

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ BERNARDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180183918

Vitima: LUIZ BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183918**.

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 12717005



Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ BERNARDO DA SILVA

Sinistro: 3180183918
Vítima: LUIZ BERNARDO DA SILVA
Data do Acidente: 17/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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 3180183918** 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

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Carta nº: 12920433

A/C: LUIZ BERNARDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180183918
Vítima: LUIZ BERNARDO DA SILVA
Data do Acidente: 17/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: LUIZ BERNARDO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000004020-7

Conta: 000010006379-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00722.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00722.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:48 horas do dia 18 de abril 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 **Luiz Bernardo da Silva**, CPF nº 893.642.104-25, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Mecânico Junior, filho(a) de Maria Catota da Silva e José Bernardo da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/10/1974 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Antonio Coelho de Souza, Nº 1125, bairro Imaculada, tendo como ponto de referência Bar da Custela, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98895-0392.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Viaduto, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/09/17 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

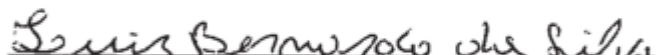
QUE, segundo o notificante no dia 17/09/2017, por volta das 17:30 horas, quando pilotava o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo HONDA NXR 160 BROS ESD de cor vermelha, ano e modelo: 2015, placa QFK 4465/PB, Chassi nº 9C2KD0800FR037671, Registrado em nome de Waldei Bernardo da Silva, CPF nº 023.142534-18; QUE, segundo o notificante ao chegar na BR 230 cruzamento com a BR 101, próximo ao viaduto das três lagoas, o notificante perdeu o controle do veículo, devido a mesma ter derrapado e veio a cair ao solo, Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENER TERCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 05/02/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. OBS: CID 10 T14,9

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, 18 de abril de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação


LUIZ BERNARDO DA SILVA

Notificante



Procedimento Policial: 00722.01.2018.1.00.420

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 <u>Luiz Bernardo da Silva</u>	CPF da Vítima <u>893.642.104-25</u>	Data do Acidente <u>17-09-17</u>
--	--	-------------------------------------

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.

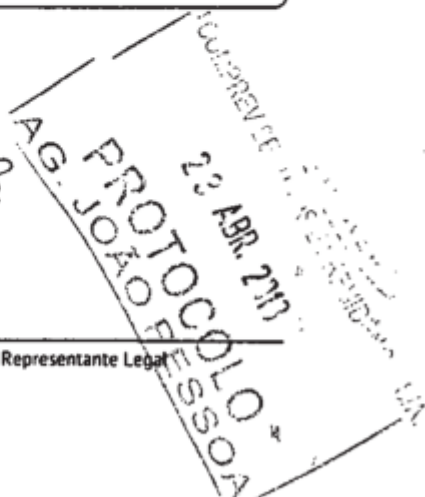
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

Baxevex 07 de fevereiro de 2018
Local e Data

Luiz Bernardo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





REGIONAL JOÃO PESSOA

SAMU
192

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



REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

Gerenciado
C/2

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 804/022, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo 1825034, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente LUIZ BERNARDO DA SILVA idade 43 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 17/09/2017, nas proximidades das Três Lagoas - João Pessoa - aproximadamente às 19:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 09 de Abril de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 10111

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COF. PREV. E
22 ABR. 2018
AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO

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: 29/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ BERNARDO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04020-7

CONTA: 000010006379-9

Nr. da Autenticação E21FD1B4F2AF1CF3

ANA GLORIA LAUDELINA SINFONIO
RUA CIRCULAR MACULADA, 1125 - MACULADA
BAYEUX / PB CEP: 58308035 (AO: 1)

Emissão: 21/03/2018 Referência: Mar / 2018

Classif/Subst: RESIDENCIAL / BAIKA RENDA MONOFÁSICO R230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-080
Potência: 12 - 8 - 674 - 6520 Nº medidor: 00003178093

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CAPJ08.005.183/0001-42 Rec. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº003.885.442
Cód. para DAt. Automática: 00004142220

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	21/03/2018	20/04/2018	3139104480

UC (Unidade Consumidora): 5/414222-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Furto de energia é a maior roubada. Pode provocar danos graves, além do ser crime e dar cadeia. E ainda que quem não faz o furto prejudica a sua classe de forma mais direta, pois causa custos de energia para a rede e prejudica a vida de todos.
- Chame as vizinhas e amigos e entre no combate ao mercado transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/02/18	5552	21/03/18	8772	1	121	28

Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc	Aliq	Acum(R\$)
				Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Per/Consumo (R\$/kWh) (0,8777%) (0,1214%)
0501	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,244540	7,34	7,34	27	1,98
0501	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,419900	29,39	29,39	27	7,93
0501	Consumo - 101 a 220kWh-BR	21,000	0,829840	17,22	17,22	27	3,57
0510	Subsídio			35,51	35,51	27	9,85
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0507	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			0,00	0,00	0	0,00
0508	Devolução Subsídio			-35,51	0,00	0	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 64,65 65,48 23,34 88,48 0,58 2,69

Média últimos meses (kWh) 118
VENCIMENTO 11/04/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 64,65

Histórico de Consumo (kWh)

109 | 110 | 110 | 77 | 107 | 132 | 118 | 129 | 126 | 121 | 125 | 128
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

d1ec.3161.e012.157e.7bbf.39ac.9a59.811b.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
1/2018 - Santa Rita				Discriminação	Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)				
DC MENSAL	5,55	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. da Energia/PB	13,23	20,48
DC TRIMESTRAL	11,10			Compra de Energia	15,65	24,21
DC ANUAL	22,21			Serviço de Transmissão	3,03	4,68
FC MENSAL	3,42	0,00	CONTRATADA LIMITE SUPERIOR 202	Encargos Extras	3,57	5,53
FC TRIMESTRAL	6,85			Impostos, Devidos e Encargos	30,07	46,51
FC ANUAL	13,70			Outros Serviços	0,00	0,00
QACC	3,20	0,00	LIMITE SUPERIOR 221	Total	64,65	100,00
QCR	12,22					

Valor do EUSD (Ref. 1/2018) R\$21,29

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$25,27

Faturas em atraso

AGUARDANDO
PROTÓCOLO
23 ABR. 2018
JOÃO PESSOA

Fatura Mensal



Número do Cartão: 525965XXXXXX3655
Atendimento a Clientes: 40049009
Demais Localidades: 0800 9405009



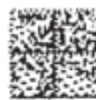
CTC RECIFE PE PLUS

JOSE EDUARDO DA SILVA

AV MARIA ROSA 58

MANAIRA

58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 98866 21000044754 30 171017

Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 17/10/17 Emissão: 13/10/2017

Programa de Pontos Certo

Saldo Disponível 1237% Pontos a Expirar 1230

Encargos

DUELA
NOCITA2,00 %
1,00 %
5,00 %

Vencimento da Fatura

28/10/2017

RS 50,00

Pagamento A

RS 75,00

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular da carta terá que arcar com as despesas apontadas nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valendo-se encargo em caso de pagamento inferior ao valor total, o vencimento RS 5,00.

Data prevista para o fechamento da presina fatura: 13/11/2017

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor Original	Valor US\$	Cotação	Crédito/Débito
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR					29
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO					25
	Subtotal Nacional					6
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526865XXXXXX3655					
	Movimentações Nacionais					
13/10	ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02704					1
	Subtotal Nacional					1

Total Nacional

Total Internacional

Total da Fatura



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOSE EDUARDO DA SILVA

ADVOGADO

12578

JOSEFA GERVÁSIO DA SILVA

ADVOGADA

JUÃO PESSOA-TE

ADVOGADO

1.034.862 - SSP/PR

1.034.862 - SSP/PR

1.034.862 - SSP/PR

DATA DE NASCIMENTO

02.04.1967

455.135.124-5

VIA

DATA DE EMISSÃO

15/04/2018

ART. 23 - Lei 13.904/2015

VIA

PRESENTE

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

CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO
05701485



ASSINATURA



05701485

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183918 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ BERNARDO DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO UMERO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR, FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Luiz Bernardo da Silva
brasileiro(a), estado civil uniao estável profissão
mecânico, CI RG nº 1642648
CPF/MF nº 893.642.104-25 residente e domiciliado(a) à Rua
Curcular Imaculada, 1125 - Imaculada
Cidade de Bayeux Estado
Paraíba, CEP: 58309-035, telefone
83-98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaíra, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Bayeux, 07 de fevereiro de 20 18.

X Luiz Bernardo da Silva

OUTORGANTE

PROTOCOLADO
22 ABR 2018
AG. JOÃO PESSOA

CARTÓRIO ANGELA CAETANO
2º Ofício Notarial
AV. LIBERDADE, 418 - BAYEUX - PB - CENTRO - CEP: 58309-001 - TEL: (83) 3233-3000

Angela Matheus de Góllano
TITULAR
Rosaângela C. Caldeira Moreira
SUSCRITO(A) - 1º Ofício Notarial

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: Luiz Bernardo da Silva
Em test. da verdade. Bayeux - PB, 07/02/2018, 10:16:06
Joseinete Gonçalves da Costa, Santos - Escrevente
[2018-000715 JETL-RS 89 48 048551-RS 028 FEB-18 1,90 ISS-RS 0,47
SELO DIGITAL: A8108561-233K

Confira a autenticidade em: <http://nec/validador>

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180183918**

Nome do(a) Examinado(a): **LUIZ BERNARDO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Circular Imaculada da Conceição, 1125 - Imaculada - Bayeux - PB - CEP 58309-035

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1642648**

Data e local do acidente: [**17/09/2017**] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [**23/05/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO UMEROS DIREITO

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR, FISIOTERAPIA

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

AO EXAME APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO DIREITO

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

[**X**] Sim [] Não

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do ombro direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB