

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **VANILDA PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180058967**

Vitima: **VANILDA PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **08/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180058967**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 12340899



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: VANILDA PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3180058967
Vítima: VANILDA PEREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 08/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180058967** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2018

Carta nº: 12472075

A/C: VANILDA PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180058967
Vítima: VANILDA PEREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 08/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

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: **VANILDA PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001909**

Conta: **000000055547-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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



ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:20:56

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:20:56

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:20:56

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:20:56



ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:20:56

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:20:56

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:20:56

COMPREV
07 NOV. 2017
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA
ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:20:56

CÓPIA



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02006.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02006.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:00 horas do dia 03 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu, Vanilda Pereira da Silva, CPF nº 953.943.384-34, nacionalidade brasileira, estado civil viúvo(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria Anunciada da Conceição e Pai Não Declarado, natural de Serraria/PB, nascido(a) em 20/03/1956 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) São Judas Tadeu, Nº 73, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Próximo a Farmácia Igreja Santa Clara, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 98891-2610.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Que da Acesso Ao Engenho Velho, Oficina Mecânica de Cor Amarela, João Pessoa/PB, bairro Gramame/Engenho Velho; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 03/11/17 10:17h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE SEGUNDO A NOTIFICANTE, NA DATA DE 08/08/2017, POR VOLTA DAS 14:00 HORAS VINHA DE CARONA EM UM VEÍCULO TIPO MOTOCICLETA, HONDA/NXR, 160, BROS. ESDD, ANO E MODELO: 2016/2016, DE COR PRETA, CHASSI Nº 9C2KD0810GR470417, DE PLACA: QFZ 9138/PB, RENA VAN: 01097092930, PERTENCENTE A PESSOA DE JOÃO BARBOSA DE FREITAS, QUE AO CHEGAR NA ESTRADA QUE DA ACESSO AO ENGENHO VELHO, ZONA RURAL, O PILOTO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, POIS TERIA LIVRADO UM ACIDENTE COM UM TRANSEUNTE, ONDE A MOTO DERRAPOU, QUE DEVIDO AO FATO A NOTIFICANTE (CARONA) VEIO A SE LESIONAR-SE CONFORME LAUDO MÉDICO DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA-CRM 2616/PB, SENDO A MESMA NOTIFICANTE, SOCORRIDO NA OCASIÃO POR UM CARRO PARTICULAR, QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.

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

João Pessoa/PB, 03 de novembro de 2017.

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

67 NOV. 2017

AG. PROTOCOLO

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

VANILDA PEREIRA DA SILVA
Notificante

CÓPIA

Procedimento Policial: 02006.01.2017.1.00.420

CÓPIA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

ASL-0429908/17
 natalia silva, portador da
 carteira de identidade nº 1720914 e inscrito no CPF sob o nº 853.343.384-14,
 residente e domiciliado na Rua São Judas Tadeu, 72, Jardim
 do Anjo, Cidade São Paulo

Estado Paraná, 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

(X) 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da
 lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Natália Pereira da Silva

Assinatura do declarante
 Conforme documento de identificação

ASL-0429908/17
 natalia silva, 03 de novembro de 2017
 20/11/2018 13:16:17

Local e data

CÓPIA

Ato declaratório

http://112.10.0.0:8060/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=Comprovacao.de.atto.declarat



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GOMES - CNES: 123312 - Tel: 6332168700

Boletim de Atendimento: 1019146

ASL-042330377
28/07

Identificação do paciente			
Nome: VANILDA PEREIRA DA SILVA		Sexo: Feminino	
Data de nascimento: 20/03/1956	Idade: 61 anos 4 meses 19 dias	Estado civil:	Religião:
Mãe: MARIA ANUNCIADA DA CONCEICAO		Prontidão:	
Escolaridade:		Pol: NAO DECLARADO	
Responsável (Parentesco): ROSICLEIDE DA SILVA SANTOS - FILHO(A)			
DDD Móvel: 83	Fone Móvel: 988512610	DDD Fixo:	Fone Fixo:
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)	Número documento: 1720714	M Crs:	
Local de procedência: GRAMAME	Tipo: BARRIO		UF: PB
E-mail:	Naturalidade: SERRARIA	CBOR:	
Endereço			
CEP: 58090568	Município de residência: JOAO PESSOA	UF: PB	Lugradouro: SÃO JUDAS TADEU
Número: 73	Complemento:	Bairro: ALTO DO MATEUS	
Admissão			
Data e Hora: 08/08/2017 14:41:30	Número da pulseira: 1000004378548	Convênio: SUS	
Especialidade: CIRURGIA GERAL	Certo:		
Classificação de risco:	Origem do paciente: RUA		
Caráter de atendimento:	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente: QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso polícia: Não	Plano de saúde: Não	Via de ambulância: Não	Trauma: Não
Meio de transporte: CARRO PARTICULAR	Quem transportou:		
Sinais Vitais			
PA:	Pulso:	Temperatura:	
Exames complementares			
Rolo X ()	Sangue ()	Urina ()	TC ()
Liquor ()		ECO ()	Ultrassonografia ()
Dados clínicos			
Diagnóstico: TRAUMA AGUDO			
Atendido por: JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO			
Tempo: 5890g			

COMPROV. SEGUR. E PREVIDENCIA S/A
07/08/2017

TRAUMA AGUDO

CÓPIA

08/08/2017 14:38

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANILDA PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000055547-5

Nr. da Autenticação 6714B298DE01E84B



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LEONARDO LUIS DASILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 050.424.814 / 22 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VANILDA PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 953.343.384 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDA da Vítima VANILDA PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 953.343.384 / 34 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

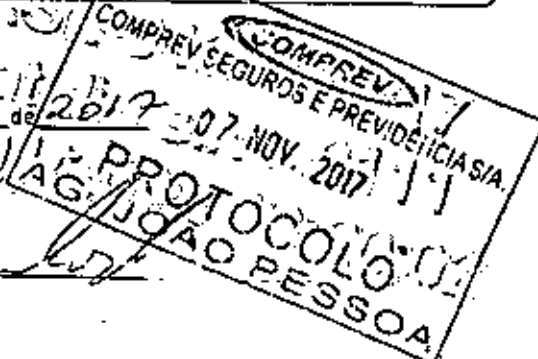
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA OLÍMPIA D'AMORIM 0800 DE MARÍLIA/SP		358	055A D
Bairro	Cidade	Estado	CEP
SANTO ANTONIO	SOÃO PAULO	PARANÁ	58220 67
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
28072001@hotmail.com		87-386613867	

28/01/2018
Natalia Silva 0111

Local e Data

Assinatura do Declarante





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO BARBOSA SANTOS FREITAS, portador do CPF nº 6923554420, com

RG nº 1224398-1, data de expedição 29/02/2017

Orgão SSP-PB, domiciliado na cidade de João Pessoa, no Estado de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SÃO SUDASIMTADEU, ALTO DO MORRIS, nº 73

complemento complemento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ANILDA PEREIRA DA SILVA, cujo o condutor era ROSELEIDE DA SILVA SANTOS FREITAS

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/NX 160 BROS 6500
Ano: 2016

Placa: 2 FZ 91381PB
Chassi: 3G2K0001061470417

Data do Acidente: 08/08/2017
Local e Data: João Pessoa, 07/11/2017

Assinatura do Declarante JOÃO BARBOSA SANTOS FREITAS

Assinatura do Condutor ROSELEIDE DA SILVA

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO CELEIDA

Serviço Notarial Distrital

Comarca da Capital

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOÃO BARBOSA

SANTOS FREITAS, [103486], J. Pessoa-PB, 03/11/2017 12:52:30

Enol R\$9,23, Farpem: R\$0,27 Fepir: R\$1,85, ISS: R\$0,46. Em

test da verdade. Tabela CELEIDA ADSON FERRIRA SILVA.

Selo Digital AF766877-BRM1 (Consulta em

https://selodigital.tst.jus.br/)

CÓPIA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA

DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

SL-0423902/17
 natalia.silva.0117
 26/01/2018

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE VANILDA PEREIRA DA SILVA
 DATA DE NASCIMENTO 20/03/1956
 NOME DA MÃE MARIA ANUNCIADA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO Nº 1019146
 BOLETIM DE ENTRADA N.º 103.554
 DATA DO ATENDIMENTO 08/08/2017
 HORA DO ATENDIMENTO 14:41
 MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR D

CID 10 S72.4

AVALIAÇÃO INICIAL

Paciente deu entrada neste hospital, vítima de acidente de motocicleta há cerca de 1 hora, apresentando queixa de dor em quadril, coxa e joelho D, além de edema e limitação funcional. Glasgow 15. Avaliada pela equipe da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da bacia - AP
 RX da coxa D - AP e P
 RX do joelho D - AP e P

ASL-0423902/17
 natalia.silva.0117
 26/01/2018

COMPREV
 COMPREV DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA
 07.08.2017
 PROTOCOLO

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade distal do fêmur D ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Correia e Dr. André Cristiano.

ALTA HOSPITALAR: 20/08/2017

DATA DA EMISSÃO: 17/10/2017

SL-0423902/17
 natalia.silva.0117
 26/01/2018

ASL-0423902/17
 natalia.silva.0117
 26/01/2018

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
 CRM 2516 PB II

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

CÓPIA

Check List para Atendimento de Trauma no I

1500004378948
VANDERSON PEREIRA DA SILVA
DT. NASC.: 20/03/1956
MRE: NOME ABREVIADO DA CONCEIÇÃO

ASI

ASI-012

ABERTURA DO PROTOCOLO

DATA: 11/12/2013 HORA: 13:17:05
Nome do Paciente: NATALIA SILVA
Idade: 17 Sexo: F

Maiores que 60 anos ()
Fratura há menos de 24h ()
Não possui doença infecciosa em tratamento ()
Não faz uso de anticoagulante cumarínico e/ou trombolíticos ()

Antecedentes patológicos: () NÃO () SIM Quais?

Alergia: () NÃO () SIM Quais?

Motivo do atendimento:

Aferir PA e realizar glicemia capilar PA: X mmHG Glicemia: mg/dl

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA:

RX () OK Ionograma () OK
Hemograma Completo () OK Sumário de Urina (EAS) () OK
Coagulograma () OK Tipagem sanguínea (ABO + RH) () OK
Glicemia () OK Comunicado ao NIR () OK
Creatinina () OK Risco Cirúrgico () OK
Reserva de Hemocomponente () OK Agendamento Cirúrgico () OK
Uréia () OK Solicitação de Material () OK

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA:

Visita pré-anestésica () OK
Visita pré-operatória de enfermagem () OK
Visita pré-operatória médica () OK
Termo de consentimento informado de anestesia/sedação () OK
Demarcação do Sítio Cirúrgico () OK
Termo de Autorização para Procedimentos Cirúrgicos () OK

PROCEDIMENTO CIRURGICO

DATA: 11/12/2013 HORA: 13:17:05

ALTA HOSPITALAR

DATA: 11/12/2013 HORA: 13:17:05

CÓPIA



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

H. E. S. H. L.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. E. S. H. L.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Bianilda Pereira da Silva

6 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO

10.19.196

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

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 - 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 - 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

COMPREV SEGURO

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

ALGUM 10/1/2017

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

MPO 10/1/2017

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CX DHS/DCS - M. Cirúrgica

01 - Placa DCS 14 Furos

04 - Parafuso Esponjoso Nº 65

02 - Parafusos Cortical Nº 28

04 - Parafusos Cortical Nº 34

01 - Parafuso Cortical Nº 36

04 - Parafuso Cortical Nº 40

02 - Fios de Kirschner

Nº 2.5 (Atermente)

(65% usar c/ Guia)

01 - Pinodeslizante 65 (mm)

04 - Parafuso compressão

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CÓPIA



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Domitila Pereira da Silva BE/Prontuário: 461946
 Idade: 28 Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino Cor: Preta Data: 44/108/14
 Clínica/Setor: Ginecologia EMP: 11/2011 LR: 11/19
 Cirurgia: Artroscopia de joelho distal do fêmur direito
 Cirurgião: Dr. Roberto Pereira 1º Assistente: Dr. André (R3)
 2º Assistente: Dra. Jéssica (R2) 3º Assistente:
 Instrumentador: Anestesista: Dra. Rosanna
 Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início Término

Diagnóstico	Procedimento
<u>Artroscopia distal do fêmur (comunicação) direito</u>	
<u>Artroscopia</u>	
<u>Artroscopia</u>	
<u>Artroscopia</u>	
<u>Artroscopia</u>	

Diagnóstico	Procedimento
<u>Artroscopia</u>	
<u>Artroscopia</u>	
<u>Artroscopia</u>	
<u>Artroscopia</u>	
<u>Artroscopia</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição:

