
Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: CRISTIANE LIMA ARAUJO

Nº Sinistro: 3180124446

Vitima: CRISTIANE LIMA ARAUJO

Data do Acidente: 03/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180124446**.

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.

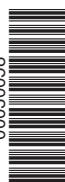
O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

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, 22 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANE LIMA ARAUJO**

Sinistro: **3180124446**

Vítima: **CRISTIANE LIMA ARAUJO**

Data do Acidente: **03/08/2017**

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 **3180124446** 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, 05 de Abril de 2018

Carta n°: 12618118

A/C: CRISTIANE LIMA ARAUJO

Nº Sinistro: 3180124446
Vitima: CRISTIANE LIMA ARAUJO
Data do Acidente: 03/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: CRISTIANE LIMA ARAUJO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000904

Conta: 0000032037-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|--------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 337,50 |

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

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.seguradoralider.com.br.

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: **3180124446**

Nome do(a) Examinado(a): **CRISTIANE LIMA ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DULCE PESSOA RAMALHO nº 330 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 737027 - SSP**

Data e local do acidente: **03/08/2017 JOAO PESSOA/PB**

Data e local do exame: **23/03/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE HÁLUX ESQUERDO

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

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

FRATURA DE HÁLUX ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU ANATÔMICAS INCAPACITANTES.

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA NÃO DIAGNOSTICADA NO MOMENTO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO E OBSERVADA EM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO DIA 11/09/2017, QUE ESTÁ ANEXA AO PROCESSO E FOI TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA E EVOLUIU COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DO MOVIMENTO DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

ALTA MÉDICA SEM COMPLICAÇÕES

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

LIMITAÇÃO RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO.

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:

LIMITAÇÃO RESIDUAL DO MOVIMENTO DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

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): **OMBRO ESQUERDO.**

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 VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



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

**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.

E 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

041.843.959-06

Nome completo da vítima

Gusttavo Lima Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| Name completo Gusttavo Lima Araújo | CPF titular da conta 041.843.959-06 | Profissão do lar |
| Endereço Av. Dulce Pessoa Roraima | Número 330 | Complemento _____ |
| Bairro Mangabeira | Cidade João Pessoa | Estado PB |
| Email lulinr.DPVAT@gmail.com | CEP 58059-450 | Telefone (DDD) (83) 99100-5607 |

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"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |

X CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.
0904

D/V

CONTA
NRO.
01300032037

D/V

(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.

Local e Data
de 08 de Março de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00446.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00446.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:07 horas do dia 07 de março 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Cristiane Lima Araújo**, CPF nº 041.843.954-06, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria do Socorro de Lima Araújo e José Almir Paulino de Araújo, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 21/05/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dulce Pessoa Ramalho, Nº 330, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Mini Box de Marcia, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98702-1044.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Benevenuto Gonçalves, Perto do Trauminha, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/08/17 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava na garupa do CICLOMOTOR I/WUYANG WY50QT, PRETO, 2012/2013, PLACA QFM0259/PB, CHASSI LWYMCA20XD6011503, registrado em nome da noticiante e sendo conduzido por FABRICIO FORTUNATO DE LIMA (CPF. 069.392.424-14, CNH. 04115913820) quando ao desviar de um CARRO NÃO IDENTIFICADO o condutor do CICLOMOTOR colidiu na traseira de outra MOTO NÃO IDENTIFICADA vindo ambos a caírem ao solo e a noticiante lesionar-se conforme FICHA N. 49748, datado de 03.08.2017, assinada pela drª ANA VIRGINIA L. DA COSTA, CRM 4417 do Complexo Hospitalar Mangabeira para onde foi à pé; Que apenas a noticiante machucou-se no ocorrido; Que não deseja representar criminalmente; Que não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de março de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

CRISTIANE LIMA ARAÚJO
Noticiante



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: 29/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CRISTIANE LIMA ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000032037-0

Nr. da Autenticação FC78B0FC4AB75275



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliz no Clima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

68453868

REFERÊNCIA

JUL/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

CRISTIANE LIMA ARAUJO
RUA DULCE PESSOA RAMALHO NUM. 330
MANGABEIRA
JOÃO PESSOA

58059-750

| Inscrição | SMI | Quantidade de Economias | Responsável |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------|--|
| 001.85.643.0512 | 0 | 1 0 0 0 | 68453868 |
| Hidrômetro A05F141898 | Data de Instalação 21/10/2005 | Localização 1 | Situação Água LIGADO Situação Esgoto POTENCIAL |

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUN. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
 1169 1175 6 31 20/08/2017
 HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS
 JAN/2017 2 0 PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
 FEVEREIRO 6 0 COL. TERMOT 0 0 0
 MAR/2017 9 0 COR 77 77 76
 ABR/2017 6 0 TURBIDEZ 294 95 93
 MAI/2017 8 0 CLORO 294 294 294
 JUN/2017 3 0 COL.TOTAIS 294 294 294
 MÉDIA(m) 6 DADOS REFERENTES A:MAI/2017

DATA DA LEITURA: 21/07/2017 HORA DA LEITURA: 10:30:43
 DESCRIÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL (R\$)
 RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³ 10 36,84 R\$36,84

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,41 PIS E COFINS, LEI 12.411/12.

VENCIMENTO: Total a Pagar:

02/08/2017

R\$36,84

V 16.11 R 1.0

ODICAO DE LEITURA: REALIZADA
 CAGODICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
 POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
 NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
 INFORMACOES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180124446
Vítima: CRISTIANE LIMA ARAUJO

Cidade: João Pessoa
Data do acidente: 03/08/2017

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX ESQUERDO;
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO RESIDUAL DO MOVIMENTO DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE HÁLUX ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU ANATÔMICAS INCAPACITANTES.
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA NÃO DIAGNOSTICADA NO MOMENTO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO E OBSERVADA EM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO DIA 11/09/2017, QUE ESTÁ ANEXA AO PROCESSO E FOI TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA E EVOLUIU COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DO MOVIMENTO DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.
ALTA MEDICA SEM COMPLICAÇÕES;
LIMITAÇÃO RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.
NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 1º PODODACTILO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/03/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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 residual - 10 % | 2,5% | R\$ 337,50 |
| | | Total | 2,5 % | R\$ 337,50 |

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



CERTIDÃO

Nº. 0080/2018

Atendendo solicitação de **BEATRIZ FERNANDES LEITE** e de acordo com
as procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo
Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de
atendimento ambulatorial Nº49748 pertencente a **CRISTIANE DE LIMA ARAUJO** que
foi atendido dia 03/08/2017 às 13H43min, vítima de colisão moto x moto, apresentando
escoriações pelo corpo e trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da
falange proximal do halux esquerdo. Realizado mobilização, medicação e liberado.

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

João Pessoa, 12 de Janeiro de 2018

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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
20100

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

Ficha Nr: 49748 Attd: Nao Regulada
Data: 03/08/2017
Hora: 13:43:05
Repcionista: MARIA JOSE DE ALCANTARA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CRISTIANE DE LIMA ARAUJO Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987021044

Natural: ARARUNA/PB Data Nasc.: 21/05/1982 Id: 35 ano(s)

End.: RUA DULCE PESSOA RAMALHO, 330

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DO SOCORRO FERRIRA DE LIMA Pai: JOSE ALMIR CLAUDINO ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: CRISTIANE DE LIMA ARAUJO Escolaridade: NAO INFORMADO

Tel/Doc. Responsavel: 987021044 / SEM DOCUMENTO: SD

Pr. dencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PART/COLISAO MOTO X MOTEM EM MANGABEIRA

Vitima de acidente por: 13:30 HRS PROX AO DEPOSITO DE CONSTRUCAO

Vitima de violência por: CONDUTORA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

| | | CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO | | | |
|------------|---------|---------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------|
| PA: | FR: | <input type="checkbox"/> | Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> | Grave |
| FC: | TP: | <input type="checkbox"/> | Politraumatizado | <input type="checkbox"/> | Convulsao |
| Peso: | Altura: | <input type="checkbox"/> | Hemorragia | <input type="checkbox"/> | Dispneia |
| Glicemia: | IMC: | <input type="checkbox"/> | Diarreia | <input type="checkbox"/> | Agitado |
| Circ. Abd: | O2%: | <input type="checkbox"/> | Regular | <input type="checkbox"/> | Chocado |
| | | <input type="checkbox"/> | Vomito | Observacao | |

Q xia Principal

Escaricias pelo corpo após colisão de moto

Paciente com história de acidente de moto h = 30 min (colisão moto/moto) queixa-se de dor no ombro E e pe' E. Apresenta exoração em face E, perna E, pe' E g ombro E e mão D.

Nega perda de consciência; námitos e tontura. Diagnóstico: glassow 15.

Nega cefaleia.

Prescrição | Horário da medicacão

Nega queixas lombáreas; não apresenta desconforto respiratório.

Nega queixas abdominais.

Nega gravidez.

1000
1000
1000
1000
1000
1000
1000
1000
1000
1000

Nega alergia medicamentosa; patologias mentais e uso regular de medicamentos

Repre VPT há < 10 anos (3 doses)

conduta = consulta cirurgia
curativa

Sol Rx do embrio E Ept E

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Sol Parecer da ortopedia

Vibrador da cirurgia geral

Tilatil 40mg ev diluido

Dipirona - 2me ev diluido 2:8

Assinatura da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4477

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reent com restos de tecido em area do orelho, pele preta ex

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao
A hidrografia: 100ml - p/ auxilio de fraturas. Ao inicio p/ incisivos superiores e pr. Ap, saiu 100ml jat. em barra de gelo p/ calo do hombro

cp: - Antibi opaco + tópico.

- ATUE

Assinatura da Enfermagem

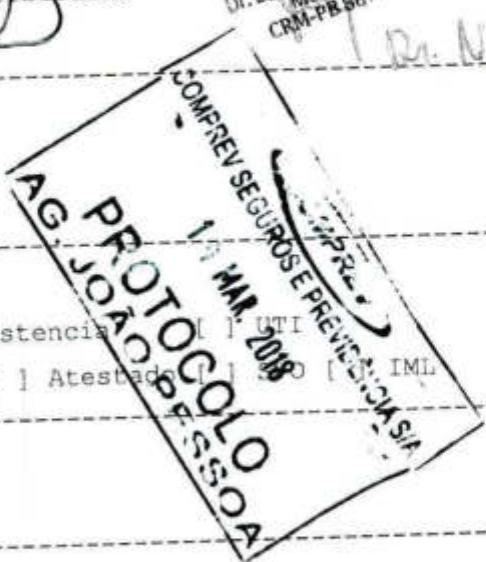
Reservado p/ baracao
Dr. Leonardo Miranda
Medico
CRM-PB 8877

Dr. Nilson

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia Transferido Desistencia
 Alta a pedido Enfermaria UTI
Obito: Atestado IML



X Pneumologista - Ismael Maufo

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

0300060066
0300010248

CRISTIANE LIMA ARAUJO 3587067
RESSONÂNCIA DO OMBRO ESQUERDO
DR. THALES COUCEIRO

CEDRUL BANCÁRIOS
SAUDE RM
11/09/2017

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO ESQUERDO

TÉCNICA DE EXAME:

Coronal oblíquo com sequências ponderadas em T2 e DP com supressão de gordura e T1. Sagital oblíquo e axial em DP com supressão de gordura.

RELATÓRIO:

Fratura completa da extremidade distal da clavícula, notando-se leve deslocamento posterior da clavícula.

Espessamento do ligamento trapezoide associado a edema adjacente, no entanto sem solução de continuidade, devendo corresponder a estiramento.

O traço de fratura envolve a inserção clavicular deste ligamento.

Fractura tipo II de Bigliani.

Fenda articular acromioclávicular preservada, sem evidências de lesão da cápsula articular e dos ligamentos acromiocláviciares.

Restante das estruturas ósseas de morfologia e intensidade de sinal normais.

Superfícies condrais sem alterações.

Labrum glenoide sem alterações.

Sinal isointenso na porção distal do tendão supraespinhoso, compatível com tendinopatia degenerativa (tendinose), sem evidência de roturas.

Demais tendões do manguito rotador de espessura e intensidade de sinal normais.

Tendão da cabeça longa do bíceps tópico, de espessura e sinal normais.

Planos musculares preservados.

Ausência de derrame articular glenoumural.

Bursa subacrômio/subdeltoideana livre.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura completa da extremidade distal da clavícula com deslocamento posterior da porção proximal.

Estiramento do ligamento trapezoide, sem evidências de lesão.

Não há evidência de luxação acromioclávicular.

Tendinose do supraespinhoso, sem evidências de roturas.

DR. EDUARDO ALMEIDA C. COSTA
MÉDICO RADIOLOGISTA - CRM 9752

Exame documentado em filmes fotográficos.

Este é um exame complementar, e como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação e decisão.
Pag 1 de 1.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PB N° 013748289501
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

| | | | |
|---|-------------------|----------------------|--------------|
| VIA | CÓD. RENAVAM | 2017000000001570 | EXERCÍCIO |
| 1 | 0106778226-2 | 00/00000000 | 2017 |
| NOME | | | |
| CRISTIANE LIMA DE ARAUJO | | | |
| CPF / CNPJ | PLACA | | |
| 04126395108 | QFM0259/PB | | |
| PLACA ANT / UF | CHASSI | | |
| LWYMCA20XD6011503 | LWYMCA20XD6011503 | | |
| ESPECIE TIPO | COMBUSTIVEL | | |
| T/ WUYANG WY50QT 2 | CASO TUR | | |
| MARCA / MODELO | ANO FAB. | ANO MOD. | |
| | 2012 | 2013 | |
| CAP / POT / CIL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE | |
| P/49 /C1 | PARTIC | PRETA | |
| I P V A | COTA UNICA | VENC. COTA UNICA | VENC / COTAS |
| | STIVA ISENTO | 00/00/0000 | 1º |
| | FAIXA IPVA | PARCELAMENTO / COTAS | 2º |
| | ***** | 0 | 3º |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL IRS (R\$) DATA DE PAGAMENTO | | | |
| ***** SEGURO P A G O 20/09/2017 | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO ORIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA | | | |
| LOCAL | DATA | | |
| JOAO PESSOA-PR | 27/09/2017 | | |
| 14346 | | | |

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 013748289501 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| VIA | CPF / CNPJ | PLACA |
| 0106778226-2 | 07104305406 | QFM0259/PB |
| RENAVAM | MARCA / MODELO | |
| 0106778226 | I/WUYANG WY50QT 2 | |
| ANO FAB. | DT TARE | Nº CHASSI |
| 2012 | 8 | LWYMCA20XD6011503 |
| PRÉMIO TARIFÁRIO | | |
| FNS (R\$) | DENATRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| ***** | ***** | ***** |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IOF (R\$) | TOTAL SER PAGO PELO SEGURO (R\$) |
| ***** | ***** | ***** |
| SEGURADOR | | PAGAMENTO |
| <input type="checkbox"/> COTA UNICA | <input type="checkbox"/> PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO |
| PAGAMENTO | | |
| 20/09/2017 | | |

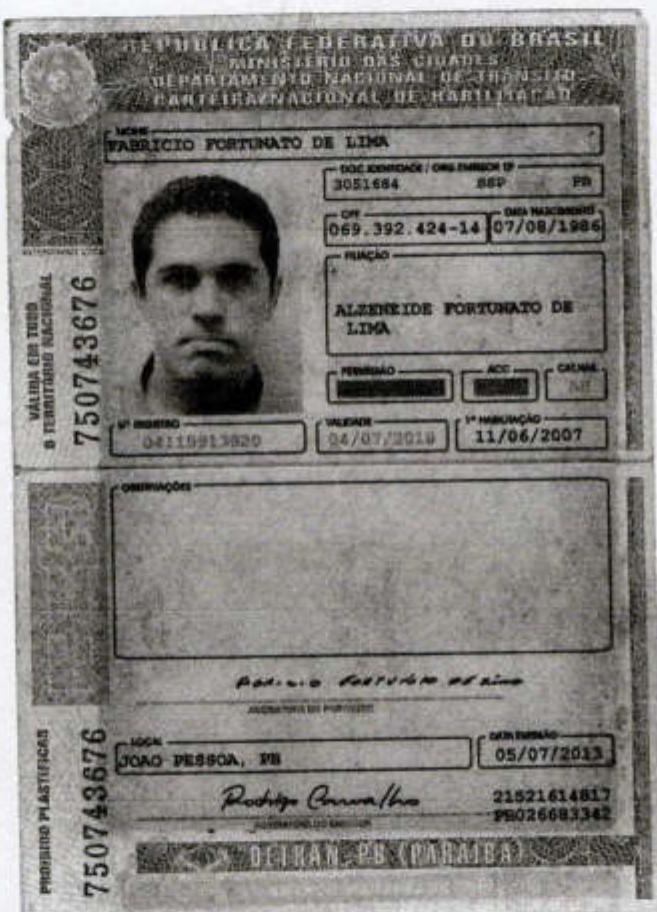
SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

AUGO/2017

2011-1450452-20170927





Condutor



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180124446 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANE LIMA ARAUJO **Data do acidente:** 03/08/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE HALUX E OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITIU AVALIAR SEQUELA.

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edson L D Andrade".