

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190303927 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO **Data do acidente:** 13/07/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA MAXILA.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MAXILA: OSTEOSSÍNTESE; FÊMUR: PLACA+PARAFUSO; TIBIA: FIXADOR EXTERNO+PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (P1,6,8,18,20,22,23,30,31)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EVIDENCIAMOS QUE A VÍTIMA JÁ PASSOU POR PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL DATA 17/12/2018, ONDE FOI CONSTATADA EM TRATAMENTO, RETORNO PARA NOVA AVALIAÇÃO MÉDICA EM 90 DIAS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			40 %	R\$ 5.400,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190303927 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO **Data do acidente:** 13/07/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA MAXILA.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MAXILA: OSTEOSSÍNTESE; FÊMUR: PLACA+PARAFUSO; TIBIA: FIXADOR EXTERNO+PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (P1,6,8,18,20,22,23,30,31)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EVIDENCIAMOS QUE A VÍTIMA JÁ PASSOU POR PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL DATA 17/12/2018, ONDE FOI CONSTATADA EM TRATAMENTO, RETORNO PARA NOVA AVALIAÇÃO MÉDICA EM 90 DIAS. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			40 %	R\$ 5.400,00

Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190303927

Vítima: MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190303927 Vítima: MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO

Data do Acidente: 13/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190303927

Vítima: MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000617**

Conta: **0000038362-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 707.596.944-78	Nome completo da vítima MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO		CPF titular da conta 707.596.944-78	Profissão DESEMPREGADO
Endereço Rua. Inácio Albino Neto		Número 240	Complemento Carvalho
Bairro Gramame	Cidade João Pessoa	Estado Pernambuco	CEP 58.068-200
Email		Telefone (DDD) (83) 99921-9283	

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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0617 (Informar dígito se existir)	D/V	CONTA NRO. 38.362 (Informar dígito se existir)	D/V	AGÊNCIA NRO. 0617 (Informar dígito se existir)	D/V	CONTA NRO. 38.362 (Informar dígito se existir)	D/V

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, 29 de Novembro de 2018.

Local e Data

Marcio da Silva Cabral Filho
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
3. JOAO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

0617. 013 - 38.362-3

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala. Ouvidoria

371584004 9102150000009

Bupaco

marcio da Silva cabral Filho



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08951.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08951.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:56 horas do dia 27 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Marcio da Silva Cabral Filho**, CPF nº 707.596.944-78, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Luzinete Silva dos Santos e Marcio da Silva Cabral, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/01/1997 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Inacio Albino Neto, Nº 240, complemento AP 101, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Novo Geisel, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98661-1850.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua Ex Combatente Assis Luiz, Todo Dia, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/07/18 13:23h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 13/07/2018, POR VOLTA DAS 12:00, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA XRE DE COR AZUL, ANO 2012, PLACA OGA-2240/PB E CHASSI 9C2ND0910CR400372 NA RUA EX COMBATENTE ASSIS LUIZ, NO BAIRRO DOS FUNCIONÁRIOS II, NESTA CAPITAL, QUANDO UMA MULHER FOI ATRAVESSAR A RUA FORA DA FAIXA DE PEDESTRES, DESATENCIOSA FAZENDO USO DE UM CELULAR, NÃO PERCEBEU QUE ESTE NOTIFICANTE VINHA NAQUELA RUA ATRAVESSOU E PROVOCOU UM ACIDENTE ONDE ESTE NOTIFICANTE CAIU E FOI DE ENCONTRO AO POSTE, NECESSITANDO SER SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE TRAUMAS DE JOÃO PESSOA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM O CID S72.3 E S 82.1 CONFORME LAUDO MÉDICO DO PRONTUÁRIO 109861 BOLETIM DE ENTRADA 1094356, COM ALTA MÉDICA EM 03/08/2018; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

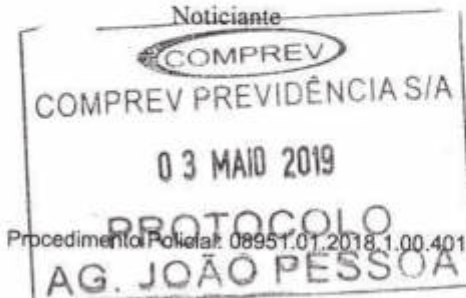
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 27 de novembro de 2018.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação



MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO
Noticiante



Procedimento Policial: 08951.01.2018.1.00.401

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

MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO

CPF da Vítima

707.596.944-78

Data do Acidente

13/07/2018

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 abertura 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.

JOÃO PESSOA 29 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Marcio da Silva Cabral Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
Cruz Vermelha Brasileira
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
AV. ORESTES LISBOA, 500

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES CISBOA/s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1094356



Identificação do paciente

Identificação do paciente			
ID	Nome	Sexo	
1306012	MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO	Masculino	
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
22/01/1997	21 anos 5 meses 21 dias		
Mãe	Pai		Prontuário
LUZINETE SILVA DOS SANTOS	NAO INFORMADO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco)		
	O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
83	987428368		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência		Tipo	UF
FUNCIONARIOS II		BAIRRO	PB
Email	Naturalidade	CBO/R	
	JOAO PESSOA		

Endereco

CEP 58075010	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PASTOR MISAEL JACOMÉ CAVALCANTI
Número SN	Complemento	Bairro ERNESTO GEISEL	

Admissão

Admissão		Convênio SUS	
Data e Hora 13/07/2018 13:32:37	Número da pulseira 1000005132989		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA	130	x	86	mmHg	Pulso	90	Temperatura	98°
----	-----	---	----	------	-------	----	-------------	-----

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dentos, clinicos

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Citologia []
 Dados clínicos
 História: Consistente, massal, elástica
 Não tem MM II, presença
 de vasos — 10/10

Diagnóstico	CID
-------------	-----

Atendido por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 023.971.859

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58271-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FLAVIO TEIXEIRA DE PAULA
RUA INACIO ALBINO NETO 240 BL 10 AP 101
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1811018-9

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

24/04/2019

CONSUMO

112

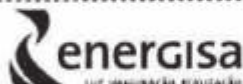
VENCIMENTO

02/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 99,52

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

FLAVIO TEIXEIRA DE PAULA

Roteiro: 15-002-819-5730

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 02/05/2019

VENCIMENTO

02/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 99,52

MATRÍCULA

1811018-2019-04-9



FLAVIO TEIXEIRA DE PAULA
RUA RACIO ALBINO NETO, 240 / BL 10 AP 101 - GRAMAME
JOAO PESSOA / PB CEP: 53090-000 (AG 1)

Emissão: 26/10/2018 Referência: Out / 2018

Classif: Subst: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9-220V/25- Círculo Redentor: João Pessoa / PB - CEP 58271-680
Roteiro: 18-2-919-5730 Nº medidor: 0008832804

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.085.165/0001-40 Ins. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal/Cota de Energia Elétrica Nº 014.731.505
Cód. para Dth Automática: 00018110189

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/ CNPJ/ RANI:
Out / 2018 26/10/2018 27/11/2018 732.797.054-91

UC (Unidade Consumidora): 5/1811018-9

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 26/09/18 Leitura: 943	Data: 26/10/18 Leitura: 1045	1	202	31

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base
0501	Consumo em kWh	202,000	0,824800	166,61	166,61	27	48,03	166,61	1,11
0501	Adic. B. Variação	14,55	14,55	27	3,94	14,55	3,10	0,45	
0507	CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA			0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0504	JUROS DE MORA 09/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0505	RENTAL 09/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0504	COMP. IND. OMIC 09/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0504	COMP. IND. OMIC 09/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0505	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 192,27 181 39

Média últimos meses (kWh): 45 **VENCIMENTO 05/11/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 192,27**

Histórico de Consumo (kWh)											
Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18

9b87.0f4a.10d8.464f.b05b.82ef.0408.bf7d.

Indicadores de Qualidade - 9/2018 - Mês			
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	5,31	1,42	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	10,80		
DIC ANUAL	21,25		
PIC MENSAL	1,00	1,00	CONTRATADA
PIC TRIMESTRAL			LÍMITE SUPERIOR
PIC ANUAL			LÍMITE SUPERIOR
DIC	1,42		
SACRI			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia	40,97	21,31
Compl. de Energia	68,57	35,66
Serviços de Transmissão	6,77	3,52
Encargos Setoriais	6,77	3,52
Indicador de Qualidade	55,60	28,89
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	192,27	100,00

ATENÇÃO Faturas em atraso

PARAIBA

Roteiro: 18-2-919-5730

Métrica: 1811018-2018-10-5

83600000001-5 92270149000-0 18110182018-9 10800002019-9



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

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: 28/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000038362-3

Nr. da Autenticação 3F778DE6EDC530FD



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Marcio da Silva cabral Filho

DATA DE NASCIMENTO 22/01/97

NOME DA MÃE Luzinete Silva dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 109861

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1094356

DATA DO ATENDIMENTO 13/07/18

HORA DO ATENDIMENTO 13:23

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur E + fratura de platô tibial D + fratura de maxila

CID 10 S72.3 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, apresentando trauma craniano e facial, fratura de fêmur esquerdo e fratura exposta de ossos da perna direita, glasgow 15, pupilas iso/foto, sem déficits motor. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, face.

Rx cervical, tórax, bacia, fêmur E, perna D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem patologia Neurocirúrgica. Fratura de maxila

RX: fratura de fêmur E, fratura de ossos da perna D.

TRATAMENTO:

Osteossíntese de fratura de maxila + sutura de ferimentos em face. Limpeza mecânico-cirúrgica + fixador externo em fratura da tibia D + Tração transesquelética em tibia esquerda (realizado em 13/07/18). Retirada de fixador externo + tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial direito (realizado em 23/07/18). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo (realizado em 30/07/18)

ALTA HOSPITALAR: 03/08/18

DATA DA EMISSÃO: 05/11/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce

CRM: 3333/22



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1094356



Identificação do paciente

ID 1306012	Nome MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO	Sexo Masculino
Data de nascimento 22/01/1997	Idade 21 anos 5 meses 21 dias	Estado civil Prontuário
Mãe LUZINETE SILVA DOS SANTOS	Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987428368	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência FUNCIONARIOS II	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58075010	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PASTOR MISAEL JACOMÉ CAVALCANTI
Número SN	Complemento	Bairro ERNESTO GEISEL	

Admissão

Data e Hora 13/07/2018 13:32:37	Número da pulseira 1000005132989	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130 x 86 mmHg	Pulso 90	Temperatura 98%
---------------------	-------------	--------------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Atendimento realizado, paciente elástico, não com MM.II, percução normal - F.O.

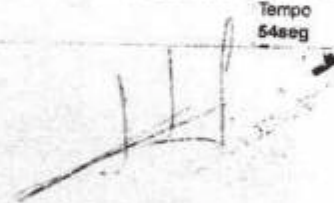
Diagnóstico

CID

Atendido por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

Tempo
54seg

Imprimir





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Marcio da Silva cabral Filho
DATA DE NASCIMENTO	22/01/97
NOME DA MÃE	Luzinete Silva dos Santos
DADOS EXTRAÍDOS	
PRONTUÁRIO N.º	109861
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1094356
DATA DO ATENDIMENTO	13/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	13:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de fêmur E + fratura de platô tibial D + fratura de maxila
CID 10	S72.3 S82.1

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, apresentando trauma craniano e facial, fratura de fêmur esquerdo e fratura exposta de ossos da perna direita, glasgow 15, pupilas iso/foto, sem déficits motor. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, face.

Rx cervical, tórax, bacia, fêmur E, perna D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem patologia Neurocirúrgica. Fratura de maxila

RX: fratura de fêmur E, fratura de ossos da perna D.

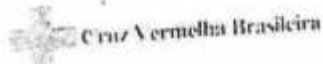
TRATAMENTO:

Osteossíntese de fratura de maxila + sutura de ferimentos em face. Limpeza mecânico-cirúrgica + fixador externo em fratura da tibia D + Tração transesquelética em tibia esquerda (realizado em 13/07/18). Retirada de fixador externo + tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial direito (realizado em 23/07/18). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo (realizado em 30/07/18)

ALTA HOSPITALAR: 03/08/18

DATA DA EMISSÃO: 05/11/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: FRANCISCO
NUNES DE ASSIS FILHO
Em: 02/08/2018 11:02:02

Paciente MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO	Boletim de Atendimento 1094356	Data/Hora Entrada 13/07/2018 13:32:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 22/01/1997	Idade 21	Sexo Masculino	Prontuário 109861
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 02/08/2018 10:59:39)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF#

Paciente de alta hospitalar, após ter submetido a odontossíntese de fratura de maxila no dia 13/08/18 no Hospital de Emergência e Trauma e exodontia de elementos 41/31/32 devido a trauma e múltiplas suturas em face. No momento segue consciente, orientado, normocorado, com suturas em posição e odontossíntese, sem sinais de infecção ou deiscência. Movimentos mandibulares preservados, oclusão estável.

CD.

1- Alta hospitalar

2- Solicitei remoção das suturas.

3- Solicitei retorno do paciente para avaliação no próximo dia 17/08/18 no Htop (manhã) pela BMF.

Seção: HTOP - ENF 16 Leito: LEITO 1
Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267


Dr. Assis Filho
Cirurgião BMF
Implodontista
CRM - 1267



E4 16/01

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: MARCIA
FERNANDA DE ALMEIDA
GADELHA
Em: 20/07/2018 17:35:56

Paciente MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO		Boletim de Atendimento 1094356	Data/Hora Entrada 13/07/2018 13:32:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 22/01/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 109861
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA - 20/07/2018 17:35:13)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

clínica médica

parecer respondido no sistema; sem queixas e no aguardo de correção do quadro de anemia e de exames de laboratório solicitados hoje ; tem cirurgia agendada para o dia 23-07 ;

Seção: HTOP - ENF 16 Leito: LEITO 1

Profissional responsável pela informação: MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA

Número Conselho: 4416





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número: _____
Paciente: Marcos da Silva Cabral Filho
Procedimento: Trat. em. fratura de osso (G)
SUS: ☒ Não SUS ()
Médico: Dr. Silvestre

Prontuário: 104435
Data: 1/1
Região: _____

DISPENSÇÃO CME		
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
JCH		
FMC (4.5)	Placa Longa com 30 Furos; (Extra)	01
	Parafusos com cabeça M 3.0	03
	Parafusos sem cabeça M 3.2	05

DISPENSÇÃO CME		
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE

Dr. Bruno de Lencastre
Médico
CRM 114.10075

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

10443542667402
ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.601.285 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/03/2018

NOME MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO

FILIAÇÃO MARCIO DA SILVA CABRAL
LUZINETE SILVA DOS SANTOS

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 22/01/1997

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº21.824 - LIV A-20 - FLS.175 - CARTÓRIO 5º JOÃO PESSOA- PB

CPF 707.598.944-78

Info Pessoa - PF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 5.778 DE 29/08/83

A+

COMPREV
03 MAIO 2019
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-005

Marcio da Silva Cabral Filho

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N° 013814153382
54698675088

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA 1 PRT 20100000131635-8
COD. DE AVALIACAO 0050277368-5 RNTIC 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO
R P MISAEL J CAVALCANTI 617 AP
ERNESTO GEISEL
58075010 JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ 70759694478 PLACA OGA2240/PB

NOME ANTERIOR
REGINALDO FELIZARDO DA SILVA

PLACA ANT. UF NOVO PB 9C2ND0910CR400372

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/XRE 300 ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP/POT/CIL 2 P/291 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO VALIDADO SOMENTE
N.Motor : ND09E1C400372

JOAO PESSOA-PB DATA 06/04/2018
19623 19232

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013814153382 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 06/04/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 70759694478 PLACA OGA2240/PB

00502773685 HONDA/XRE 300

ANO FAB 2012 CAT TRF 9 CHASSI 9C2ND0910CR400372

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (RS) ***** SENATRAM (RS) ***** CUSTO DO SEGURO (RS) *****

CUSTO DO BILHETE (RS) ***** OF (RS) SEGURO P A G O

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE DOTAÇÃO 04/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

19232-1318124-20180406

DEZ-2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 01381415338
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM PRT 20180000131635-8

1 0050277368-5 00/00000000 2018

MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO

CPF/CNPJ 70759694478 PLACA OGA2240/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2ND0910CR400372

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/XRE 300 ANO 2012 201

CAP/PROT/CIL 2 P/291 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

COTA UNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

PAGA I PVA PARCELAMENTO/COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (RS) ***** OF (RS) PREMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO 04/04/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - PB

19623

06/04/2018

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG JOAO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A
PROTOCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190303927 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO **Data do acidente:** 13/07/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. FRATURA DA MAXILA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES, HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA E PERNA DIREITAS E LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO. CREPITAÇÃO ARTICULAR EM JOELHO DIREITO, CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 20 CM EM TERÇO DISTAL DA COXA E JOELHO DIREITO E CICATRIZ QUELOIDIANA NO TERÇO PROXIMAL POSTERIOR DA PERNA DIREITA MEDINDO CERCA DE 10 CM. CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTROFICA E NORMOCRÔMICA DE CERCA DE 20 CM NA REGIÃO EXTERNA DA COXA ESQUERDA E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO TRATADA COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA E TRAÇÃO TRANSTIBIAL COM POSTERIOR REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. FRATURA DE MAXILAR SUPERIOR TRATADA CIRURGICAMENTE COM OSTEOSSÍNTESE. REALIZOU FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/05/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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: **3190303927**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Inácio Albino Neto, 240 - Gramame - João Pessoa - PB - CEP 58068-200

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2601285**

Data e local do acidente: [**13/07/2018**]

VIA PÚBLICA-FUNCIONÁRIOS-JOÃO PESSOA-PB

Data e local do exame: [**15/05/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. FRATURA DA MAXILA.

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

AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES, HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA E PERNA DIREITAS E LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO. CREPITAÇÃO ARTICULAR EM JOELHO DIREITO, CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 20 CM EM TERÇO DISTAL DA COXA E JOELHO DIREITO E CICATRIZ QUELOIDIANA NO TERÇO PROXIMAL POSTERIOR DA PERNA DIREITA MEDINDO CERCA DE 10 CM. CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTROFICA E NORMOCRÔMICA DE CERCA DE 20 CM NA REGIÃO EXTERNA DA COXA ESQUERDA E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA ESQUERDA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO TRATADA COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA E TRAÇÃO TRANSTIBIAL COM POSTERIOR REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. FRATURA DE MAXILAR SUPERIOR TRATADA CIRURGICAMENTE COM OSTEOSÍNTESE. REALIZOU FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do joelho 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):

Joelho 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.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARCIO DA SILVA CABRAL FILHODATA DO ACIDENTE 13/07/2018 CPF DA VÍTIMA 307.596.944-78PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCIO DA SILVA CABRAL FILHOQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É MARCIO DA SILVA CABRAL FILHOENDEREÇO DO PORTADOR Rua. Inácio Albino Neto 240, BL 10 AP 101Nº 240 COMPLEMENTO _____ BAIRRO GramameCIDADE João Pessoa UF PB CEP 58068-200E-MAIL _____ TELEFONE (83) 99921-9288

DOCUMENTOS BÁSICOS -

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELO
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU DO
- DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO O
- TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DA
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE
- SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA
- (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE
- CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE
- TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML
- (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA
- DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
- (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM
- OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 13.500,00
 - DAS LESÕES E DE ACIDENTES = R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 13.500,00
 - VARIA CONFORME O PLANO DE SAÚDE
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTANDO DA DATA DE RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER PAGOS VALORES ADICIONAIS, LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO ENTREGAR A DOCUMENTAÇÃO COMPLETA, SEM CUSTO, GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/11/2018IDENTIDADE 3.601.285ASSINATURA Marcio da Silva Cabral Filho

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190303927 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO **Data do acidente:** 13/07/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. FRATURA DA MAXILA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES, HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA E PERNA DIREITAS E LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO. CREPITAÇÃO ARTICULAR EM JOELHO DIREITO, CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 20 CM EM TERÇO DISTAL DA COXA E JOELHO DIREITO E CICATRIZ QUELOIDIANA NO TERÇO PROXIMAL POSTERIOR DA PERNA DIREITA MEDINDO CERCA DE 10 CM. CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTROFICA E NORMOCRÔMICA DE CERCA DE 20 CM NA REGIÃO EXTERNA DA COXA ESQUERDA E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO TRATADA COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA E TRAÇÃO TRANSTIBIAL COM POSTERIOR REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. FRATURA DE MAXILAR SUPERIOR TRATADA CIRURGICAMENTE COM OSTEOSSÍNTESE. REALIZOU FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

FLAVIO TEIXEIRA DE PAULA
RUA RACIO ALBINO NETO, 240 / BL 10 AP 101 - GRAMAME
JOAO PESSOA / PB CEP: 53090000 (AG 1)

Emissão: 26/10/2018 Referência: Out / 2018

Classif: Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9-220 km25- Círculo Redentor: João Pessoa / PB - CEP 58271-680
Roteiro: 18-2-919-5730 Nº medidor: 0008832804

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.085.165/0001-40 Ins. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal/Cota de Energia Elétrica Nº 014.731.505
Cód. para Dth Automática: 00015110189

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/ CNPJ/ RANI:
Out / 2018 26/10/2018 27/11/2018 732.797.054-91

UC (Unidade Consumidora): 5/1811018-9

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 26/09/18 Leitura: 943	Data: 26/10/18 Leitura: 1045	1	202	31

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat. Atividade	Valor	Base	Cat. Atividade	Valor
0501	Consumo em kWh	202,000	0,824800	166,61	188,31	27	48,03	188,81	1,11
0501	Adic. B. Variação	14,55	14,55	27	3,94	14,55	3,10	0,45	
0507	CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA			0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0504	JUROS DE MORA 09/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0505	RENTA 09/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0504	COMP. IND. OMIC 09/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0504	COMP. IND. OMIC 09/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0505	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 182,27 181,39

Média últimos meses (kWh): 45 **VENCIMENTO 05/11/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 192,27**

Histórico de Consumo (kWh)											
Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18

9b87.0f4a.10d8.464f.b05b.82ef.0408.bf7d.

Indicadores de Qualidade - 9/2018 - Mês			
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	5,31	1,42	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	10,80		
DIC ANUAL	21,25		
PIC MENSAL	1,00	1,00	CONTRATADA
PIC TRIMESTRAL			LÍMITE SUPERIOR
PIC ANUAL			LÍMITE SUPERIOR
DIC	1,42		
SACRI			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia	40,97	21,30
Compl. de Energia	68,57	35,66
Serviços de Transmissão	6,77	3,52
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Indicador de Qualidade	55,60	29,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	192,27	100,00

ATENÇÃO Faturas em atraso

PARAIBA

Roteiro: 18-2-919-5730

Métrica: 1811018-2018-10-5

83600000001-5 92270149000-0 18110182018-9 10800002019-9



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA