

---

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**



---

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](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**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**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

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

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
3<sup>a</sup> Delegacia Regional de Polícia Civil  
18<sup>a</sup> Delegacia Seccional de Polícia  
Delegacia de São Bento  
Fone (83) 3444-2804 Disque Denúncia 197



# GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 1194/2017

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

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

**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.

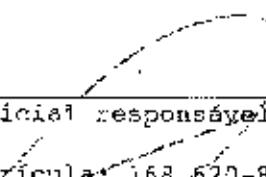
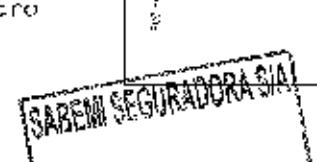
Sob a responsabilidade do(a) Bel(a) Homero Perazzo Filho

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

## HISTÓRICO 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.

<i>Jeannele Souza de Oliveira</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Notificante	<input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada
Assinatura do Policial responsável pelo registro	
<p>Matrícula: 168.620-8</p> 	
	

the first time I have seen it. It is a very  
handsome bird, and I hope to get a good  
specimen. The feathers are very  
handsome, and the colors are very  
bright. The bird is very active,  
and seems to be very fond of water.  
It is a very interesting bird, and I  
hope to get a good specimen.

卷之三

1260 [2017-03-13 13:35]

Dr. José Gómez 16-50050 Mote  
C.P. 70137, 132-533-304-51

1. C. S. & the Company, Boston, Mass.

# 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, LEONARDO BASTO, oº 2000

RG nº 002404048, data de expedição 07/03/2023 Órgão SIA/PA

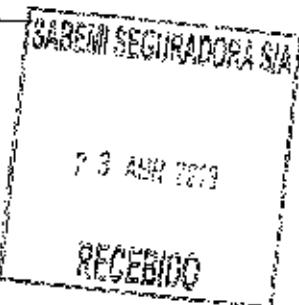
CPF nº 700.070.384-23, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO MIYAGI
Número	510
Apto / Complemento	-
Bairro	ZONA LESTE
Cidade	SAO PAULO
Estado	SAO PAULO
CEP	03486-000
Telefone de Contato	(11) 9712-4222 - (11) 9714-8326
E-mail	-

*Por ser verdade, firmo-me.*

Local e Data: Praia da C. - RJ - 02.02.2017

Assinatura do Declarante: 



EREFATHE WABBA-ONE: ADOPTED ON SEPTEMBER 21,  
1995. PUBLISHED IN THE FEDERAL REGISTER, DECEMBER 1, 1995.  
REF ID: A91705

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 | Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

**Conto referente a Apresentação**

Data prevista da  
próxima leitura : 26/3/2017

Nov 1 2017 23/11/2017

24/12/2017 26363798454

(ao Unidade Consumidora);

571305214-7

Canal de contacto

1996 Interim Glass composition: 1074

Média últimos meses (R\$): **VENCIMENTO:** 09/11/2017 **TOTAL A PAGAR:** R\$ 50,94

Histórico de Consumo (kWh):

165Y1 648t 77e3 b761 293e 8d9d.c7f1 idca.

Indicadores de Qualidade		Média das Fichações	
	Límites de ANEEL	Aprovado	Límite de sensação (V)
DIAGNÓSTICO	1,00	5,04	1,00
DISCIPLINAS	0,72	1,00	0,72
DOCENTE	0,72	1,00	0,72
ITEM-1	0,72	1,00	0,72
ITEM-2	1,40	1,64	1,40
ITEM-3	0,00	0,00	0,00
ESCALA	0,15	0,28	0,15
SUMA	0,00	0,00	0,00

Geburtsjahr	Vater	Mutter
1891	75	
1892	74	
1893	73	
1894	72	
1895	71	
1896	70	
1897	69	
1898	68	
1899	67	
1900	66	
1901	65	
1902	64	
1903	63	
1904	62	
1905	61	
1906	60	
1907	59	
1908	58	
1909	57	
1910	56	
1911	55	
1912	54	
1913	53	
1914	52	
1915	51	
1916	50	
1917	49	
1918	48	
1919	47	
1920	46	
1921	45	
1922	44	
1923	43	
1924	42	
1925	41	
1926	40	
1927	39	
1928	38	
1929	37	
1930	36	
1931	35	
1932	34	
1933	33	
1934	32	
1935	31	
1936	30	
1937	29	
1938	28	
1939	27	
1940	26	
1941	25	
1942	24	
1943	23	
1944	22	
1945	21	
1946	20	
1947	19	
1948	18	
1949	17	
1950	16	
1951	15	
1952	14	
1953	13	
1954	12	
1955	11	
1956	10	
1957	9	
1958	8	
1959	7	
1960	6	
1961	5	
1962	4	
1963	3	
1964	2	
1965	1	
1966	0	
Total	500	500
Avg	250	250
Std Dev	100	100
Min	0	0
Max	500	500
Sum	25000	25000
Count	100	100
Mean	250	250
Sigma	100	100
Median	250	250
Mode	250	250
Range	500	500
StDev	100	100
Var	10000	10000
Skew	0.00	0.00
Kurt	3.00	3.00
Chi	500	500

SABEMOS SEGURANÇA S/A

23 APR 2012

RECEIVED

## **Declaração do Proprietário do Veículo**

Eu, MARCOS DIOGO FREITAS PEREIRA RG nº 003.291.793, data de expedição 25/09/2010, Órgão SESPDS/RN, portador do CPF nº 018.237.714-83, com domicílio na cidade de Paulista, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Mimoso, nº s/n, Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima LEONARDO ARAUJO DA SILVA, cujo o condutor era LEONARDO ARAUJO DA SILVA.

Véículo: MOTO

Modelo: HONDA/NXR 160 BROS ESDD

Ano: 2016

Cor: VERMELHA

Placa: QFQ 4427/PB

Chassi: 9C2KD0810GR461723

Data do Acidente: 15/11/2017

Local e Data: PAULISTA - PB, 06 / 02 / 2013.

SABEM SEGURODORA SIA  
2.3 ABR 2018

~~Mozart Dopp. Concerto~~ Paganini

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

## Lecanora Graeffii de Bille

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

Consulte A Autencidade em  
<https://selodigital.ipqbus.br>  
selo digital nº 154-154-07-14-0







SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Emergência - Samu 192  
192 Paulista - SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
BASE PAULISTA  
SAMU 192

Relatório de Transferência Inter-Hospitalar / Intermunicipal

Ocorrência nº 28 Data: 16/01/12 Hora: 07:30

Nome da Vítima: Everton Santos Pereira Filho Idade: 20 Gênero: M

Evento: (X) Trauma: ( ) Clínico: ( ) Obstétrico: ( ) Psiquiátrico: ( )

Outros: \_\_\_\_\_

Procedimento: Exame toxicológico

Solicitante: Dr. Antônio (AA)

Destino: Hospital São Lucas - Rua São Lucas, 26 - Centro

Compte: \_\_\_\_\_

Circunstâncias da Transferência:

Pronto atendimento - Fazendo procedimento

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

*Everton Santos Pereira Filho  
Glicemia: Sangue: 100 mg/dL  
Audiometria: Normal  
Sedação: Necessária*

Procedimentos realizados:

Pronto atendimento

Pronto atendimento

Vantagens da transferência e avaliação de risco do translado:

Conveniência - Agilidade - Qualidade - Preço - Localização

SABEM SEGUADORA SIA
23 ABR 2018
RECEBIDO

*Dr. G. Góspodoro  
23/04/2018*

ISSUE DATE 04/20/2012

ISSUE DATE 04/20/2012

Assinatura do paciente ou seu representante

*Edilson de Souza*

RFQUERIMENTO N°

AL. MCT

DE PRONTUÁRIO  
 DE RADIGRÁFICO  
 LAUDO MÉDICO  
 EXAMES COMPLEMENTARES

Data da Solicitação: 28/11/11

De e Prevista para Entrega: 30 DIAS ÚTEIS

16/12/2011

23/12/2011

*Ad. Cunha*

Assinatura do Responsável pela entrega

*Silvana*

3423-2243

Rua Horácio Nóbrega, s/n - Bairro Belo Horizonte - Patos/PB.  
CEP: 58.704-000 / CGC: 08.778.268/0023-71 / Tel: (83)3423-2741 / FAX: (83)3423-2651  
[hospitalpatos@hotmail.com](mailto:hospitalpatos@hotmail.com)

2011-12-23 10:55:17

2011-12-23 10:55:17

Responsável: Adriano dos Reis Mendes

**ANAMNESE:** (História da Moléstia atua, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

1950-1951 1951-1952 1952-1953  
Region 10, San Joaquin Valley, California

**EXAMES OLHETIVOS:** Inspeção: vista, exame da reação pupilar, escuta dos diversos vesiculões.

• (1961) • R. M. Hougham (C)  
- *Stages in the development*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratório)

"MILITARY POLICY

*Dicroidium* *lanceolatum* *Lam.* *var.* *lanceolatum*.

#### *Scénario du pétar...*

Residencia | Seu Curso | Melhores | Sobre | Transferir | Faz |

Revista Ricardo

HOSPITAL REGIONAL DEPARTAMENTAL JUAN G. CARRASCO  
SILLA OFICINA DE FARMACIA

RATOS

**VER PRONTOARIO**

RDN

JEUM

CONSCIENTE

✓

Alucinaciones

Confusión

Atropina 1mg Prostigmine 2mg

Cetazolina 1g Devamat 8mg

Pizol 16 mg Tenoxikam 20mg

Fluoxetina 2g, Ondasetrona 8mg

16/01/2013 09:00:00

Propofol 100 - Succinilcolina 1mg + fentanil 1mcg + azotímidina/Ramiprósima 5mg

Anest. General, Prolongación vascular y MUSCULOTENDINOSA, Inflamación, Inflamatoria d/ Q4 + Dolor en el CV

DR. YAVIO LEAL

✓

**NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

PROFISSÃO	LEITE	COVENI	DATA	REVISADO	GOVERNO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE SAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO	ANESTESE				
CRM	ANESTESTA				HOSPITAL REGIONAL DE LONDRINA
DATA					

**MATERIAL**

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Seringa plástica e sangue
X	TX. Cenógrafo	1	Agulha 18G
X	TX. Seringa de infusão	1	Látex 5ml s/ coagulante
X	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de bisturi
X	TX. Monitor Cardio-Respiratório	1	Sonda de Foley
X	TX. de Laser	1	Cateter de Urina
X	TX. de Curetivo	1	Seringa 4 ml
X	TX. de Intubação S. Vocal	1	Seringa 3 ml
X	A. Seta	1	Seringa 5 ml
X	TA. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
X	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 15 ml
X	TX. Coletor de Pulmão	1	Algodões secos
	Salvasan		Algodão de Crepon 10cm
	Salvasan		Algodão de Crepon 20cm
	Salvasan		Algodão Coated 10cm
	Salvasan		Sonômetro
	Salvasan		Sonda Nasogástrica
	Salvasan		Eter Sulfônico
	Antiseptico 0,50%		Álcool Puro
	Rinsatana 0,5%		Álcool 70%
	Spuma		PVA Fixaria
	Kloroficina 2%		Gases
	Etodiamide		Algodão Hemólitico
	Urotol		Algodão Ortopédico
	Urotol		Cidex
	Urotol		Vaseline Estéril
	Urotol		Aguinha Descartável
	Urotol		Fazenda de Fazol
	Urotol		Fio Cromado 6x1 agulha
	Urotol		Fio Cromado 9x1 agulha
	Urotol		Fio Cromado 1x1 agulha
	Urotol		Fio Cromado 1x1 agulha
	Urotol		Fio Cromado 3x3x agulha
	Urotol		Fio Cromado 4x0x agulha
	Urotol		Cat-gut simples 0x1 agulha
	Urotol		Cat-gut simples 1x0x agulha
	Urotol		Cat-gut simples 2x0x agulha
	Urotol		Cat-gut 2-0 x amigdaleniformis
	Urotol		Cat-gut simples 3x0x agulha
	Urotol		Polyclot 0x0x agulha
	Urotol		Polyclot 2x0x agulha
	Urotol		Polyclot 3x0x agulha
	Urotol		Proteza 2-0 x agulha

CIRURGIA GERAL

22/05/2008 09:02 662 17.19

**GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE JANDIÚY CARNEIRO**



## **EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMARIA**

PACIENTE: José Valente ANO: 81 MESES: 10 LLEGÓ: \_\_\_\_\_  
REG.: \_\_\_\_\_

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



### REQUISIÇÃO DE PARECER

N.C.-S. 275.

காலாந்தூர் கிராமத்தில் போன்று

**DA CLÍNICA** \_\_\_\_\_ **A CLÍNICA** \_\_\_\_\_

ENFORM久我山

APPENDIX

MOTIVOS DA CONSTITUIÇÃO

PERMITA-SE ALGUNS DADOS SOBRE OS QUais SENSIBILIZAMOS E INFORMAR OS PROBLEMAS SINTOMATIcos DO ENFERMO.

Fig. 1. The effect of  $\alpha$  on  $\beta$ .

GARDEN

[View Details](#) [Add to Cart](#)

Plants from various California  
and Sonoran localities along with  
the following: A. M. Gray 37. 83 E.C. 2.  
Also C. L. Hitchc. & Gray 2.

卷之三

卷之三

33, 472



GOVERNO DA PARAÍBA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL "DR. JANDUH Y CARNEIRO"



LAUDO:

PLANO DE TRAUMATOLOGIA  
FERNANDEZ, LEONARDO  
ADMITIDO NO DIA 01/01/13  
AGENDADO PRA MIN. 5 HORAS  
DIAGNOSTICO ASSOCIADO  
LUXACAO DE FRATURA DE  
COLO NECK CERVICAL  
AFERIMENTOS A C.T.D.  
(S.O.A.).  
EXAMES DIA 2/1/13.

16/01/13  
Dr. Willian Barbosa Oliveira  
Cirurgião Traumatologista  
Belo Horizonte - MG  
cel: 3199-3371

Rua Horácio Nogueira, s/n - Belo Horizonte  
Tel.: (31) 3423-2741 - Patos - PB

# 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, cisurae 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 no métroro 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.

2020-06-27 09:06:12-13

2020-06-27 09:06:12-13



# Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA FACE

### INDICAÇÃO CLÍNICA:

TCE.

### TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com estimulação, 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 assolo da órbita e parede lateral, e ainda fraturas no arco zigomático esquerdo.

Extenso hematoma partes moles na hemiface à esquerda.

Hiernossinus maxilar esquerdo.

Musculatura orbitária extrínseca.

Discreto hematoma / bordamento do espaço extraconal inferior esquerdo, com focos gasosos intra-orbitários.

Discreto espessamento mucoso dos seios paranasais.

Obstrução dos infundíbulos etmoidais, recessos esfeno-etmoidais e recesso frontal esquerdo por material mucooso.

Septu nasal ósseo desviado para a esquerda.

Irregular desnívelamento da lâmina crivosa em relação ao teto de entre 4 e 7 mm (classificação de Kerck tipo II).

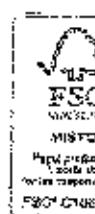
Meatus médios e inferiores pêrvios.

Cavum anatômico.

Laudo Auto Explicativo.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Mariana Leite CRM 46369-MG | Médica-radiologista RQE 36040-MG através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-65 em Laudo Radiológico Criado em 15/11/2017 22:17:03 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de caráter individual e seu objeto é privado e sigiloso. Sua divulgação, alteração ou uso indevido é considerado crime de violação de direitos autorais. Este é um documento confidencial e deve ser consultado, analisado, descritivo e interpretado por profissionais qualificados e habilitados. Apenas o radiologista pode emitir interpretação médica. Recomenda-se que o resultado seja interpretado pelo médico responsável pelo paciente, a quem compete, exclusivamente, explicar o diagnóstico e indicar o conduto a seguir. O referido se refere a exame(s) de medicina nuclear para encontro esclarecedor(a) no(a) paciente.



FSC  
UNIVERSIDADE  
MISTO  
Papo grande  
Sócio de  
viver saudável  
Faculdade

（二）在地圖上，我們可以看見

Lehrbuch für die Schule

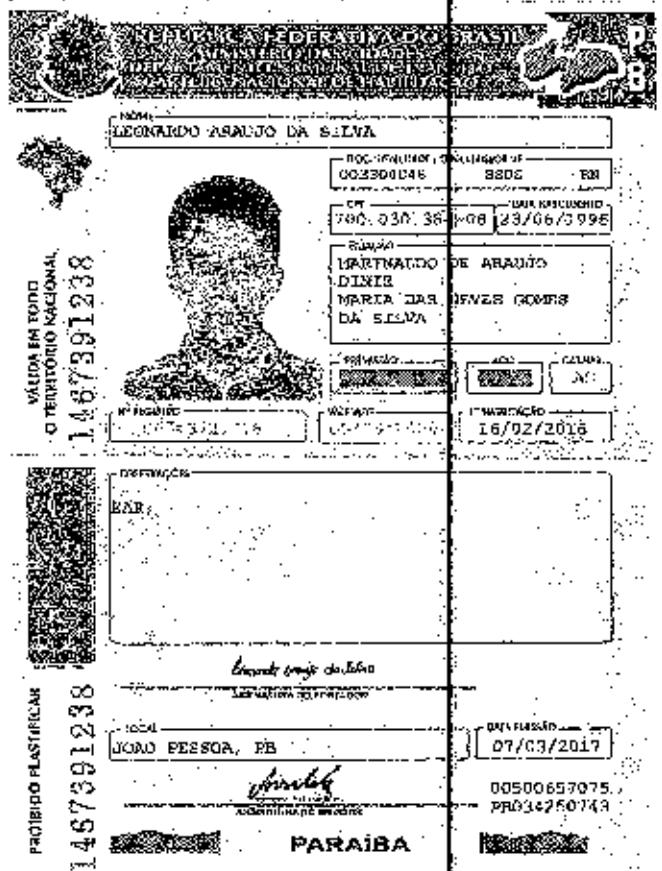
377

— *Amphibolite* —

卷之三

卷之三

1923-4. Fairly similar with older ages. Little change in the last two years.  
mostly, rather than just old birds, from being mostly adults - only  
four young adults, one yearling, ~~and~~ <sup>and</sup> only one ~~adult~~ <sup>juvenile</sup>. Observed a  
few flocks, all of which appear now to be ~~old~~ <sup>young</sup> birds. The flock to  
which our Cornell bird belongs



1467391238

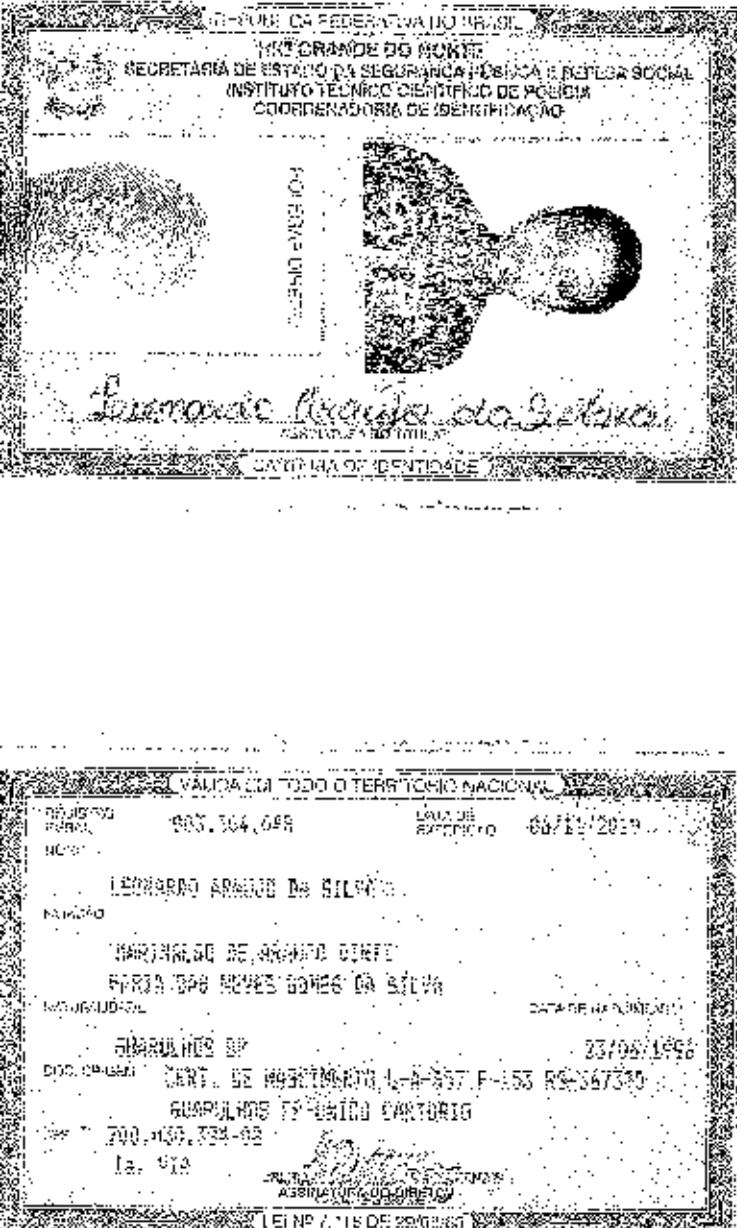
SABESP SECURADORA SIA

→ 3 APR 2019

RECEIVED

卷之三

卷之三



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

## **COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

700-030-384-98

**LEONARDO ARAUJO DA SILVA**

23/08/1996

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

CÓDIGO DE CONTROLE  
61AB.FE30.737C.491B

A eugenófobia é uma concepção hereditária conformada a partir da ideia de que

[www.recette.fazenda.com.br](http://www.recette.fazenda.com.br)

#### **Optimizing the analysis stage**

#### **REFERENCES**

as 12:38:59 do dia 06/11/2010. Fim da gravação de Brasília.

SAPENI SEGURODORASIA

23 APR 2019

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CHAVES

DATA DE EMISSÃO: 01/09/2016  
LICENCIAMENTO: 11/09/2016  
VALIDADE: 11/09/2017  
CÓDIGO: 012824406358  
CNPJ: 01.094.379/0005-00  
E-mail: 012824406358@chaves.mt.gov.br

MARCOS DIODOR FREITAS PEREIRA

01023771483

OPO4427/PB

NOVO PB 9C2KD0810GR461723

VAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/XMR160 BROS ESPO

2015 2016

2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 11/08/2016

\* \* \* \* \* 0

SEGRO P.A.G.O 13/08/2016

A.F ADM DR CONC NACION HONDA 132A

PAGAMENTO - PB

39399

26/08/2016

31054

EURODEPAGA CÓDIGO DE DADOS PESSOAIS CAUSADOS POR MEIO DE  
AUTOMÓVEIS DE VESTIMENTAS E EQUIPAMENTOS DE CARGA, EXCESSO  
DE TRANSPORTADAS DURANTE O PERÍODO DE PAGAMENTO

FUN 012824406358

VALOR DE R\$ 100,00

SEU TÉRMINO DE PAGAMENTO FOI ESTENDIDO ATÉ  
ROTA JAHU - APENAS PARA OS DIA 26/08/2016  
NÃO PODEM SER PAGOS NO DIA 27/08/2016  
SISTEMA DE PAGAMENTO DEVE SER FEITO  
NAO PODEM SER PAGOS NO DIA 27/08/2016

2016 26/08/2016

012823771483

OPO4427/PB

01094379905 HONDA/XMR160 BROS ESPO

2016 9 9C2KD0810GR461723

SEGRO P.A.G.O

13/08/2016

SEGURADORA SIA - PAGAMENTO

PRESTADOR DE SERVIÇO

31054-0947221-20160926

MAI-2016

SABEM SEGURO SIA

23 ABR 2016

RECEBIDO

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ELIANA SOUZANASCIMENTO 20/02/1972SEXO FEMININADATA DO ACIDENTE 12/11/2012CPF DA VITIMA 352.023-324-58

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (VITIMA)  REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTE ESC COM VITIMA E ELIANA SOUZAENDERECO DO PORTADOR RUA 712 MANSÃOCidade GOIÂNIAUF GOCEP 74420-000Bairro GOIÂNIAE-mail eliana.souza@lavor.com.brFone (62) 3242-9003Telefone (62) 3242-9003

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CERTIFICA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDAO DE NASCIMENTO OU CERTIDAO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IMC (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMC: DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IMC

( ) ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E FIRMADA DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTENCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE.

( ) DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IMC: DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) COPIA DO LAUDO DE RESIDÊNCIA, EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS DA CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS DA CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA (ORIGINAL)

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDAO DE NASCIMENTO OU CERTIDAO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CERTIDAO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CERTIDAO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CERTIDAO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CERTIDAO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTE: R\$ 23.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADO PREVIESTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REembolso Até R\$ 2.700,00. REembolso. ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS CONFIRMADAS.

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

COMPLETA.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR) OU LIGUE 0474

• PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

DRS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

# 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:**

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dorian Braga Saraiva".

# 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
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**