



Número: **0811303-97.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---------------------------------|--------------------|--|-------------------|
| ADRIANO CAMELO DA SILVA (AUTOR) | | ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO) | |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 31841 574 | 26/06/2020 14:26 | 2727727_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 900



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





REGISTRO GERAL 3343609 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL DATA DE EXPIRAÇÃO 2

NOME ADRIANO CAMELO DA SILVA

FILIAÇÃO Severino Camelo do Espírito Santo
t.o. Maria Dalva da Silva

Pitimbú-PB DATA DE NASCIMENTO 07.04.1988

NATURALIDADE

Cert. Nasc. 3888 - Fls. 378 - Liv. A4 - Cart. Pitimbú-PB

DOC ORIGEM

CPF João Pessoa - PB *M. Medeiros*

ASSINATURA DO DIRETOR


LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



EU, Adriano Camelo da Silva, BRASILEIRO, CASADO, ELETRICISTA
RG- 3343684 SSP/PB, CPF- 08719840403, RESIDENTE NA
RUA DA BICA, S/N, TAQUARA, PITIMBU, PARAIBA, DECLARA QUE
O PROPRIETARIO DO VEICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE QUE SOFRI
NO DIA 19-05-18, SE RECUSA A ASSINAR O DOCUMENTO DE
PROPRIETARIO DO VEICULO EXIGIDO PELA SEGURADORA LIDER

SOLICITO QUE O REFERIDO DOCUMENTO SEJA SUBSTITUIDO
POR ESTA DECLARAÇÃO FEITA DE PRÓPRIO PUNHO PARA O RECEBIMENTO
DO SEGURO DPVAT.

JOÃO PESSOA - 12/07/2019

Adriano Camelo da Silva 
08719840403





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 ADRIANO CAMELO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 07/04/88
NOME DA MÃE MARIA DALVA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

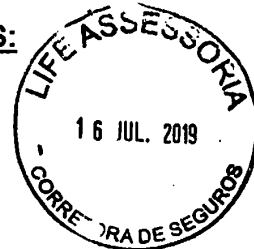
PRONTUÁRIO N.º 19609
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1083111
DATA DO ATENDIMENTO 19/05/18
HORA DO ATENDIMENTO 14:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE FEMUR ESQUERDO
CID 10 S73.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM DOR NA COXA ESQUERDO, DEVIDO A CONTUSÃO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX COXA COXA ESQ,



RESULTADOS DOS EXAMES:

FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR EAQUERDO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

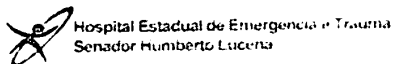
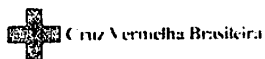
ALTA HOSPITALAR: 24/05/18
DATA DA EMISSÃO: 20/07/18

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CVB/HEETS/SHI
CRM 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALÉS DE TOLÉDO
CRM: 1873/PB

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

99373-7531 (Doc. Pro)





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

Boletim de Atendimento: 1083111



Identificação do paciente

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| ID 219270 | Nome ADRIANO CAMELO DA SILVA | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 07/04/1988 | Idade 30 anos 1 mes 12 dias | Estado civil |
| Mãe MARIA DALVA DA SILVA | Religião | Prontuário 19609 |
| Escolandade | Pai SEVERINO CAMELO DO E.SANTO | Responsável (Parentesco) ADRIANO CAMELO DA SILVA - IRMAO(A) |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 993734683 | DDD fixo |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 3343689 | Fone fixo |
| Local de procedência PITIMBU | Nº Cnh 898001953846582 | UF PB |
| Email | Naturalidade PITIMBU | Tipo MUNICIPIO |
| | | CBO/IR |

Endereço

| | | | |
|-----------------|------------------------------------|------------------|------------------------------|
| CEP 58324972 | Município de residência PITIMBU | UF PB | Logradouro NOVA VIDA, S/N |
| Número SN | Complemento | Bairro CENTRC | |

Admissão

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| Data e Hora 19/05/2018 14:11:54 | Número da pulseira 1000059881062 | Convênio SUS |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|

| | |
|---------------------------------|--|
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clinica |
| Classificação de risco | Origem do paciente RUA |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA |
| | Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL |

Indicadoras e Transporte

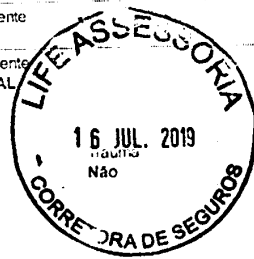
| | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Não |
| Meio de transporte SAMU | Qualificação | |

Sinais Vitais

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

Exames complementares

| | | | | | | |
|---|--|-----------|--------|------------|---------|----------------------|
| Raios X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| <p>Dados clínicos <i>Acidente físico com história de colisão com motorista com lesões na coxa, abdômen, SPO: 99 TC: 11/15 15/05/18.</i> </p> | | | | | | |
| Diagnostico | <p><i>Priscila Jorge da Silva</i> Enfermeiro COREN-PB 500757</p> | | | | | CD |
| Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA | | | | | | Tempo 01min 02seg |



Imprimir

19/05/2018 14:15





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

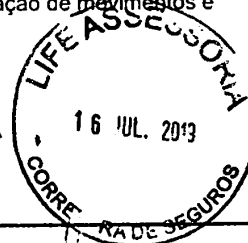
AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Paciente ADRIANO CAMELO DA SILVA | | BAE 1083111 | Data/Hora Entrada 19/05/2018 14:11:54 | Data Baixa |
| Data de nascimento 07/04/1988 | Idade 30a 1m 12d | Sexo Masculino | CNS 898001953846582 | Telefone de Contato (83) 993734683 |
| Mãe MARIA DALVA DA SILVA | | | | Prontuário 19609 |
| Endereço NOVA VIDA, S/N, SN | | Bairro CENTRO | Município PITIMBU | UF PB |
| Acidente MOTO X ANIMAL | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA | Nº Cons. Regional 11134/PB | |
| Data/Hora Classificação 19/05/2018 14:11:54 | | Data/Hora Prescrição 19/05/2018 15:40:31 | | |
| Anamnese | | | | |
| Paciente com história de cirurgia prévia no fêmur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda, queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do membro. | | | | |
| estado geral comprometido, hipocorado, eupneico, | | | | |
| PACIENTE COM DOR A PALPÇÃO DE MIE RX MONSTRANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO A CIMA DA PLACA | | | | |
| CD: CENTRO CIRURIGCO TRAÇÃO | | | | |
| Conduta | | | | |
| Em observação | | | | |

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

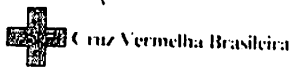
ADRIANO CAMELO DA SILVA

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em: 19/05/2018 14:12:58

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=291906&pesquisa=S&perform=imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

| | | | | |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Paciente ADRIANO CAMELO DA SILVA | | BAE 1083111 | Data/Hora Entrada 19/05/2018 14:11:54 | Data Baixa |
| Data de nascimento 07/04/1988 | Idade 30a 1m 12d | Sexo Masculino | CNS 898001953846582 | Telefone de Contato (83) 993734683 |
| Mãe MARIA DALVA DA SILVA | | | | Prontuário 19609 |
| Endereço NOVA VIDA, S/N, SN | | Bairro CENTRO | Município PITIMBU | UF PB |
| Acidente MOTO X ANIMAL | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA | | Nº Cons. Regional 11134/PB |
| Data/Hora Classificação 19/05/2018 14:11:54 | | Data/Hora Prescrição 19/05/2018 17:49:55 | | |

Anamnese

paciente com história de cirurgia prévia no femur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda. queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do membro
estado geral comprometido, hipocorado, eupneico.

PACIENTE COM DOR A PALPÇÃO DE MIE
RX MONSTRANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO A CIMA DA PLACA

CD:
CENTRO CIRURIGCO TRAÇÃO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

SSVV + CCGG

CURATIVO

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

UREIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

HEMOGRAMA

Conduta

Internar Paciente



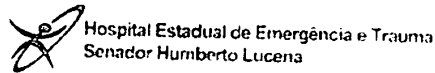
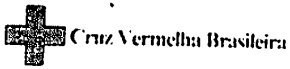
Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

Boletim registrado por: PRISCILÁ JORGE DA SILVA em 19/05/2018 14:12:56

0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=292003&pesquisa=S&pe



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:26:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006261426222300000030527346>
 Número do documento: 2006261426222300000030527346



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel:

CNES: 6121221

| | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| Paciente ADRIANO CAMELO DA SILVA | | BAE 1083111 | Data/Hora Entrada 19/05/2018 14:11:54 | Data Baixa |
| Data de nascimento 07/04/1988 | Idade 30a 1m 12d | Sexo Masculino | CNS 898001953846582 | Telefone de Contato (83) 993734683 |
| Mãe MARIA DALVA DA SILVA | | | | Prontuário 19609 |
| Endereço NOVA VIDA, S/N, SN | | Bairro CENTRO | Município PITIMBU | UF PB |
| Acidente MOTO X ANIMAL | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO | | Nº Cons. Regional 3945/PB |
| Data/Hora Classificação 19/05/2018 14:11:54 | | Data/Hora Prescrição 19/05/2018 14:22:22 | | |

Anamnese

paciente com história de cirurgia prévia no femur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda. queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do membro
estado geral comprometido, hipocorado, eupneico,
torax ndn
abdome m ndn,
crânio: ndn.

HD: FRATURA DE FEMUR ESQUERDO(RE-FRATURA).

ALTA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

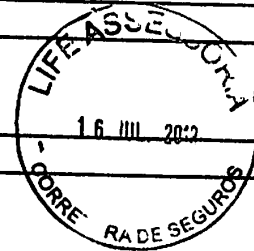
RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

CID10

| Código | Descrição |
|--------|-----------------------------|
| S72.3 | Fratura da diáfise do fêmur |

Conduta

Em observação



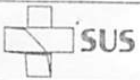
ADRIANO CAMELO DA SILVA

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 19/05/2018 14 12:56

1/2.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=291871&pesquisa=S&perform=imprimirProc





Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: H10P 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: H10P 4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Adilson Carneiro de Siqueira 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1083333 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO: Masc [1] Fem [3] 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 22 - DIAGNOSTICO INICIAL 23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE: [] DIÁRIA DE ACOMPANHANTE [] DIÁRIA DE UTI TIPO I [] DIÁRIA DE UTI TIPO II [] DIÁRIA DE UTI TIPO III 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTOE 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTOE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ex 4,5
Para ser pago até 10 meses (at.)
Para meses anteriores n.º 30/3 - 32/4 - 34/5 - 36/5 - 38/5



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 22/05/18 41 - DOCUMENTO () CNS () CPF 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 47 - DOCUMENTO () CNS () CPF 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





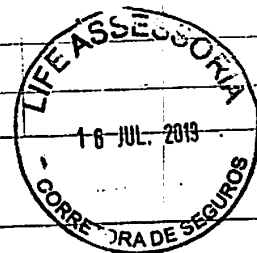
RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Adriano Camelo de Silva BE/Prontuário: 1093111
 Idade: _____ Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tração transesquelética fixa (C)
 Cirurgião: Dr. Marcelo 1º Assistente: Dr. Cesar
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Local Horário: Início _____: _____ Término _____: _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|-----------------------------------|-----|
| <u>S. disparemia de perna (C)</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---|--------|
| <u>Tração transesquelética fixa (C)</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |



Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Daniel Consórcio Arruda
MÉDICO
CRM 11134

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1





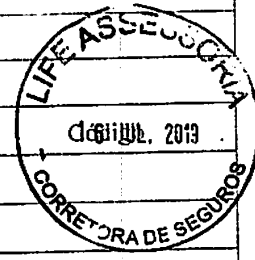
RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Feliciano Cordeiro de Alencar BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / _____
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ L.R: _____
 Cirurgia: Franco de Fêmur
 Cirurgião: D. Carlos 1º Assistente: D. Jairo
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: JE
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ : _____ Término _____ : _____ : _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|----------------------------|-----|
| <u>Franco de Fêmur</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | |
|--------------------------|--|
| <u>RATF</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 1 / 1 / _____

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



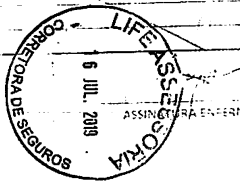


REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número: Induções Bamilo da Piva Procedimento: 1083511
 Paciente: Thais Inauesquilitea em MIO Data: 09/05/18
 Procedimento: Thais Inauesquilitea em MIO Fornecedor: _____
 SUS: 4 Médicos: Marcilei + Daniel (KS)

| DISPENSÇÃO CME | | | | | |
|-------------------|-------------------------------|------------|------------|-------|--|
| FORNecedor | DESCRIPÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE | CODIGO SUS | MARCA | |
| <u>Art Sintex</u> | <u>01 Eto de Starnan M4,0</u> | <u>01</u> | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Daniel Conserva Arruda
 MÉDICO
 ASSINATURA FORTALECO - CRM 11134



Assinatura Responsável
 ASSINATURA RESPONSÁVEL





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Antitubo poplavo

Pel PPA

Anestesia local

antissepsia e dasepsia

Incisão:

Paralela ao fio da grelha em 1/3 lateral

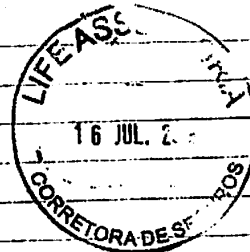
curva uterina

Recontato

Achados:

F Kapsen fístula

Conduta:



Fechamento:

Observação:

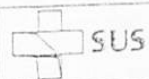
Médico/CRM:

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa, 19/07/20

F(NG).ASCIR.009-1





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____
 2 - CNES: _____
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **MEOSHZ**
 4 - CNES: _____
 5 - DATA DE NASCIMENTO: **29/05/18**

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE: **Adriano Augusto da Silva**
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____
 8 - DATA DE NASCIMENTO: _____
 9 - SEXO: Masc 1 Fem 3
 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____
 11 - TELEFONE DE CONTATO: _____
 12 - ENDEREÇO (RUA Nº): _____
 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____
 14 - COD. IBGE - MUNICÍPIO: _____
 15 - UF: _____
 16 - CEP: _____



17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): _____

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____
 19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: _____
 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____
 21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: _____
 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL: _____
 23 - CID 10 PRINCIPAL: _____
 24 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____
 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____
 27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____
 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE:
 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE UTI TIPO II DIÁRIA DE UTI TIPO III
 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 31 - QTD: _____
 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 34 - QTD: _____
 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 37 - QTD: _____

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:
os Eio de Steiman n = 4,0

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: _____
 41 - DOCUMENTO: _____
 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): **Daniel Cordeiro Almeida**
MEDICO
CRM 11134

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____
 45 - COD. ORGÃO EMISSOR: _____
 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____
 47 - DOCUMENTO: _____
 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): _____





NECIVALDO LOURENÇO DOS SANTOS
RUA DA EICA, S/N - TAQUARA
PITIMBU / PB CEP: 58324003 (AQ 18)

Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotêiro: B - 19 - 210 - 1470
Medidor: 00009183773
Referência: Jul / 2019
Emissão: 11/07/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km25 - Crlto Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 027.608.496
Cód. para Deb. Automático: 0001438 1316
Acesso: www.energisa.com.br

| | |
|----------------------------------|----------------|
| Conta referente a | Jul / 2019 |
| Apresentação | 11/07/2019 |
| Data prevista da próxima leitura | 12/08/2019 |
| CPF/ CNPJ/ RANI | 763.016.404-68 |
| Insc. Est. | |

UC (Unidade Consumidora): 5/1436131-5

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saia mais em saúde.gov.br/vacinaBrasil

energisa



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0239 929/19 3 - CPF da vítima: 097.198.404-03 4 - Nome completo da vítima: Adriano Carmelo de Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Adriano Carmelo de Silva 6 - CPF: 097.198.404-03
7 - Profissão: --- 8 - Endereço: Rua de Bica (ROUA DESCOBERTA) 9 - Número: 311 10 - Complemento: ---
11 - Bairro: 16 ENFERME 12 - Cidade: Pitimbu 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59324000
15 - E-mail: --- 16 - Tel.(DDD): (83) 91923028

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: ---
18 - CPF do Representante Legal: --- 19 - Profissão do Representante Legal: ---

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRANDESCO
AGÊNCIA: 1800 7 CONTA: 0536380 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: ---
25 - Grau de Parentesco com a vítima: --- 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: ---
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: --- Falecidos: --- 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: --- Falecidos: --- 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: ---

CPF: ---

39 - 2ª | Nome: ---

CPF: ---

LIFE ASSESSORIA
Assinatura da testemunha
16 JUL. 2019
CORRETORES DE SEGUROS
Assinatura da testemunha

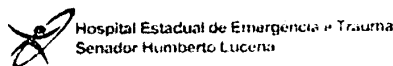
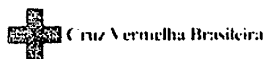
40 - Local e Data, Juazeiro 06-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
X Adriano Carmelo de Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

Boletim de Atendimento: 1083111



Identificação do paciente

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| ID 219270 | Nome ADRIANO CAMELO DA SILVA | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 07/04/1988 | Idade 30 anos 1 mes 12 dias | Estado civil |
| Mãe MARIA DALVA DA SILVA | Religião | Prontuário 19609 |
| Escolandade | Pai SEVERINO CAMELO DO E.SANTO | Responsável (Parceiro) ADRIANO CAMELO DA SILVA - IRMAO(A) |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 993734683 | DDD Fixo |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 3343689 | Nº Cas 898001953846582 |
| Local de procedência PITIMBU | Tipo MUNICIPIO | UF PB |
| Email | Naturalidade PITIMBU | CBO/R |

Endereço

| | | | |
|-----------------|------------------------------------|-----------------|------------------------------|
| CEP 58324972 | Município de residência PITIMBU | UF PB | Logradouro NOVA VIDA, S/N |
| Número SN | Complemento | Barro CENTRO | |

Admissão

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| Data e Hora 19/05/2018 14:11:54 | Número da pulseira 1000059881062 | Convênio SUS |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|

| | |
|---------------------------------|--|
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clinica |
| Classificação de risco | Origem do paciente RUA |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA |
| | Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL |

Indicadoras e Transporte

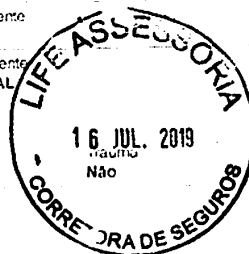
| | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Não |
| Meio de transporte SAMU | Quem transportou | |

Sinais Vitais

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

Exames complementares

| | | | | | | |
|---|--|-----------|--------|------------|---------|----------------------|
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| <p>Dados clínicos <i>Acidente físico com história de colisão com motor animal com lesões na coxa, evoluindo SPO: 99 TC: 11/17 15/05/18.</i> </p> | | | | | | |
| Diagnóstico | <p><i>Priscila Jorge da Silva</i> Enfermeiro COREN-PB 500757</p> | | | | | |
| Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA | | | | | | Tempo 01min 02seg |



Imprimir

19/05/2018 14:13





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07769.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07769.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:53 horas do dia 12 de julho de 2019, 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Adriano Camelo da Silva**, CPF nº 087.198.404-03, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Eletricista, filho(a) de Maria Dalva da Silva e Severino Camelo do Espírito Santo, natural de Pitimbu/PB, nascido(a) em 07/04/1988 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Bica, Nº S/N, tendo como ponto de referência Próximo a Barbearia do Lindo., na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99373-7531.

Dados do(s) Fatos:

Local: Zona Rural Próximo a Taquara., Pitimbu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/05/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 19/05/2018 por volta das 12:30 horas quando transitava, pelo Zona RURAL da cidade de Pitimbu-PB; nas imediações da Taquara, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS ano e modelo: 2011/2011, de cor vermelha de placa: PEF2455/PB CHASSI: 9C2JC4110BR705826 pertencente ao Sr. Givanildo Nunes da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando, um animal atravessou repentinamente à pista e que o declarante não teve tempo suficiente de frenagem vindo a colidir com o animal; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 19609, FRATURA DE FEMUR ESQUERDO CID S73.2 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO CRM 1873/PB.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 12 de julho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

ADRIANO CAMELO DA SILVA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0239 922/19 3 - CPF da vítima: 097.198.404-03 4 - Nome completo da vítima: Adriano Camelo de Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Adriano Camelo da Silva 6 - CPF: 097.198.404-03
7 - Profissão: Reg de bica (NOVA DESCOBERTA) 9 - Número: 311 10 - Complemento: -
11 - Bairro: 1ª etapa 12 - Cidade: Pitimbu 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59324000
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): (83) 41929028

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRANDESCO
AGÊNCIA: 1800 7 CONTA: 0536380 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:



Assinatura do Testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 06-07-2019

Adriano Camelo de Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430381

Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO CAMELO DA SILVA

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\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ADRIANO CAMELO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001800-7**

Conta: **000000536380-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01441/01442 - carta_15R - INVALIDEZ

00050721





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, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430381

Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO CAMELO DA SILVA

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

Carta nº 14584543

Pag. 01639/01640 - carta_01 - INVALIDEZ

00020820





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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430381

Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2018

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

Pag. 00765/00766 - carta_02 - INVALIDEZ

00070383



Carta nº 14607958



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO CAMELO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01800-7

CONTA: 000000536380-2

Nr. Autenticação

BRADESCO02082019050000000002370180000000536380236250 PAGO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239922/19

Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA

CPF: 087.198.404-03

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

Data do acidente: 19/05/2018

Titular do CPF: ADRIANO CAMELO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANO CAMELO DA SILVA : 087.198.404-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 16/07/2019
Nome: ADRIANO CAMELO DA SILVA
CPF: 087.198.404-03

ADRIANO CAMELO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430381 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.4,13)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **ARTROPLASTIA PRÉVIA P.3

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430381 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **ARTROPLASTIA PRÉVIA P.3

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430381 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária de fêmur esquerdo

Descrição do exame físico: AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ EM TODA A EXTENSÃO DA COXA ESQUERDA, MARCHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO DE QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS. ENCURTAMENTO < 1,0 CM

Resultados terapêuticos: ACIDENTE EM 19-05-2018
REALIZOU OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO, RECEBENDO ALTA EM 24-05-2018 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.
FEZ FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/07/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430381 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária de fêmur esquerdo

Descrição do exame físico: AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ EM TODA A EXTENSÃO DA COXA ESQUERDA, MARCHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO DE QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS. ENCURTAMENTO < 1,0 CM

Resultados terapêuticos: ACIDENTE EM 19-05-2018
REALIZOU OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO, RECEBENDO ALTA EM 24-05-2018 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.
FEZ FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/07/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Adriano Carneiro de silve
 DATA DO ACIDENTE 09.05.2019 CPF DA VITIMA 087.999.404.03
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua de bica (Nova deocentes)
 Nº 511 COMPLEMENTO - BAIRRO Taquara
 CIDADE Pitimbu UF PB CEP 583.24.000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 991968023

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOPRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06-07-2019

IDENTIDADE 3343 689

ASSINATURA Adriano Carneiro de silve

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 16 JUL 2019

NOME

ASSINATURA





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

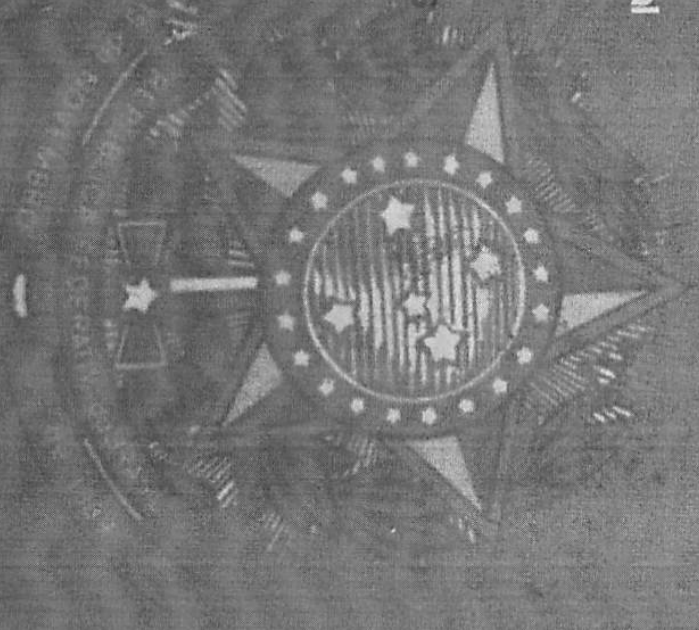
087.198.404-03

Nome

ADRIANO CAMPELO DA SILVA

Nascimento

07/04/1988



**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: **3190430381**

Nome do(a) Examinado(a): **ADRIANO CAMELO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R Da Bica - NOVA DESCOBERTA, SN - TAQUARA - Pitimbu - PB - CEP 58324-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3343689**

Data e local do acidente: [**19/05/2018**] **PITIMBU-PB**

Data e local do exame: [**29/07/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura diafisária de fêmur esquerdo

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

ACIDENTE EM 19-05-2018 AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ EM TODA EXTENSÃO DA COXA ESQUERDA ,MACHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO DE 25% DE FLEXP EXTENSÃO DE QUADRIL E JOELHO E. ENCURTAMENTO

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

[] Sim [] Não

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

REALIZOU OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO ,RECEBENDO ALTA EM 24-05-2018 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. FEZ FISIOTERAPIA

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

[] Sim [] Não

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

LIMITAÇÃO MOTORA

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):
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
% 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.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

