

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JAILTON VITAL DA SILVA
Nº Sinistro: 3180383745
Vitima: JAILTON VITAL DA SILVA
Data do Acidente: 11/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180383745**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

111.126.047-82

Nome completo da vítima

Faúlton Vital da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Faúlton Vital da Silva	CPF titular da conta 111.126.047-82	Profissão Agricultor
Endereço Rua São José	Número 134	Complemento
Bairro Olha D'água	Cidade Capim	Estado PB
Email	CEP 58287-000	Telefone (DDD) (83) 99105-5363 / 99607-7040

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Indicar uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO SANTANDER (244) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (041)

AGÊNCIA

NÚMERO

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

NOME

AGÊNCIA

NÚMERO

(Informar dígito se existir)

CONTA

NÚMERO

(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.

Faúlton Vital da Silva 20 de agosto de 2018
Local e Data

☒ Faúlton Vital da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



agencia . 09 94 2
conta - 30 630-4

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Ficha Nr: 109984 Atd: Nao Regu
Data: 11/03/2018
Hora: 17:23:10
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOU
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JAILTON VITAL DA SILVA
CNS: 700007777333407 Sexo: M IDENTIDADE: 003279464 Fone: 993003988
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/09/1986 Id: 31 ano(s)
End.: SITIO OLHO DAGUA, 00
Bairro: CENTRO Cidade: CAPIM UF: PB
Mae: MARIA FRANCISCA VITAL DA SILVA Pai: JOSE VECENTE DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: JAILTON VITAL DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 993003988 / IDENTIDADE: 003279464
Endereço: UNIDADE DE SAUDE HOSP MAMANGUAPE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO SENDO O CONDUTOR
Vitima de violência por: EM OLHO DAGUA
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

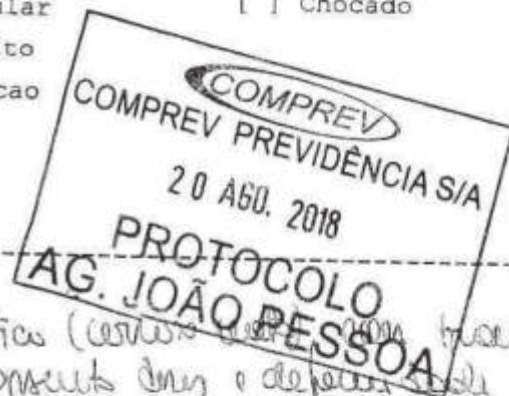
CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito

Observacao

Exa Principal

TRAUMA EM TIBIA E FIBULA D



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Relato sobre história de acidente automobilístico (carro batendo no poste de luz). O paciente sofreu o trauma no membro inferior direito, com dor intensa, o mesmo apresenta edema e deformidade local, além de ferimento aberto e profundo em nível do tornozelo. Estava sem consciência no momento do acidente.

Diagnostico

Fratura de tibia e fíbula.

Conduta

- Realizar o curativo local.
- Analgesia
- Antibiótico

Prescricao

Horario da medicacao

[Handwritten signature]
Dr. [illegible]

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILTON VITAL DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00944-X

CONTA: 000010030630-6

Nr. da Autenticação 1F992524FEB9D1F1

JAILTON VITAL DA SILVA
RUA SÃO JOSE, 134 - OLHO D'ÁGUA
CAPIM / PB CEP: 58287000 (AQ: 14)

Emissão: 20/07/2018 Referência: Jul/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R200, Km 25 - Cota Referencial João Pessoa / PB - CEP 55071-600
Roteiro: 11 - 258 - 833 - 1165 Nº medidor: 00009322517

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.185/0001-40 Insc. Est. 16.015.920.0

Nota Fiscal/Contador Energia Elétrica Nº 009.759.138
Cód. par. Aut. Autenticação: 00002869626

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Jul/2018 20/07/2018 21/08/2018 111.126.047-82
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/286962-6

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/06/18	3677	20/07/18	3692	30

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cob. At	Trib. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Fio (R\$)	Cob. (R\$)
0001	Custo de Disponibilidade			15,79	0,00	0	0,00	15,79	0,17
0001	Adic. B. Vermelha			1,59	0,00	0	0,00	1,59	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0004	JUROS DE MORA 06/2018			0,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 06/2018			1,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	PARCELAMENTO DE DÉBITO 00/18			49,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2018			0,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 67,43 0,00 0,00 17,38 0,18 0,08

Média últimos meses (kWh)
30

VENCIMENTO
27/07/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 67,43

Histórico de Consumo (kWh)

0 1 0 0 0 0 1 0 0 1 1 2
Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

Bac6.2dbb.a95d.a959.f677.612e.060d.8b25.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
QCMENSAL		0,00	
QCMENSAL	23,50		
QCMENSAL	47,79		
QCMENSAL	7,32	0,00	NOMINAL 220
QCMENSAL	15,64		CONTRATADA
QCMENSAL	31,28		LIMITE INFERIOR 202
QCMENSAL	6,59	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
QCMENSAL	18,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	5,69	8,42
Compra de Energia	6,22	9,23
Serviço de Transmissão	0,87	1,29
Encargos Setoriais	1,57	2,33
Impostos Diretos e Encargos	2,92	4,33
Outros Serviços	49,17	71,44
Total	67,43	100,00

Valor do BLS (Ref. 5/2018) R\$ 7,35

ATENÇÃO
- Faturas Anteriores Parceladas e em atraso firmadas
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 Abr. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARAIBA

Roteiro: 11 - 258 - 833 - 1165
Matrícula 286962-2018-07-1

VENCIMENTO
27/07/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 67,43

83680000000-9 67430054000-4 02869622018-6 07100258019-0



CERTIDÃO

Nº. 0915/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 107650 e Prontuário de Nº 2018.03.000368, pertencentes à **JAILTON VITAL DA SILVA** que foi atendido dia 11/03/2018 às 17H23min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tíbia e fíbula direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/03/2018 com alta médica dia 02/04/2018.

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

João Pessoa, 03 de julho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 109984 Atd: Nao Regu
Data: 11/03/2018
Hora: 17:23:10
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOU
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JAILTON VITAL DA SILVA
CNS: 700007777333407 Sexo: M IDENTIDADE: 003279464 Fone: 993003988
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/09/1986 Id: 31 ano(s)
End.: SITIO OLHO DAGUA, 00
Bairro: CENTRO Cidade: CAPIM UF: PB
Mae: MARIA FRANCISCA VITAL DA SILVA Pai: JOSE VECENTE DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: JAILTON VITAL DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 993003988 / IDENTIDADE: 003279464
Endereço: UNIDADE DE SAUDE HOSP MAMANGUAPE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO SENDO O CONDUTOR
Vitima de violência por: EM OLHO DAGUA
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

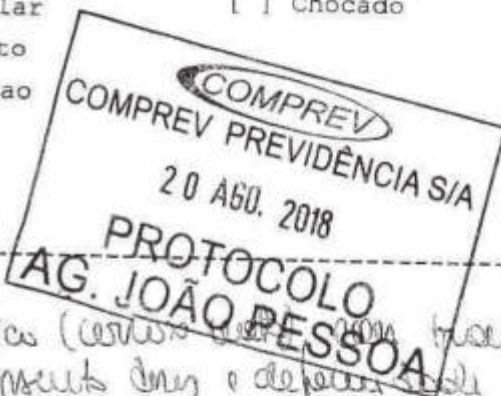
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito

Observacao

Exa Principal
TRAUMA EM TIBIA E FIBULA D



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Relato sobre historia de acidente automobilístico (carro batendo no poste de luz). O paciente sofreu trauma no membro inferior direito, com dor intensa, o mesmo apresenta edema e deformidade local, sem alteração de sensibilidade e presença de feridas no local do acidente. Estava sem consciência no momento do atendimento.

Diagnostico

Fratura da tibia e fíbula.

Conduta - Realizar o curativo local.
- Analgesia
- Antibiótico

Prescricao

Horario da medicacao

[Handwritten signature]
Dr. [illegible]

Cirurgia Geral # às 18:10h (17/03/18).

Prontidão de acidente moto-carro há ± 6 horas.

Negou uso do capacete, vômitos e dor ao. Refere ingestão de bebida alcoólica. Exame: Garganta 15, supracardíaco, abdome indolente, sem ruídos intestinais. Exame físico normal.

Data e Hora 17/03/18 PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

La-ditar: ① Sutura

② Ultra cirurgia geral

③ Cuidados de ortopedia

Paciente legítimo
13/03/18

Realizada visita
de encaminhamento

Gabriella Sanches, R. 11.118
Cirurgia Vascular
CREMEPE 25373

Audizil Ladeira de S. 11.118
Psicóloga
CRP 12/1177

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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 e 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: Paulton Vital da Silva CPF da Vítima: 111.126.047-82 Data do Acidente: 22/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

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:

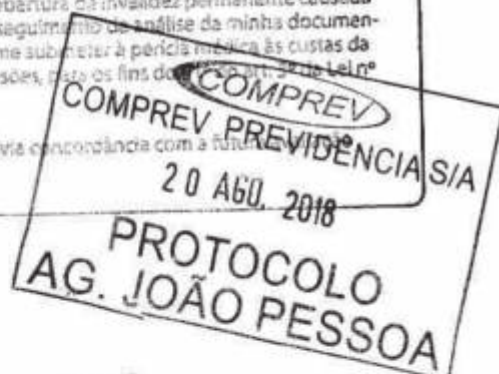
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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 cobertura da 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 artigo 2º da Lei nº 6.194/74.

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



João Pessoa 20 agosto de 2018

x Paulton Vital da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS
PACIENTE: Jailton Vital da Silva
DATA DE NASCIMENTO: 18/09/1986
NOME DA MÃE: Maria Francisca Vital da Silva

DADOS EXTRAÍDOS
BAM Nº: 255.546
DATA DE ENTRADA: 11/03/2018
HORA DO ATENDIMENTO: 14:30h
DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

AValiação Inicial: Paciente relata que foi atropelado por um carro, queixa-se de dor no membro inferior direito.

Conduta: Realizado medicação e Raio X de perna e pé direito.

Reavaliação: Raio X reporta fratura distal de Tíbia e Fíbula. Paciente encaminhado para avaliação e conduta especializada no hospital de referência, Ortopedia.

Exames Realizados: Exame médico geral, laboratorial e tocoginecológico.

Medicações: Tramadol.

Observação: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSÃO: 27/04/2018

Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
Hospital Geral de Mamanguape
Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
HGM

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



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 11 / 03 / 18

Nome: Jaílton Vital do Sales
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermária: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

PD: Port de deficiência de pele no dor

HDA: Problema com histórico de otite média, com perda de audição e deficiência de pele no dor

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Gerar: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

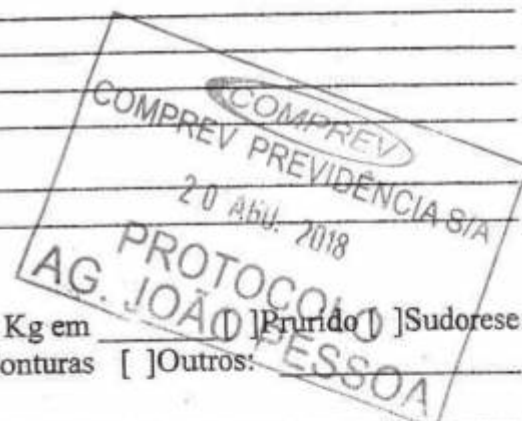
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

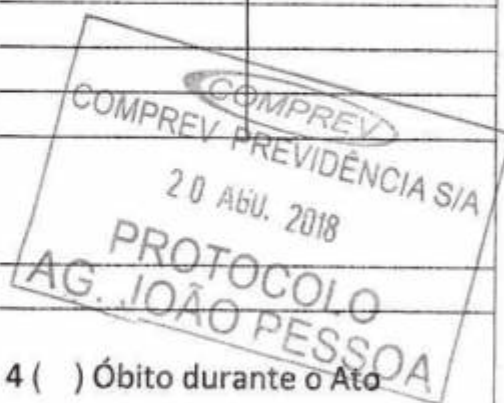
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
 [] Amnésia [] Libido [] Humor



Nome: <i>JAILSON VITAL DA SILVA</i>				Registro:	
Idade: <i>31 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>29/03/2018</i>			Cirurgião: <i>RODRIGO AMARAL</i>		
1º Assistente: <i>AURELIO R2</i>			2º Assistente: <i>VALDEBAN R1</i>		
Anestesista: <i>VALGAND</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura dos Ossos da Perna D</i>					<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Tibia e Fíbula</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna

Abertura de tensor da fascia lata

Dissecção por planos

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia

Achados:

Visualização de foco de fratura da tibia

Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de 01 placa estreita DCP Ø 4.5mm

Aposição de 02 parafusos esponjosos de Ø 4.5mm + 01 parafusos cortical distais de Ø 4.5mm

Aposição de 05 parafusos proximais de Ø 4.5mm

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Aposição de dreno aspirativo Ø 4.8mm

Realizado RX controle

Incisão em região lateral da perna

Dissecção por planos até foco de fratura de fíbula

Redução dos fragmentos ósseos

Aposição de 01 placa 1/3 tubular Ø 3.5mm

Aposição de 01 parafuso esponjoso + 01 parafusos cortical Ø 3.5mm distais

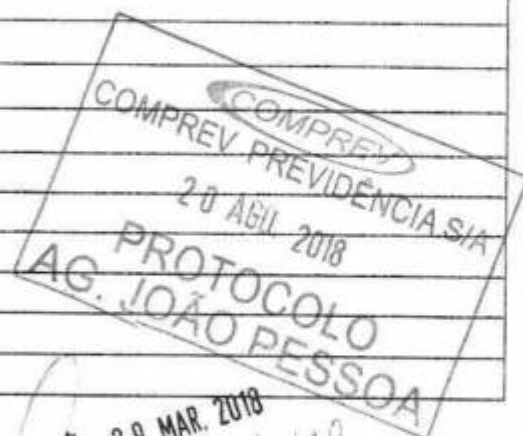
Aposição de 03 parafusos proximais

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

OBS:



Data: ____/____/____

Dr. Valdeban Corvalho Jr.
Méd. Esp. Ortopedia
CRM 12.762

29 MAR. 2018

MEDICO/CRM

Dra. Arleide Andrade Medeiros
CRM/PB 11.289

Paciente: JAILTON VITAL DA SILVA.

LAUDO MÉDICO.

O paciente JAILTON VITAL DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito em 11/03/2018, em decorrência do qual sofreu trauma em membro inferior direito, fratura dos ossos da perna direita.

Conduzido à unidade de saúde, o paciente foi submetido a cirurgia, osteossíntese de tíbia e fíbula em 29/03/2018, ocasião em que foram apostas duas placas metálicas e treze parafusos, como expõe relatório cirúrgico.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se intensa limitação motora em face da extensão das lesões sofridas, reduzindo a capacidade do paciente para o normal exercício de suas atividades habituais e cotidianas.

CID 10: S 82.3

João Pessoa, 17 de setembro de 2018.

Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289



REPÚBLICA FEDERATIVA DO
MINISTÉRIO DAS CIDAD
DEPARTAMENTO NACIONAL DE
CARTEIRA NACIONAL DE HAB

JAILTON VITAL DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. E
003279464

CPF
111.126.047-0

FILIAÇÃO
JOSE VICENTE

MARIA FRANCISCA
DA SILVA

PERMISSÃO

Nº REGISTRO

05330517720

VALIDADE

11/07/2021

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1290188397

INTERPRINT LTDA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

JAILTON VITAL DA SILVA

DOC. EMITIDO: / CDD. FIM DO MÊS
 003279404 SSP RN

CPF: 111.126.047-62 DATA NASCIMENTO: 18/09/1966

PERICIA: JOSÉ VICENTE DA SILVA
 MARIA FRANCISCA VITAL DA SILVA

PERMISSAO: ACC CAUSA: Nº

Nº REGISTRO: 65330017720 VALIDEZ: 11/07/2021 1ª HABILITACAO: 19/10/2011

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1290188397

1290188397

PROCESSO PREVIDENCIÁRIO

CPF: 111.126.047-62

DATA EMISSÃO: 03/08/2016

LOCAL: PARANAGUÁ, PR

ASSINATURA DO TITULAR: *[Assinatura]*

ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]*

DATA EMISSÃO: 03/08/2016

LOCAL: PARANAGUÁ, PR

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 20 AGU. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 20 ABR. 2018
 PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

PB Nº 013930505435 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 19/04/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 11112604782 PLACA MOL5055/PB

RENAVAM 00987948156 MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K

ANO FAB. 2008 CAT. TAR. 9 Nº CHASSI 9C6KE122090013010

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 18/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.508/0001-04

884-0913150-20180419

DETRAN - PB Nº 013930505435
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA 1 COD. RENAVAM 0098794815-6 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME JAILTON VITAL DA SILVA

CPF / CNPJ 11112604782 PLACA MOL5055/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C6KE122090013010

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2009

CAP. / POT. / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º

FAIXA I.P.V.A. ***** PARCELAMENTO / COTAS 0 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 18/04/2018

REST. BEN. TRIBUTÁRIO

CAPIM-PB LOCAL DATA 19/04/2018

14001

884

Lider
 Seguradora Líder - DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180383745 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON VITAL DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DISTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180383745 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON VITAL DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303251/18

Número do Sinistro: 3180383745

Vítima: JAILTON VITAL DA SILVA

CPF: 111.126.047-82

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILTON VITAL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/09/2018
Nome: JAILTON VITAL DA SILVA
CPF: 111.126.047-82

JAILTON VITAL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA