

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2017

Carta nº: 11358067

A/C: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170393209 ASL-0269902/17
Vítima: LUCIANO FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 28/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2017

Carta nº: 11373921

A/C: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Sinistro: 3170393209 ASL-0269902/17
Vítima: LUCIANO FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 28/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11460943

A/C: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Sinistro: 3170393209 ASL-0269902/17
Vítima: LUCIANO FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 28/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 000004395-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

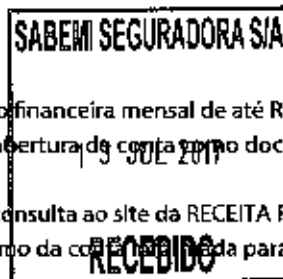
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LUCIANO FERNANDES DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.004.245 EXPEDIDO POR SSP. PB EM 30/03/15 E
CPF 022618834-55 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recebeu-me
E RENDA MENSAL DE R\$ Recebeu-me (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUCIANO FERNANDES DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta bancária para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3348 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 04395-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

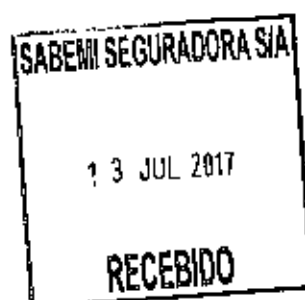
João Pessoa de _____ de _____
LOCAL E DATA

Luciano Fernandes da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o registro de Ocorrência Policial de Numero: 300, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra como adiante segue: Aos SETE dias do mês de ABRIL de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de SANTA RITA/PB, No Cartório desta 14ª Delegacia Distrital de Polícia Civil, presente o (a) Dr(a). **MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das 10h:54min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

LUCIANO FERNANDES DA SILVA, conhecido por LUCIANO, Identidade nº 2.004.245-SSPPB, CPF nº 022.618.834-55, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: maçariqueiro, filho(a) de Miguel Fernandes Da Silva E De Risalia Pedro Da Cruz, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 30/04/1976 (40 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Da Ega, 356, Marcos Moura, tendo como ponto de referência: DO PSF, na cidade de SANTA RITA, fone(s) para contato: 83 98647-9463.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 28 de 11 de 2016;
- 3) HORÁRIO: 07h:0min;
- 4) LOCAL: NA AVENIDA INDUSTRIAL ARNOBIO MAROJA, EM TIBIRI, SANTA RITA /PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? NÃO, ESTAVA NA GAROUPA DE UMA MOTOCICLETA HONDA BROSS 150;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO, ESTAVA CONDUZINDO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO PERTENCE AO MESMO

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

UMA MOTO HONDA BBROS 150, DE COR PRETA, FLEX, ANO MODELO 2013, CHASSI 9C2KD0550DR118018, DE PLACA OFY 5614 MUNICIPIO DE SANTA RITA/PB, DE PROPRIEDADE DE ALISON DA CRUZ ALVES, CPF 100.441.604-02.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

O PROPRIETARIO DA MOTOCICLETA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

DISSE QUE ESTAVA NA GAROUPA DA MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUANDO UM VEICULO BATEU NA LATERAL DA MOTO, VINDO A DESIQUILIBRAR-SE AMBOS CAIRAM NO CHÃO, NESSA QUEDA QUEBROU A CLAVICULA, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E ENCAMINHADO AO HOSPITAL SUPRACITADO, ONDE DEU ENTRADA, CONFORME O BOLETIM DE ENTRADA Nº 963.989 AS 08h40min DO DIA 28/11/2016, COM FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA SEGUNDO O CID-10 V 29 + S42.0 + T 00.8.

9) OBSERVAÇÕES:

DISSE QUE NADA ACONTECEU COM ALISON DA CRUZ ALVES QUE CONDUZIA A MOTO

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.

Luciano Fernandes da Silva
LUCIANO FERNANDES DA SILVA - Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2017

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, LUCIANO FERNANDES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2.004.245 e inscrito no CPF/MF sob o nº 022.618.834-55, residente e domiciliado na RUA JOÃO DA GOM, 358, MARCOS MOURA, Cidade SANTA RITA, Estado PARAIBA, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a 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 Lider 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.

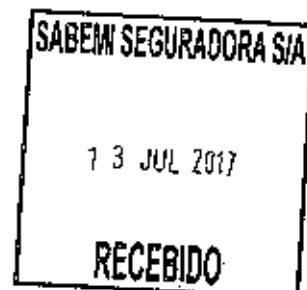
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Luciano Fernandes da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Rita, 04 de julho de 2017

Local e data





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LuzenaGOVERNO
DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 963989



Identificação do paciente

ID 952965	Nome LUCIANO FERNANDES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 30/04/1976	Idade 40 anos 6 meses 29 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NÃO INFORMADA	Profissão
Mãe RISALIA PEDRO DA CRUZ	Pai MIGUEL FERNANDES DA SILVA			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) JEFFERSON DA CRUZ - IRMÃO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987748787	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2004246	Nº Cns 704206234438866		
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICÍPIO		UF PB	
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		

Endereço

CEP 58301670	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro JOÃO ALBINO NEIRELES
Número SN	Complemento	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 28/11/2016 08:00:16	Número da pulseira 1000004687183	Convênio SUS
Especialidade CLÍNICA GERAL	Clínica CLÍNICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde NÃO	Veio de ambulância NÃO	Trauma NÃO
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2017

CID

Tempo
01min RECEBIDO

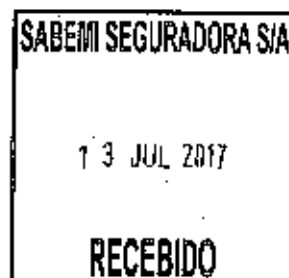
Imprimir

09/109

28/11/2016

Ocorrência: 28/11/16 - 11:00

Paciente vítima de queda
20 dias retornou por a
Hemorragia (1) e Clavícula (2)
para fazer a Curatela ou
desfazer Redução. Ao Ret-0
a Clavícula (2) Faltou 10
113 Unid.



Co: - Insuradora

- Atm na Emergência
- Solicitar 10 y. Tar

Dr. Bruno Guedes Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 87.742

Nch. 13:00
Nch. 28-11-16

Acident motorista
ho 56 anos

f 15 neta apêndice, fratura E
(1) Alta de 100
eventos

Dr. Mauro Guerra
Ortopedia
CRM 6018



Primeiro Atendimento Médico

183004067183 BE.: 983599
LUCIANO FERNANDES DA SILVA
DT. NASC.: 20/04/1979
RUE: SISELIA PEDRO DA CRUZ
END.: JOAQUIM ALMEIDA REIS
N. BA - POPULAR
SANTA RITA
POB.: ()
CELULAR: (83) 987748797
IDRGE: 40
DT. ENTREGA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Qtd. e natureza do lesão
Arteria lesada na perna
e fratura da

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ PÉRVIAS ☐ OBSTRUÍDAS
AÉREAS ☐ PÉRVIAS ☐ OBSTRUÍDAS
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ SIM ☐ NÃO

VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ SIM ☐ NÃO
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ SEM DIFICULDADE
☐ COM DIFICULDADE

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA

1- MURMÚRO VESICULAR
HTD: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2- RUIDOS
HTD: ☐ Sim ☐ Não
HTE: ☐ Sim ☐ Não

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

3- SÍNCOPE CARDÍACA
RITMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU B4: ☐ Sim ☐ Não
FC: ____ bpm PA: ____ mmHg T: ____ °C

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Ectomagestas ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = ____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL FEBRILITICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decorticação)	2
				Nenhuma	1

SABEMI SEGURODORA S/A

13 JUL 2017

FING.CC.001-1

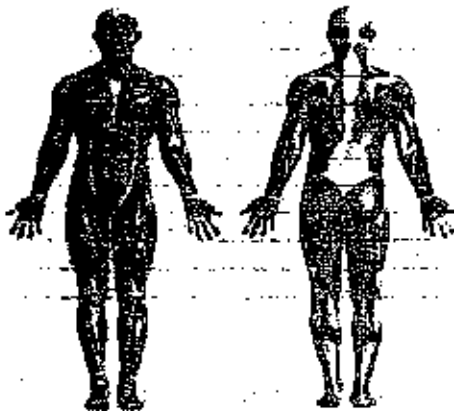
RECEBIDO

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim:
 MEDICAMENTOS: () Não () Sim:
 IMUNIZAÇÃO: () Não () Sim:
 PATOLOGIA: () Não () Sim:
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrisão | 19. Fratura Óssea Fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura Óssea Aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria Nervosa |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão Tendinea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empelamento | 26. Mordedura |
| 9. Efusão subcutânea | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma Branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de Fogo | 31. Parestesia |
| 14. F. Contuso | 32. Paratendão |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-Contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-Contuso | 35. Sinal de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-Cortante | 36. |

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2017

RECEBIDO

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

() 1º grau

() 2º grau

() 3º grau

EXAMES SOLICITADOS:

- () Radiografias
 () Ultrassonografia (FAST)
 () Tomografia computadorizada

- () Lavado peritoneal
 () Gasometria arterial
 () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de: Dr. Ana Virginia L. da Costa às 14h do dia 13
 Solicito parecer de: Dr. Ana Virginia L. da Costa às 14h do dia 13

DESTINO DO PACIENTE

DATA 13, 11, 16
 DATA 14, 11, 16
 HORAS: 14:45

() Centro cirúrgico () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor) () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
 () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JML () SVO

Ana Virginia L. da Costa
 Cirurgiã Geral
 CRM 111111

ASSIN

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

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: 04/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000004395-0

Nr. da Autenticação 0FC9B22DDEF54343



"0015"

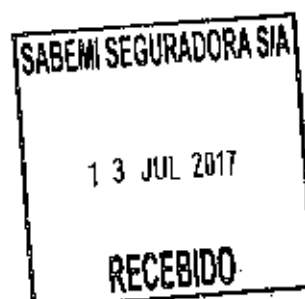
Código de barras do documento

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIAEu, LUCIANO FERNANDES DA SILVARG nº 2.009.245, data de expedição 30/03/15, Órgão SSR- PB,

CPF nº 022.618.834-55, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOÃO DA EGA</u>
Número	<u>358</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MARCOS MOURA</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58300-000</u>
Telefone de Contato	<u>83- 98647- 9463</u>
E-mail	<u>GOMES.LISBOA.ADV@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita, 04 de julho de 2017Assinatura do Declarante: Luciano Fernandes da Silva

ELAINE CRISTINA DA CRUZ
RUA LOPES DA SILVA, 356 - VAREZAS MT, JPA
SANTA RITA / MT CEP: 93300000 (AO 1)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 3/230, Km 25 - Cota Rede - João Pessoa / PB - CEP 50671-030
Ratam: 18-E-385-ES40 Referência: Jun/2017
Métrica: 3382 022233 Emissão: 7/06/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.951.837/0001-40 Inscrição: 16.016.82.40
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica MOC1.234.568
Código para Débito Automático: 0006887779

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/839777-0**

Jun / 2017

Canal de contato

Apresentação

27/06/2017

Data prevista da
próxima leitura

26/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

02755914/00
Ins. Est:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 26/05/17 Leitura: 13459	Data: 27/06/17 Leitura: 13625	1	157	33

Faturas em atraso

		Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
01/02/2017	80,02	Consumo em kWh	157	3,4387	68,77
04/03/2017	39,44	Acis. B. Vermelha			0,34
05/04/2017	112,17	ICMS			27,75
05/03/2017	83,81	PIS			1,36
		COFINS			4,31
		JANUARIOS E SERVIÇOS			
		CONTRIB SERV LUX FUEUCA			3,16
		JURIS DE MOFA 01/2017			5,60
		VULTA 01/2017			1,73

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/17	120
Abr/17	120
Mai/17	151
Jun/17	124
Jul/17	133
Out/17	122
Nov/17	134
Dez/17	117
Jan/18	113
Fev/18	116
Mar/18	126
Abr/18	21

Médias últimos meses
119

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	102,73	27,00	27,75
PIS	102,73	1,3318	1,36
COFINS	102,73	4,2425	4,37

VENCIMENTO
04/07/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 111,92

26do.03fc.0c53.7d85.2cfb.3362.4e41.fb96.

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Santa Rita

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Dist. de Energia Elétrica	23,51	22,75
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Manutenção	31,11	27,97
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Transmissão	1,62	1,33
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	42,57	37,25
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCMENSAL	5,57	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCTRIMESTRAL	11,54	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,57
QCANAL	22,55	0,00	Serviços de Distribuição	2,00	1,5



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

IDENTIFICADOR: 963988

LUCIANO PEREIRA DA SILVA
DT. NASC.: 28/04/1976
RG: 963988-9

END.: JOÃO ALVES REIS
N. SM - POPULAR
SANTA RITA
FONE: (03) 98774777
Cidade: RJ
DT. ENTREGA:

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Morte ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bônica
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca

TIPO DE LESÃO: ☐ Puncture fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Empenamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Myodroma ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento ocular ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas):

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO

PA: / mmHg P: bpm SpO2: % Tax: /min

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas: ☐ Simétricas ☐ Isotóricas ☐ Tumorais ☐ Mioticas
☐ Anisocóricas ☐ Miotas

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Taquicostria ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente ☐ Pulso fino e fraco ☐ Perifoneia tímica satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perifoneia tímica comprometida
☐ Palidez ☐ Outros:

Sistema Digestório:

☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-uritário:

☐ Disúria ☐ Hematuria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias
☐ Intoxicações ☐ Outros: Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TETANO?

☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Relato de vítima de acidente de moto e resgate em ambulância SAMU, encaminhado para o HCP

Dr. Carlos G. Andrade
Especialista
CRM: 424.461

DESTINO:

CDT: base-fa

ENFERMEIRO:

COREM:

F(NG) ENF.022-1

SABEMI SEGURADORA S/A
13 JUL 2017
RECEBIDO



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



NUMERO 4667123 DE: 963888
LUCIANO FERNANDES DA SILVA
DT. NASC.: 26/04/1974
PSE: KESALTA PEDRO DA CRUZ

BE/PRONTUÁRIO

END.: JOAQUIM ALBERTO REZOLIN
R. 51 - POPLAR
SANTA RITA
CONE: 11
CELULAR: (83) 987148797
CIDADE: 40
UF: ENFERDA:

NOME DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
28/11/16		+ cirurgia geral + 14:00h.
		Paciente com história de acidente de moto há ± 4h (queda) apresentando dor no ombro D e dor no D, no nível da escápula D + dor no nível da clavícula D, e edema local. Nega perda de consciência; vômitos e tosse - glassgow 15. Refere cefalegia à D. Nega queixas torácicas; não apresenta desconforto respiratório. Nega dor abdominal. Apresenta escoriações no nariz D e face D. NO Rx de tórax, provável fratura de arco costal à D 7 ^o /8 ^o . cond = sol. Rx de tórax em obliquo
		Feito Rx de tórax em obliquo e não identificados fraturas de arcos costais, derrame ou pneumotorax. cond = liberado da ci. qual já está medicado. Ana Virginia L. da Costa, Cirurgia Geral, pelo Dr. dist.



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000170487

Idade: 40 anos

Paciente: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Data: 28/11/2016

RADIOGRAFIA OMBRO DIREITO

FRATURA NA CLAVICULA DIREITA.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 29/11/2016 14:40.

Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000170487

Idade: 40 anos

Paciente: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Data: 28/11/2016

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

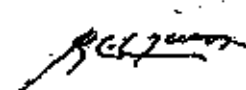
Transparencia pulmonar normal.

Selos costo-frênicos livres.

Arcos costais sem alterações.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 29/11/2016 14:41.


Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000170487

Idade: 40 anos

Paciente: LUCIANO FERNANDES DA SILVA

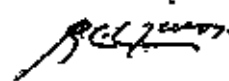
Data: 28/11/2016

RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL

Vertebras cervicais, visibilizadas aparentemente normais.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 28/11/2016 14:41.


Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUCIANO FERNANDES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	30/04/76
NOME DA MÃE	RISÁLIA PEDRO DA CRUZ

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	963.989
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	28/11/16
HORA DO ATENDIMENTO	08:40
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	V 29 + S 42.0 + T 00.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, RESGATADO PELOS BOMBEIROS, QUEIXANDO-SE DE DOR OMBRO DIREITO E DORSO DIREITO, AO NÍVEL DE ESCÁPULA + CERVICALGIA DIREITA. EF= EDEMA EM REGIÃO CLAVICULAR DIREITA + ESCORIAÇÕES MÚLTIPLAS. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO OMBRO DIREITO- FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA
RX DE TÓRAX
RX DE COLUNA CERVICAL

TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO AO 1º ATENDIMENTO + AVALIAÇÃO COT + IMOBILIZAÇÃO PARA FRATURA DE CLAVÍCULA + AVALIAÇÃO NCR + MEDICAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: 28/11/2016
DATA DA EMISSÃO: 26/02/2017

Drª. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-124

Luciano Fernandes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



0012

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2017

RECEBIDO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.004.245 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 30/03/2015

NOME LUCIANO FERNANDES DA SILVA

FILIAL MIGUEL FERNANDES DA SILVA
RISALIA PEDRO DA CRUZ

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 30/04/1976

DDO ORIGEM NASC N 13962 FLS 232-LIV-A 12
CARTÓRIO SANTA RITA-PB

CPE 022.618.834-55

ASSINADO POR DIRETOR

LEI N° 7.100 DE 20/09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
022.618.834-55

Nome
LUCIANO FERNANDES DA SILVA

Nascimento
30/04/1976

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA DE

MINISTÉRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Nº 012298535312

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RPT 2006000013719544

0053208159-1 2007000000000 2016

NOME

ALISON DA CRUZ ALVES

10044160402

OFY5614/P

PLACA ANT. UF

NOVO

9C2KD0550DR118018

ESPECÍFICO

PAS/MOTOCCICLE/NAO-APLIC

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR 50

ANO FAB

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

PB Nº 012298535312 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
1º PARA TODAS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 14/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2016

DATA EMISSÃO

12/04/2016

OPF / CNPJ

10044160402

PLACA

OFY5614/P

RENAVAM

0053208159

MARCA / MODELO

HONDA/NXR 150 BROS ES

ANO FAB

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

CAT. UNIC

2015

PREMIO TARIFARIO

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

SABEMI SEGURADORA S/A

13 JUL 2017

RECEBIDO



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO



DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Luciano Fernandes da SilvaDATA DO ACIDENTE 28/11/2016 CPF DA VÍTIMA 022.618.834-35

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CLIO PARANTESCO COM A VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR Rua João da SilvaNº 358 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Monção MouraCIDADE Santa Rita UF PB CEP 58300-000

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ 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)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 - DAMS

- ☐ 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 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 = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/07/2017IDENTIDADE 2004245ASSINATURA Luciano F. da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 13/07/2017NOME Denise Santos do NascimentoASSINATURA [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170393209 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 28/11/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de clavícula direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170393209 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 28/11/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VITIMA APRESENTA DOR AOS MOVIMENTOS E LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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

Nome do(a) Examinado(a): **LUCIANO FERNANDES DA SILVA** Sinistro: **3170393209** Data: **28/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOAO DA EGA, 358 - MARCOS MOURA - Santa Rita - PB - CEP 58300-970**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2004245**

Data local do exame: [**31/07/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. AO EXAME VITIMA APRESENTA DOR AOS MOVIMENTOS E LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Ombro direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB