

---

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL**

Nº Sinistro: **3180088232**

Vitima: **DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL**

Data do Acidente: **19/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180088232**.

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, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL**

**Sinistro:** **3180088232**

**Vítima:** **DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL**

**Data do Acidente:** **19/09/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**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 3180088232** 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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 Março de 2018

Carta n°: 12566115

A/C: DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL

**Nº Sinistro:** 3180088232  
**Vitima:** DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL  
**Data do Acidente:** 19/09/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**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: DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003487**

**Conta: 0000017333-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%**

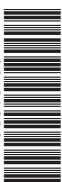
**Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

014.659.114-30

Nome completo da vítima

Diego do Nascimento Brasil

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Diego do Nascimento Brasil	014.659.114-30	estudante
Endereço	Número	Complemento
Francisco Almeida Diniz	181	-
Bairro	Estado	CEP
Enmani Satiro	PB	58080-080
Email	Telefone (DDD)	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA NRO: 3487 D/V CONTA NRO: 00017333 D/V  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V  
(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.

Diego do Nascimento Brasil

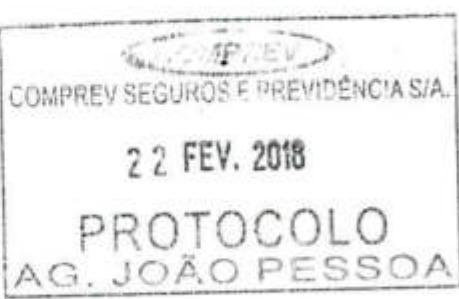
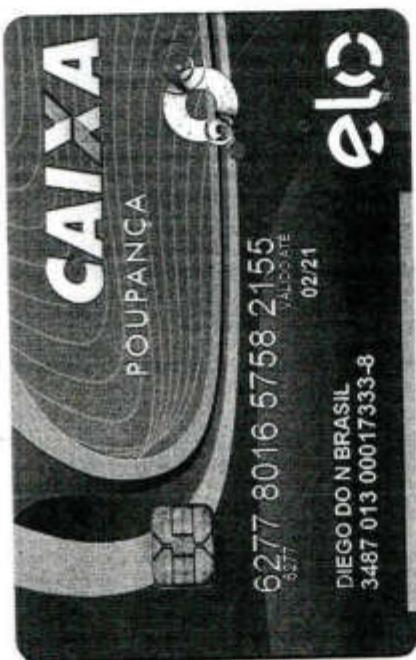
Local e Data

Diego do Nascimento Brasil

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Diego do Nascimento Brasil

CPF da Vítima

014.659.114-30

Data do Acidente

19-09-17

### 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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

João Ribeiro de Fevereiro de 2018

Local e Data

Diego do Nascimento Brasil.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# 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: 20/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000017333-8

---

Nr. da Autenticação 13F3C0563506C94F

ALEXANDRA CESAR DUARTE  
Av. Presidente Vargas, 102 - 60130-100  
MARILIA  
CEP 14700-000

907/010314867

046.502.754-74

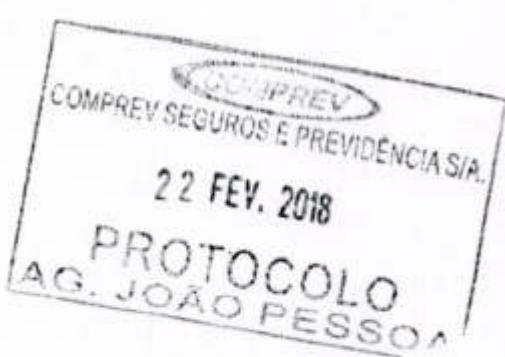
25/09/2017

194,64

BOLETO BANCÁRIO

Importante:

Minha NET



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180088232      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL      **Data do acidente:** 19/09/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE Perna DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/MI DIREITO:50% DE 70% = 35%

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

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

Ficha Nr: 62212 Atd: Nao Regulado  
Data: 19/09/2017  
Hora: 18:27:50  
Repcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVE  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL Num. de vezes atendido: 1  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3171826 Fone: 988806232  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/02/1989 Id: 28 ano(s)

End.: RUA FRANCISCA MUNIS DE NIS, QESPLANADA

Bairro: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: SIRLEIDE FARIA DO NASCIMENTO BRASIL Pai: JOSEMAR CARVALHO BRASIL

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL

Tel/ Responsavel: 988806232 / IDENTIDADE: 3171826

Proximidade: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ AS 17:50 EM FRENTE

Vitima de violência por: AO CENTRO DE EXPOSICOES

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia [ ] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia [ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular [ ] Chocado

Quando Principal

22 FEV. 2018

[ ] Vomito  
Observacao

PROTÓCOLO  
AG. JOAO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Acidente a moto. Dor MZD. SLG:15/Per s  
Dor telen e per Dr

Diagnóstico

Trun de Estudo

| Conduta

M Á turbolys

Prescrição

| Horário da medicacão

Dr. Gustavo G. Marques  
CRM-PB 7155  
CRM-PE 18911

Dr. Gustavo G. Marques  
CRM-PB 7155  
CRM-PE 18911

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

## **ANOTACOES DA ENFERMAGEM**



| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

## PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

**Assinatura e Carimbo do Medico**



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Dieep de Oliveira Brumel</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica: <i>Orto</i>	EMP:	LR:
Data: <i>27/09/14</i>	Cirurgião: <i>Dr. Gentil do Nascimento</i>	1º Assistente: <i>Ricardo R</i>			Instrumentador:
2º Assistente:	3º Assistente:				
Anestesista: <i>Dr. Víncio</i>	Tipo Anestesia: <i>Procur</i>	Horário: I:	T:		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>fract. da ossos do ferro direito</i>				CID	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>O risco</i>				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>RAFI</i>				CÓDIGO	
<i>AP, EV, J</i> COMPREVE SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A					
22 FEV. 2018					
PROTOCOLO <i>AG. JOÃO PESSOA</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 ( ) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 ( ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Diego da Nóbrega Braga Data da Admissão: 19/03/11  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F( ) M( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /

QPD: Dor na ferida  
HDA: Dois anos com história de dor no abdômen central, evoluindo com dor, edema e febre de 38°C

COMPREV SEGUINOS E PREVIDÊNCIA S/A.	
22 FEV. 2018	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] 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 [ ] Soluço [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume \_\_\_\_\_

AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematuria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposo [ ] 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 [ ]Banco 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: \_\_\_\_\_

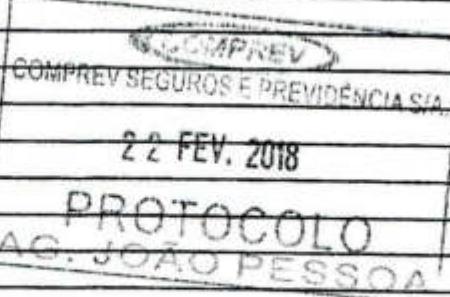
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_



ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Hipóteses Diagnósticas: Fratura de ossos da pernaConduta: Traumatologista Cirurgião



## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Recinto em DDA sob flacidez.
- Assepsis + asepsis + operário de escuro.
- Colocar do goniô.

### Incisão:

- Anterior do fibe.
- Ameçor no plaus cutâneos

### Achados:

- foco de fratura em diafise do fibe direito

### Conduta:

- Limpeza do foco da fratura com EPOXY.
- Encastro de recolher do festeiro em fibe
- Apêndice de placo DCP estreito & os furos. + parafuso contínuo e colarinho de interbraçadores pela placo.
- Limpeza do foco da ~~fratura~~ com EPOXY.
- Fechamento por plaus cutâneos
- Goniô
- Afrouxar do goniô.

### Fechamento:

CÓDIGO: 111111  
COMPRA REGULAR E PREVIDÊNCIA S/A

22 FEV. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

### OBS:

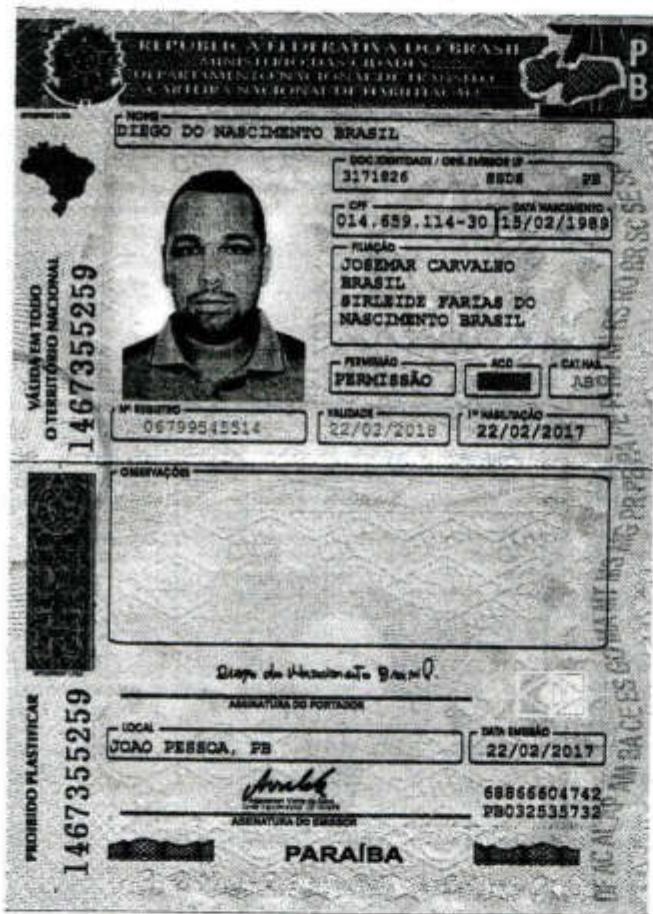
Data: 27/09/17

Leonardo Miranda

MÉDICO

CRM-PB 11867

MÉDICO/CRM





## CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO

**ABRIL DOS ADVOGADOS DO BRASIL - O A B -**

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.

(Art. 13 do Leis nº 6.906, de 04/07/1980)

LATINA DO BRASIL - LDB -

da Paraíba

Matrícula  
14439  
Nome  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Flagras  
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Naturais  
RIO DE JANEIRO-RJ  
Profissões  
BRASILEIRA  
Data de Nascimento  
21/01/1982  
Data da Compreensão da OAB  
17/12/2008

Data de Consagração  
30/07/2007  
Data de Expedição  
12/01/2009

*He. M. V.*

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

PRESIDENTE

2

ALEXANDRA CESAR DUARTE  
AV. MARIA ROSA, 10058  
MANAÚA  
58030-460 - JOÃO PESSOA - PB

Código NET  
907/013314867

Vencimento  
25/09/2017  
Forma de Pagamento  
BOLETO BANCÁRIO

194,64

VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE [NET.COM.BR](http://NET.COM.BR)

Importante:

Este documento não é comprovante de endereço.

Minha NET:

## PROTÓCOLO

22 FEVEREIRO 2018

COMPANY SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES E EQUIPAMENTOS DE TRANSPORTE DE CARGA, A PESSOAS  
OU TRANSPORTADAS, OU MAIS SEGURO DPVAT

PB N° 013136552805 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	06/04/2017
PLACA / CHAPU	PLACA
MARCA / MODELO	MARCA / MODELO
RENAVAM	HONDA / CG 150 TITAN K3
ANO FAB.	00877239380
ANO FAB.	2006
Nº CHASSI	9C2KC08106R875530
CPF / CNPJ	MNE 8992 / PB
VIA	VIA
01465911430	01465911430

## PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
PREÇO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
SEGURADO	SEGURO	PAGO
OBSERVAÇÕES	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
SEM RESERVA DE DOMÍNIO	PARCELA	20/03/2017

## SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

NOV-2016

2011-1403424-20170406

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS ENDADES

Nº 013136552805  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 000 PEINAV PRF 20170000107166 PERÍODO:  
1 0087423938-0 00/0000000 2017

DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL

DETAN - PB	PLACA	MNF8992 / PB
VIA PLACA ANT/UF:	CHASSI	9C2KC08106R875530
NOVO	ESTEPE/ TIPO	GASOLINA
ESTEPE/ TIPO	MARCA/MODELO	ANO/FAB.
HONDA/CG 150 TITAN KS	HONDA/CG 150 TITAN K3	2006
CAP/POV/CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI	PARTIC.	VERMELHA
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA PAGO EM	00/00/0000	1 <sup>a</sup>
FAIXA IPVA:	PARCELAMENTO (V/COTAS)	2 <sup>a</sup>
*****	0	3 <sup>a</sup>
PREMIO TARIFARIO (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	20/03/2017
SEGURADO	PAGO	OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
JOAO PESSOA-PB	DATA	2011
17221	06/04/2017	

CONTROLE	DATA	2011
----------	------	------

CIMA

```
graph TD; A[DOCUMENTOS DO DETRAN] --> B[AUTENTICAÇÃO MECÂNICA]; A --> C[MULTAS DE TRÂNSITO]; A --> D[ENCARGOS DO DETRAN]; B --> E[IPVA - 1ª COTA]; B --> F[IPVA - 2ª COTA]; B --> G[IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA];
```