

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

Carta nº 12544474



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 nº: 12618118

A/C: CRISTIANE LIMA ARAUJO

Nº Sinistro: 3180124446
Vítima: 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.**

Região Corporal(Sequela):

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E 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

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 <u>041.843.959-06</u>	Nome completo da vítima <u>Gustiane Lima Araújo</u>
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Gustiane Lima Araújo</u>		CPF titular da conta <u>041.843.959-06</u>	Profissão <u>do lar</u>
Endereço <u>Rua Duque Pessoa Bonifácio</u>		Número <u>330</u>	Complemento
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58059-450</u>
Email <u>luciana_dpvat@gmail.com</u>			Telefone (DDD) <u>(83) 99100-5607</u>

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"/> RECUSO 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	

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				BANCO Nome _____ NRQ _____			
AGÊNCIA NRQ <u>0904</u>	D/V <u>0</u>	CONTA NRQ <u>01300032037</u>	D/V <u>0</u>	AGÊNCIA NRQ _____	D/V _____	CONTA NRQ _____	D/V _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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.

João Pessoa PB, 08 de Março de 2018
Local e Data

Gustiane Lima Araújo
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



Procedimento Policial: 00446.01.2018.1.00.420

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 Felício Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA 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 58059-750
JOAO PESSOA

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

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA 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
FEV/2017	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
MEDIA(M)	6		DADOS REFERENTES A: MAI/2017	

DATA DA LEITURA: 21/07/2017

HORA DA LEITURA: 10:30:43

DESCRICAÇÃO

RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m

CONSUMO

VL ÁGUA

VL ESGOTO

TOTAL(R\$)

10

16,84

R\$36,84

R\$36,84

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
1 MAR. 2018
CONFREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,41 R\$5,45 COFINS: LET 12.741/12

VENCIMENTO:

Total a Pagar

07/08/2017

R\$36,84

v. 16.11 R. 1.0

LEITURA DE LEITURA: REALIZADA
COMUNICAÇÃO 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

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CRISTIANE LIMA ARAUJO

Data do acidente: 03/08/2017

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 MÉDICA SEM COMPLICAÇÕES;
LIMITAÇÃO RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO.

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

Sequelae: 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

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:

Dores Mendes

CERTIDÃO

Nº. 0080/2018

Atendendo solicitação de **BEATRIZ FERNANDES LEITE** e de acordo com buscas 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de Janeiro de 2018

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Handwritten text, possibly a signature or date, located in the bottom right corner of the page.

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 Atd: Nao Regulado
Data: 03/08/2017
Hora: 13:43:05
Recepcionista: MARIA JOSE DE ALCANTARA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: CRISTIANE DE LIMA ARAUJO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.08.000348

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

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: CRISTIANE DE LIMA ARAUJO

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 violencia por: CONDUTORA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem

[] Grave

[] Politraumatizado

[] Convulsao

[] Hemorragia

[] Dispneia

[] Diarreia

[] Agitado

[] Regular

[] Chocado

[] Vomito

[] Observacao

Q xia Principal

Escoriações pela canga após colisão de moto

Paciente com história de acidente de moto há ±

30 min (colisão moto/moto) queixa-se de dor no

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

ombro E e pe' E. Apresenta exorciação em face

E, perna E, pe' E e ombro E e mão D.

Nega perda de consciência; vômitos e tontura.

Diagnostico

Conduta

gesso SS.

Nega cervicalgia

Prescrição

Horario da medicacao

Nega queixas lombares; não apresenta desconforto respiratório.

Nega queixas de dormências

Nega gravidez.

RECEIVED
JAN 10 1968
U.S. AIR FORCE
HONOLULU, HAWAII

Nega alergia medicamentosa; patologias prévias
e uso regular de medicação
Repre VAT há < 10 anos (3 doses)

conduta = conduta cirúrgica
curativa

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Sol Rx do ombro E e PE E

Sol Parecer da ortopedia
liberada da cirurgia geral

Telatil 40mg EV diluído

Dipriona - 2me EV diluído 2:8

Dr. Leonardo da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

Receita com histórico de trauma em região do ombro, pé direito e
A radiografia, demonstrando a presença de fraturas. Ao exame físico
incisões abertas e fr. exp. de fr. de pat. com base da falange prox
mal do hálux. Exa.

cp: - Antipsicóticos + trípico.

- ATUE

- Dureza

Assinatura da Enfermeira

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido

☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria

☐ Desistência

Obito: ☐ Atestado

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-PB 8877

Dr. Nelson



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

0301060067
0301010048

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.

• rômio tipo II de Bigliani.

Fenda articular acromioclavicular preservada, sem evidências de lesão da cápsula articular e dos ligamentos acromioclaviculares.

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

Superfícies condrais sem alterações.

Labrum glenoide sem alterações.

Sinal isoíntenso 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 tópic, de espessura e sinal normais.

Planos musculares preservados.

Ausência de derrame articular glenoumeral.

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 acromioclavicular.

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.

www.cedrul.com.br | cedrul@cedrul.com.br

Tambauzinho - Av. Ruy Carneiro, 283 - Fone: (83) 3227.1500 - João Pessoa
Centro - Av. Camilo de Holanda, 52 - Fone: (83) 3214.5151 - João Pessoa
Bancários - Rua Sérgio Guerra, 176 - Fone: (83) 3214.5700 - João Pessoa



CONTRAN

LACRE 00427 57230

2011

CNPJ 08.248.608/0001-04

2011-1450452-20170927



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
1 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
PARTICIPACIONAL DE HABILITADO

NOME
FABRICIO FORTUNATO DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMITIDA EM
3051684 SSP PR

CPF
069.392.424-14

DATA NASCIMENTO
07/08/1986

PRACÇÃO
ALFREDEIDE FORTUNATO DE LIMA

PERMISSÃO
ACB

CAVAL
N

1º REGISTRO
04110913620

VALIDADE
04/07/2019

1ª HABILITAÇÃO
11/06/2007

COMISSÃO

Fab. de Fort. de Lima

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
05/07/2013

Rodolfo Carvalho

21521614817

PR026683342

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

Condutor

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

1º MAR. 2018

PROCOLO

AG. JOÃO PESSOA

21521614817

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 PERMITI 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: