

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: OSTEOSÍNTESE; 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: OSTEOSÍNTESE; 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	

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, 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.**

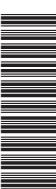
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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, 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.

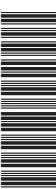
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

707.596.944-78

Nome completo da vítima

MÁRCIO DA SILVA CABRAL FILHO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	MÁRCIO DA SILVA CABRAL FILHO	CPF titular da conta	707.596.944-78	Profissão	DESEMPEGADO
Endereço	Rua. Inácio Albino Neto	Número	240	Complemento	Cavayor
Bairro	Gramame	Cidade	João Pessoa	Estado	Pernambuco
Email				CEP	58.068 - 200
				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"/> 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	

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	0617	D/V	CONTA NRO.	09.013	D/V
(Informar dígito se existir)			(Informar dígito se existir)		

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	PREVIDÊNCIA SIA		
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.

João Pessoa 29 de Novembro de 2018.

Local e Data

Mário da Silva Cabral Filho

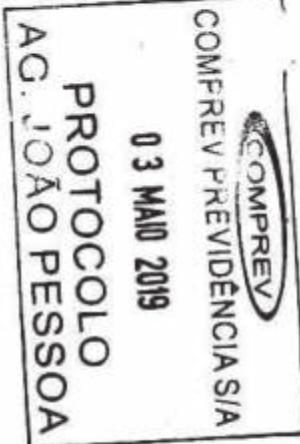
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário


 COMPREV PREVIDÊNCIA SIA

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

03 MAIO 2019

PROTÓCOLO
G. JOAO PESSOA



Rwpcr

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 integra: 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 Gouveia 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.**

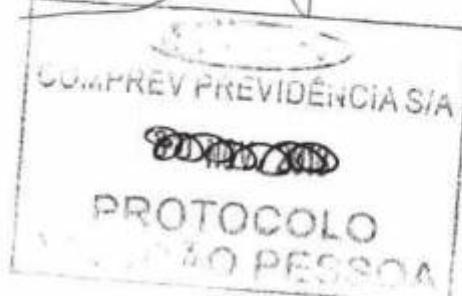
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 fé.

João Pessoa/PB, 27 de novembro de 2018.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação



MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO

Noticiante



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Procedimento Policial: 08951.01.2018.1.00.401

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

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

Email

CPF do Representante legal

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 constatação 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.

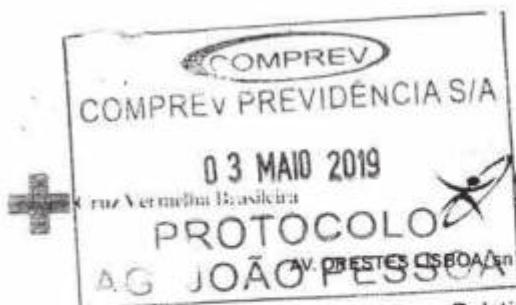
JOÃO PESSOA 27 de NOVEMBRO

Local e Data

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Cruz Vermelha Brasileira
AV. PRESIDENTE VIEIRA, 100 - 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	Religião	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 MISÆL 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	Clínica		
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Origem do paciente RUA
		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

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

Dados clínicos

PT (CP) ausente, suspeito de fratura
Nasceu MMII, acayusado
2018-07-13 13:32:37

Diagnóstico

Atendido por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

CID

Tempo
54seg



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundaria de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta de energia elétrica .. N° 023.971.859

LUE, INFORMAÇÃO, REALIZAÇÃO
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 330, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.085.183 / 0001-40 Insc. Est. 19.015.833-0

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

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

ABR/2019

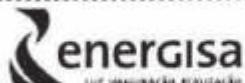
24/04/2019

112

02/05/2019

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	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
02/05/2019	R\$ 99,52	1811018-2019-04-9



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 isso/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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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	Religião	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 Crns		
Local de procedência FUNCIONARIOS II		Type	UF	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Bairro	PB	
		CBO/R		

Endereço

CEP 58075010	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PASTOR MISAEI 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	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 []

Dados clínicos

*HT ET P.1. BCO. SECUNDA, ASSIST. C. PRETEN-
SAO COM MM.II, PREGNANCY.
AVARIA - FEVER*

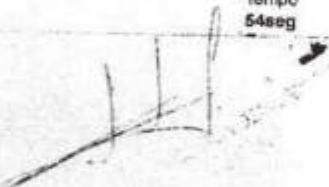
Diagnóstico

Assinado por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

CID

Tempo
54seg

Imprimir





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Marcio da Silva cabral Filho	COMPREV
DATA DE NASCIMENTO	22/01/97	
NOME DA MÃE	Luzinete Silva dos Santos	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
DADOS EXTRAÍDOS		03 MAIO 2019
PRONTUÁRIO N.º	109861	PROTÓCOLO
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1094356	AG. JOÃO PESSOA
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 isso/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.

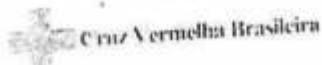
TRATAMENTO:

Osteossíntese de fratura de maxila + sutura de ferimentos em face. Limpeza mecânico-cirúrgica + fixador externo em fratura da tíbia D + Tração transesquelética em tíbia 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	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO	1094356	13/07/2018 13:32:37	
Data de nascimento	Idade		Prontuário
22/01/1997	21	CNS	109861
Tempo de internação			Plantão DIURNO
	Convênio		
	SUS		

Evolução médica (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
Cirurgia BMF
Implante dentista
03/08/2018



Centro Vermelho Brasileiro



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sáenz Peña Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

E4 16/01

GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: MARCIA
FERNANDA DE ALMEIDA
GADELHA
Em: 20/07/2018 17:35:56

Paciente MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO	Boleão 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
Término de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

Evolução médica (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: Mário da Silva Souza Filho
Procedimento: Prat. em. exame de gesso (6)
SUS: Não SUS ()
Médico: Dra. Silvana

Préntuario: J01435
Data: / /
Registração:

DISPENSAÇÃO CME

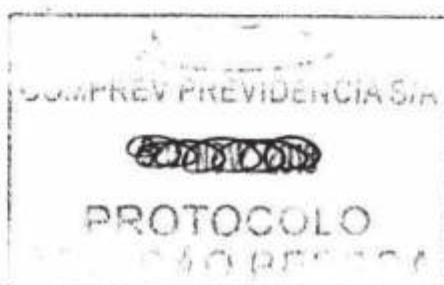
DISPENSAÇÃO CME

AFFINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.601.285 - 2 ^a 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. N°21.824 - LIV A-20 - FLS 175 - CARTÓRIO 5º JOÃO PESSOA - PB		CNPJ 707.596.944-78	
João Pessoa - PB		 <small>ASS. DA PESSOA SUBSCRITOR Carteira de Identidade</small> <small>LEI N° 7.118 DE 29/06/83</small> <small>A+</small>	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB N.º 013814153382
 54698675088

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 P.R.T. 20160000131635-8 COD. RE. AVANTAGE RINHIC

0060277368-5 00/00000000

MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO
 R P MISAEI J CAVALCANTI 617 AP
 ERNESTO GEISEL
 58075010 JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ: 70759694478 PLACA: OGA2240/PB

REGINALDO FELIZARDO DA SILVA

PLACA ANT. UF: NOVO PB CHASSI: 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 DOMÍNIO

N.º Motor: ND09E1C400372

JOAO PESSOA-PB DATA: 06/04/2018

19623 19232



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
MOTOCICLETAS DE VIAGEM TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APENAS AS
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PB N° 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

VIA	1	CPF / CNPJ	70759694478	PLACA	OGA2240/PB
HEMIANO	00502773685	MARCA / MODELO	HONDA/XRE 300		
ANO FAB.	2012	ANO TREF.	9	CHASSI	9C2ND0910CR400372
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2018 06/04/2018					

PRÉMIO TARIFÁRIO		
FHS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)		VALOR PAGO SEU PAGO RÉ
*****	OF (R\$)	SEGURO
PAGAMENTO		PAGO
<input type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO
		DATA DEQUITAÇÃO 04/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.246.508/0001-04
19232-1318124-20180406

DEZ-2017



DENATRAN		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
VIA	1	Nº 013814153382	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS
		COD. REGR. ERT 20180000131635-8	VALIDADE 2018
		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 FAB. 2012 201
		CAP/ROTUL. 2 P/291 /CI	CATEGORIA PARTICULAR
		COTA LINHA IPVA PAGO EM 00/00/0000	VENC. COTA LINHA 12
		FAZIDA IPVA ***** 0	PARCELA(MENTO)/COTAS 24
		PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000	PRÉMIO TOTAL (R\$) 04/04/2018
		SEGURO PAGO	DATA DE PAGTO 04/04/2018
		OBRIGAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
		JOAO PESSOA-PB 19623	
		DATA 06/04/2018	
		VALOR	



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 PERNAS 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 PERNAS DIREITAS 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 OSTEOSÍNTSE. 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 FÉMUR 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?

[**X**] Sim [] Não

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

FRATURA DO FÉMUR 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)?

[**X**] 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 FILHO

DATA DO ACIDENTE 13/07/2018

CPF DA VÍTIMA 307.596.944-78

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO.

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua. Início Albino Neto 240, BL 10 AP 101

Nº 240

COMPLEMENTO

CIDADE João Pessoa

UF PB

BAIRRO Gramame

CEP 58068-200

E-MAIL

TELEFONE (83) 9 9921-9288

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 - 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

DOCUMENTOS BÁSICOS -

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES -

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESEN
- () DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO
- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE
- DAS LESÕES E DE AC
- DESPESAS MÉDICAS
- VARIA CONFORME O

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE
- COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO
- LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
- GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE -

DATA 29/11/2018

IDENTIDADE 3.601.285

ASSINATURA *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 PERNAS 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 PERNAS DIREITAS 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 OSTEOSÍNTSE. 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

