

Notificante: **LEONARDO ARAÚJO DA SILVA**, alcunha: **"LEO"**,
Nacionalidade: brasileiro, solteiro, agricultor, naturalidade:
Guarulhos/SP, nascido em 23/06/1996, documento: RG nº 003.304.048
SSPDS/RN, CPF nº 700.030.384-08, filho(a) de Marinaldo de Araújo
Diniz e de Maria das Neves Gomes da Silva, endereço: Sítio Mimoso,
Zona Rural de Paulista/Pb, referência: telefone para contato 83-
99913 6558.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **Homero Perazzo Filho**

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: **, nascido em
/ / , cor/raça: *****, Estado Civil: *****,
Profissão: , Escolaridade: *****, documento: ,
filiação: e de , endereço: Rua , referência:
. Tel/Cel:() ;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE O NOTICIANTE INFORMA
QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA O MESMO ESTAVA GUIANDO UMA
MOTOCICLETA MODELO HONDA NXR 160BROS, COR VERMELHA, FAB/MOD
2016/2016, PLACA QFQ 4427/PB, CHASSI 9C2KD0810GR461723, QUANDO NAS
IMEDIAÇÕES DO TREVO DA CIDADE DE PAULISTA/PB O NOTICIANTE PERDEU O
CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR NO ASFALTO; QUE O
NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL DE
PAULISTA/PB. Nada mais a consignar.

São Bento, 30 de Novembro de 2017. Às 16:00 horas.

Homero Perazzo Filho

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.620-8



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO ARAUJO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02418-X

CONTA: 000010010870-9

Nr. da Autenticação B1D1AB2819A7DE7E

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LEOMAGDO ARAUJO DA SILVA

RG nº 003404048, data de expedição 02/03/2013 Órgão SÃO CARLOS

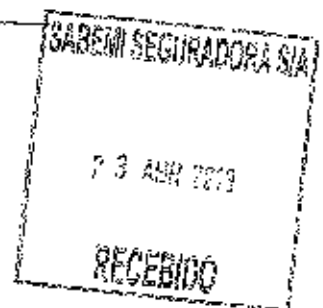
CPF nº 700.030.384-08, venho perante este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

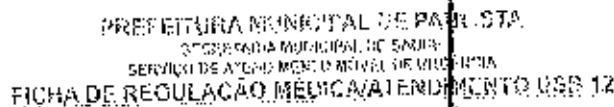
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>STJO MIMOSO</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	<u>---</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>PAULISTA</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58.860-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 99434-2322 (87) 921483766</u>
E-mail	<u>---</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PAULISTA - PR, 04.02.2013

Assinatura do Declarante: Leomagdo Araújo da Silva





192

192

IDENTIFICACAO DO ORFENICIA

[illegible]

SIGNATURA E ASSINATURA DE FVH

[illegible]

Итого: 17 749 800 руб.

[illegible]

TERAPIA COMUNITÁRIA					
RESOLUÇÃO COMUNITÁRIA	PROBLEMA	INTERVENÇÃO	DESEJO	PSICOTERAPIA	VALIAÇÃO
SOLUÇÃO PROBLEMA COMUNITÁRIO					
SOLUÇÃO PROBLEMA COMUNITÁRIO					
SOLUÇÃO PROBLEMA COMUNITÁRIO					
SOLUÇÃO PROBLEMA COMUNITÁRIO					

~~SECRET-SECURADORA SIA~~

23 APR 2012

RECEBIDO



SAMM Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Santa 192
193 Unidista 193

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE AGRICULTURA
BASE PAULISTA
SANTO 492

Relatório de Transferência Inter-Hospitalar / Intercomunidade

Declaración nº 28 Data: 30.01.19 Hora: 09:40

Nome da Vítima: Guilherme Fernando da Silva Data: 12/11/2017

Eventos: ☒ Trauma: () Clínicos: () Obstétricos: () Psiquiátricos: ()

Chlorides:

Immediately:

နိဂုံးချုပ်စာတည်း

Designe:

Complex.

Circunscunção da Transcrição:

circled) on the page near the pencil

Identifique quais as ineficiências deste Hospital para a manutenção da vida da paciente:

Procedimientos realizados:

By the data

1. $\mathcal{M} \in \mathcal{M}_n$ is a \mathcal{M}_n -module.

Vantagens da transferência e avaliação de risco da transição

Carroll, Mrs. Ann / 1854-1860

-Emerson Santos Andrade Filho
Rua da Engenheiro...
Bairro... - CEP...

[illegible]

SABER SEGUI ADORA SIA

23 APR 2019

RECEIVED

Assinatura do paciente ou seu representante

Diomedes Araújo da Silva

REQUERIMENTO Nº _____

☒ HISTÓRIA DE PRONTUÁRIO
☒ EXAME RADIOGRÁFICO
☒ EXAME MÉDICO
☒ EXAMES COMPLEMENTARES

Valor da Solicitação: 2811111+

Prazo Previsto para Entrega: 30 DIAS ÚTEIS

21. 11.06

16/11/20

23/11/20

13. 11.06

Assinatura do Responsável pela entrega

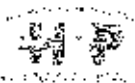
Silvia

3423 - 2243

Rua Horácio Nobrega, s/n -- Bairro Belo Horizonte -- Patos/PB.
CEP: 58.704-000 / CGC: 08.778.268/0023-74 / Tel: (83)3423-2741 / FAX: (83)3423-2651
hospitapatos@hotmail.com

2019/11/16 10:07

2019/11/16 10:07



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARMEIRO
RUA HORÁCIO NOBREGA S/N
PATOS PARÁIBA (051) 337741

Procurador ID: 424

Coordenação URGÊNCIA

Servidor do DI: Dr. Ricardo

Exatidão: 100%
Custo: 100%
Qualidade: 100%

Data/Hora: 16/11/2017 12:13:06

Paciente LEONARDO ARAUJO DA SILVA

Idade: 21 Sexo: M

Filiação

Pai: MARINALDO DE ARAUJO DINIZ
Mãe: MARIA DAS NEVES GOMES DA SILVA

Endereço

Cidade: PAULISTA - PB 58950-000 - 25°39'07"
Endereço: SÍTIO MIMOSO
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: GUARATINGA - SP
Fone: (53) 9913-6558

Nº:

Documentos

CNPJ: 060-8381-0559-0000
Identidade: 003304948
CPF:
Reg. Nas:

Informações adicionais

Assomento: 23/8/1998
Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: MOTORISTA

Responsável: Dr. Ricardo

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Doença de origem desconhecida

Recebeu tratamento com antibióticos e analgésicos

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exames dos diversos aparelhos)

Exame de urina: 100% normal
Exame de sangue: 100% normal

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratório)

Normal

Diagnóstico

Doença de origem desconhecida

Motivo da Alta

Resultado: () Causa Curada () Melhorado () Estabilizado () Transferido Em: 16/11/2017

Recepcionista RICARDO

16/11/2017 12:13:06

16/11/2017 12:13:06

de 14

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

VER PRONTUARIO

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

Nome	LEONARDO NOVO	Idade	30	Sexo	M
Profissão	Engenheiro	Estado Civil	Casado	Religião	Catolico
Endereço	Rua ...				
Cidade	...				

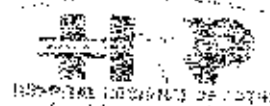
CÓPIA DO LUGAR 141

DR. YAVIO LEAL

STK



GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

LEONARDO ALVES DA SILVA

DA CLÍNICA

Clínica de Diagnóstico

A CLÍNICA

Clínica de Diagnóstico

ENFERMARIA

LEITO

01

MOTIVO DA CONSULTA:

EXPERIÊNCIA DE DADOS SOBRE OS QUAIS BASEIA OPINIÃO
E AVALIAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO:

Paciente com queixas de dor abdominal

13/11/11

Dr. Sérgio André de Faria
Clínica de Diagnóstico
Clínica de Diagnóstico

DATA

SIGNATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente com queixas de dor abdominal
Nega comorbidades. Nega alergias.
PA 110/60 mmHg. ACV: 110/60 mmHg. FC 70 bpm
ECG normal. AEC: 110/60 mmHg. FC 70 bpm
Paciente com queixas de dor abdominal

13/11/2011

DATA

Dr. Sérgio André de Faria
Clínica de Diagnóstico
Clínica de Diagnóstico

SIGNATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

RECEBIDO

RECEBIDO



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



LAUDO:

EXAMINADO PARA OS FÊMIOS
TOMAS DE, LEONARDO
AFETADO EM SEU JOELHO
AFETADO POR MIA, ESTUDO
SUBMETIDO A TRATAMENTO
CIRÚRGICO DE FRATURA DE
TUBERÍCULO (MIA)
AFETADO DO C.T.D.
(S.O. 24). CIRURGIA
REALIZADA DIA 21/11/17.

16/01/18
Dr. Arnaldo de Almeida
Cirurgião Traumatologista
Belo Horizonte - Patos

Rua Horácio Nogueira, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB

RECEBIMOS EM 17/11/17

24/01/18 12:22:24

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: LEONARDO ARAUJO DA SILVA
Nº do Paciente: 17000230696
Data de Nascimento: 23/06/1996
Solicitante: Dr. José Herminio de Sousa Neto
Data do Exame: 15/11/2017
Nº do Exame:
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M
Convênio:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA:

TCE.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa de meio de contraste.

RESULTADO:

O parênquima cerebral apresenta forma, posição, dimensões e densidade usuais.

Sulcos entre os giros corticais, cissuras de Sylvius, sistema ventricular supratentorial e cisternas da base de aspecto usual para a faixa etária.

Estruturas da linha média centradas.

Não há evidências de lesões focais detectáveis ao método na fossa posterior.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Ausência de fraturas desalinhadas nos ossos da calota craniana.

CONCLUSÃO:

Tomografia computadorizada crânio-encefálica sem alterações significativas.

20/11/2017 10:00

20/11/2017 10:00

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA FACE

INDICAÇÃO CLÍNICA:

TCE.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Fraturas desalinhadas / cominutivas no seio maxilar esquerdo, estendendo-se para o assoalho da órbita e parede lateral, e ainda fraturas no arco zigomático esquerdo.

Extenso hematoma partes moles na hemiface à esquerda.

Hemossinus maxilar esquerdo.

Musculatura orbitária extrínseca.

Discreto hematoma / burramento do espaço extracanal inferior esquerdo, com focos gasosos intra-orbitários.

Discreto espessamento mucoso dos seios paranasais.

Obstrução dos infundíbulos etmoidais, recessos eseno-etmoidais e recesso frontal esquerdo por material mucoso.

Septo nasal ósseo desviado para a esquerda.

Intradesnívelamento da lâmina crivosa em relação ao teto de entre 4 e 7 mm (classificação de Kercs tipo II).

Meatos médios e inferiores pèrvios.

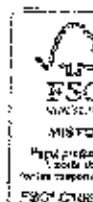
Cavum anatômico.

Laudo Auto Explicativo.

mfate

Assinado Eletronicamente por: Dra. Mariana Leite CRM 46369-MG | Médica-radiologista RQE 35040-MG através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 15/11/2017 22:17:03 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Não é um documento complementar à consulta clínica. Descrições e interpretações diagnósticas aqui contidas não devem ser utilizadas isoladamente, mas correlacionadas com os dados clínicos e laboratoriais. Assim como não se deve interpretar o resultado de forma isolada. O relatório de tomografia computadorizada deve ser lido e interpretado em conjunto com o exame clínico e o exame de imagem.



1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957

1958

1959

1960

1961

1962

1963

1964

1965

1966

1967

1968

1969

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

2024

2025

2026

2027

2028

2029

2030

2031

2032

2033

2034

2035

2036

2037

2038

2039

2040

2041

2042

2043

2044

2045

2046

2047

2048

2049

2050

2051

2052

2053

2054

2055

2056

2057

2058

2059

2060

2061

2062

2063

2064

2065

2066

2067

2068

2069

2070

2071

2072

2073

2074

2075

2076

2077

2078

2079

2080

2081

2082

2083

2084

2085

2086

2087

2088

2089

2090

2091

2092

2093

2094

2095

2096

2097

2098

2099

2100

2101

2102

2103

2104

2105

2106

2107

2108

2109

2110

2111

2112

2113

2114

2115

2116

2117

2118

2119

2120

2121

2122

2123

2124

2125

2126

2127

2128

2129

2130

2131

2132

2133

2134

2135

2136

2137

2138

2139

2140

2141

2142

2143

2144

2145

2146

2147

2148

2149

2150

2151

2152

2153

2154

2155

2156

2157

2158

2159

2160

2161

2162

2163

2164

2165

2166

2167

2168

2169

2170

2171

2172

2173

2174

2175

2176

2177

2178

2179

2180

2181

2182

2183

2184

2185

2186

2187

2188

2189

2190

2191

2192

2193

2194

2195

2196

2197

2198

2199

2200

2201

2202

2203

2204

2205

2206

2207

2208

2209

2210

2211

2212

2213

2214

2215

2216

2217

2218

2219

2220

2221

2222

2223

2224

2225

2226

2227

2228

2229

2230

2231

2232

2233

2234

2235

2236

2237

2238

2239

2240

2241

2242

2243

2244

2245

2246

2247

2248

2249

2250

2251

2252

2253

2254

2255

2256

2257

2258

2259

2260

2261

2262

2263

2264

2265

2266

2267

2268

2269

2270

2271

2272

2273

2274

2275

2276

2277

2278

2279

2280

2281

2282

2283

2284

2285

2286

2287

2288

2289

2290

2291

2292

2293

2294

2295

2296

2297

2298

2299

2300

2301

2302

2303

2304

2305

2306

2307

2308

2309

2310

2311

2312

2313

2314

2315

2316

2317

2318

2319

2320

2321

2322

2323

2324

2325

2326

2327

2328

2329

2330

2331

2332

2333

2334

2335

2336

2337

2338

2339

2340

2341

2342

2343

2344

2345

2346

2347

2348

2349

2350

2351

2352

2353

2354

2355

2356

2357

2358

2359

2360

2361

2362

2363

2364

2365

2366

2367

2368

2369

2370

2371

2372

2373

2374

2375

2376

2377

2378

2379

2380

2381

2382

2383

2384

2385

2386

2387

2388

2389

2390

2391

2392

2393

2394

2395

2396

2397

2398

2399

2400

2401

1900-1901. 1902-1903. 1904-1905. 1906-1907. 1908-1909. 1910-1911. 1912-1913. 1914-1915. 1916-1917. 1918-1919. 1920-1921. 1922-1923. 1924-1925. 1926-1927. 1928-1929. 1930-1931. 1932-1933. 1934-1935. 1936-1937. 1938-1939. 1940-1941. 1942-1943. 1944-1945. 1946-1947. 1948-1949. 1950-1951. 1952-1953. 1954-1955. 1956-1957. 1958-1959. 1960-1961. 1962-1963. 1964-1965. 1966-1967. 1968-1969. 1970-1971. 1972-1973. 1974-1975. 1976-1977. 1978-1979. 1980-1981. 1982-1983. 1984-1985. 1986-1987. 1988-1989. 1990-1991. 1992-1993. 1994-1995. 1996-1997. 1998-1999. 2000-2001. 2002-2003. 2004-2005. 2006-2007. 2008-2009. 2010-2011. 2012-2013. 2014-2015. 2016-2017. 2018-2019. 2020-2021. 2022-2023. 2024-2025. 2026-2027. 2028-2029. 2030-2031. 2032-2033. 2034-2035. 2036-2037. 2038-2039. 2040-2041. 2042-2043. 2044-2045. 2046-2047. 2048-2049. 2050-2051. 2052-2053. 2054-2055. 2056-2057. 2058-2059. 2060-2061. 2062-2063. 2064-2065. 2066-2067. 2068-2069. 2070-2071. 2072-2073. 2074-2075. 2076-2077. 2078-2079. 2080-2081. 2082-2083. 2084-2085. 2086-2087. 2088-2089. 2090-2091. 2092-2093. 2094-2095. 2096-2097. 2098-2099. 2100-2101. 2102-2103. 2104-2105. 2106-2107. 2108-2109. 2110-2111. 2112-2113. 2114-2115. 2116-2117. 2118-2119. 2120-2121. 2122-2123. 2124-2125. 2126-2127. 2128-2129. 2130-2131. 2132-2133. 2134-2135. 2136-2137. 2138-2139. 2140-2141. 2142-2143. 2144-2145. 2146-2147. 2148-2149. 2150-2151. 2152-2153. 2154-2155. 2156-2157. 2158-2159. 2160-2161. 2162-2163. 2164-2165. 2166-2167. 2168-2169. 2170-2171. 2172-2173. 2174-2175. 2176-2177. 2178-2179. 2180-2181. 2182-2183. 2184-2185. 2186-2187. 2188-2189. 2190-2191. 2192-2193. 2194-2195. 2196-2197. 2198-2199. 2200-2201. 2202-2203. 2204-2205. 2206-2207. 2208-2209. 2210-2211. 2212-2213. 2214-2215. 2216-2217. 2218-2219. 2220-2221. 2222-2223. 2224-2225. 2226-2227. 2228-2229. 2230-2231. 2232-2233. 2234-2235. 2236-2237. 2238-2239. 2240-2241. 2242-2243. 2244-2245. 2246-2247. 2248-2249. 2250-2251. 2252-2253. 2254-2255. 2256-2257. 2258-2259. 2260-2261. 2262-2263. 2264-2265. 2266-2267. 2268-2269. 2270-2271. 2272-2273. 2274-2275. 2276-2277. 2278-2279. 2280-2281. 2282-2283. 2284-2285. 2286-2287. 2288-2289. 2290-2291. 2292-2293. 2294-2295. 2296-2297. 2298-2299. 2300-2301. 2302-2303. 2304-2305. 2306-2307. 2308-2309. 2310-2311. 2312-2313. 2314-2315. 2316-2317. 2318-2319. 2320-2321. 2322-2323. 2324-2325. 2326-2327. 2328-2329. 2330-2331. 2332-2333. 2334-2335. 2336-2337. 2338-2339. 2340-2341. 2342-2343. 2344-2345. 2346-2347. 2348-2349. 2350-2351. 2352-2353. 2354-2355. 2356-2357. 2358-2359. 2360-2361. 2362-2363. 2364-2365. 2366-2367. 2368-2369. 2370-2371. 2372-2373. 2374-2375. 2376-2377. 2378-2379. 2380-2381. 2382-2383. 2384-2385. 2386-2387. 2388-2389. 2390-2391. 2392-2393. 2394-2395. 2396-2397. 2398-2399. 2400-2401. 2402-2403. 2404-2405. 2406-2407. 2408-2409. 2410-2411. 2412-2413. 2414-2415. 2416-2417. 2418-2419. 2420-2421. 2422-2423. 2424-2425. 2426-2427. 2428-2429. 2430-2431. 2432-2433. 2434-2435. 2436-2437. 2438-2439. 2440-2441. 2442-2443. 2444-2445. 2446-2447. 2448-2449. 2450-2451. 2452-2453. 2454-2455. 2456-2457. 2458-2459. 2460-2461. 2462-2463. 2464-2465. 2466-2467. 2468-2469. 2470-2471. 2472-2473. 2474-2475. 2476-2477. 2478-2479. 2480-2481. 2482-2483. 2484-2485. 2486-2487. 2488-2489. 2490-2491. 2492-2493. 2494-2495. 2496-2497. 2498-2499. 2500-2501. 2502-2503. 2504-2505. 2506-2507. 2508-2509. 2510-2511. 2512-2513. 2514-2515. 2516-2517. 2518-2519. 2520-2521. 2522-2523. 2524-2525. 2526-2527. 2528-2529. 2530-2531. 2532-2533. 2534-2535. 2536-2537. 2538-2539. 2540-2541. 2542-2543. 2544-2545. 2546-2547. 2548-2549. 2550-2551. 2552-2553. 2554-2555. 2556-2557. 2558-2559. 2560-2561. 2562-2563. 2564-2565. 2566-2567. 2568-2569. 2570-2571. 2572-2573. 2574-2575. 2576-2577. 2578-2579. 2580-2581. 2582-2583. 2584-2585. 2586-2587. 2588-2589. 2590-2591. 2592-2593. 2594-2595. 2596-2597. 2598-2599. 2600-2601. 2602-2603. 2604-2605. 2606-2607. 2608-2609. 2610-2611. 2612-2613. 2614-2615. 2616-2617. 2618-2619. 2620-2621. 2622-2623. 2624-2625. 2626-2627. 2628-2629. 2630-2631. 2632-2633. 2634-2635. 2636-2637. 2638-2639. 2640-2641. 2642-2643. 26



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1467391238

NOME LEONARDO ARAUJO DA SILVA	
RG 002300146	CLASSIFICACAO 8802 - EM
DTN 790.030.36	DATA DE EMISSAO 23/06/1995
ENDEREÇO MARTINHO DE ARAUJO DIXIE MARIA DAS NEVES GOMES DA SILVA	
PROFISSAO [blank]	ANO 2003
CELEBRACAO [blank]	AC [blank]
Nº FISCAL 0075371.14	DATA DE EMISSAO 16/02/2016

DESTINACAO [blank]

Assinado digitalmente

PROIBIDO PLASTIFICAR
1467391238

LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA DE EMISSAO 07/03/2017
ASSINATURA [Signature]	
00500657075 PRO14250743	
PARAIBA	

SABEMI SEGURODORA S/A
23 AGO 2016
RECEBIDO

1467391238

1467391238

С П И С О К

21054

9102-144

RECEIVED



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA LEONARDO MAGALHÃES DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 15.11.2017 CPF DA VITIMA 330.030.380-08
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (P) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESSO COM
A VITIMA É LEONARDO MAGALHÃES DA SILVA
ENDEREÇO DO PORTADOR ALTO MARCOS
Nº 5 COMPLEMENTO _____ BAIRRO 72000-101
CIDADE BOA VISTA UF PA CEP 58230-000
E-MAIL _____ TELEFONE (81) 3296.2410

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL; ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AVALIAÇÃO)
- () ROLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONTERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALE COMO CÔPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCAÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI, OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () VOTOS FISCAL (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONTERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALE COMO: CÔPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCAÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALIDADES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE - R\$ 23.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 12.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.254/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODODTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
IDENTIDADE _____ NOME _____
ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183403 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 15/11/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183403 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 15/11/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE (FRATURA COMPLETA DO ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA MAIS FRATURA DO SEIO MAXILAR ESQUERDO)

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE FACE

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 15/11/2017 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA DE FACE (FRATURA COMPLETA DO ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA MAIS FRATURA DO SEIO MAXILAR ESQUERDO). O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 21/11/2017 PARA REDUÇÃO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO E FIXAÇÃO COM GANCHOS 2.0 MM E REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DO SEIO MAXILAR, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 22/11/2017. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL DA FACE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E DISCORDOU DA VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: TIAGO MARTINS FORMIGA

CRM do médico: 8085

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