Biopsia de Congelamento: ☒ Sim ☐ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Dra. Jéssica F. Rabêlo

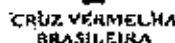
Médico/CRM:

CRM 10045/00

CÓPIA

João Pessoa, 44/108/14

10



ASL-045-

DATA: 13 SEP 13

PRONTUÁRIO: 81.019/46

PACIENTE: S. VANILDA PEREIRA DA SILVA		SEXO: F	COR: PARDA	IDADE: 61a
PRESSÃO ARTERIAL: 116/70	PULSO: 116 bpm	RESPIRAÇÃO: 16/min	TEMPERATURA: 36,2	PESO: 55 kg / GRUPO SANGÜÍNEO: A
ESTADO GERAL: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES: VPM				
AP. RESPIRATÓRIO: sem ruídos		AP. CIRCULATÓRIO: sem alterações		
AP. DIGESTIVO: em jejum	ESTADO MENTAL: L.O.T.E.	DROGAS EM USO: VPM		
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: MIDAZOLAM				ESTADO FÍSICO (ASA): II
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRAT. FÊMUR DISTAL (D)				
CIRURGIA REALIZADA: TRAT. CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL (D)				
CIRURGIÃO: Dr Roberto	AUXILIARES: Dr ANDRÉ (R3) e Dr JESSICA (R2)			
INÍCIO DA ANESTESIA: 8:00h	TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:30h	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2:30h		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 11.14.01	QUANT. DE CH.: 120 ml	VALORES RS: 422,9		
ESTESISTA: Dr ROSSANA		CRM-PB: 422,9		

[illegible][illegible]

CÓPIA

14
15
16
17
18
19
20

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
07 NOV. 2017
AC. PROTOCOLO

Associação de Lentes Não Formas do País
Anestesiologia
CNPq 4129

RELATÓRIO DE CIRURGIA

BRASIL

REVISOR

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
26	Posição e Preparo: Paciente em posição decúbito dorsal, membros superiores e inferiores estendidos. Membros inferiores desarticulados de campos cirúrgicos isolados. Incisão: Incisão de valva labial, em linha média de um dente. Suturas, curadas e descuradas por pontos automáticos. Curadas de hemostasia. Remoção de fibrinos. Achados: Presença de Canal mandibular. Presença de duto da glândula. Presença de estruturas intraósteas entre os fragmentos. Presença da fratura de maxila mandibular com desvio de Conduta: Curado fio-quim com amolador de 954mm. Alargado de Canal. Presença de estruturas intraósteas. Presença de fibrinos e pontos automáticos. Presença de hemostasia. Suturas por pontos automáticos. Curadas de hemostasia. Máscara facial Control. Fechamento: Observação:

CÓPIA

Médico/CRM:



ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:18:51

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:18:51

IDENTIFICAÇÃO

VALIDEZ EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1.720.714 - 2ª VIA

DATA DE EMISSÃO 24/07/2017

IDENTIFICADO MARIA ANUNCIADA DA CONCEIÇÃO

IDENTIFICADOR SERRAVALLE

DOC. ORIGIN. 200371956

CERT. CAS. Nº 70618-12 - LIVRE 84 - FLS. 18 - CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA PB

953.843.584-34

200371956

26/01/2018 13:18:51

IDENTIFICAÇÃO

VALIDEZ EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1.720.714 - 2ª VIA

DATA DE EMISSÃO 24/07/2017

IDENTIFICADO MARIA ANUNCIADA DA CONCEIÇÃO

IDENTIFICADOR SERRAVALLE

DOC. ORIGIN. 200371956

CERT. CAS. Nº 70618-12 - LIVRE 84 - FLS. 18 - CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA PB

953.843.584-34

200371956

26/01/2018 13:18:51

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:18:51

CÓPIA

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:18:51

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07-NOV-2017

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

26/01/2018 13:18:51

24
25

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221770617
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM 20170000278217-5
CPF/CNPJ 6923555420-4
PLACA QFZ9138/PB

JOAO BARBOSA DE FREITAS
CPF/CNPJ 6923555420-4
PLACA QFZ9138/PB

NOVO
ESPECIE TIPO 062KD0810GR470417
COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

PAST/MOTOCICLO APIC
HONDA/NXR160 BROS ESOL
CATEGORIA 2015-2015

2-2-102-101
COTA UNICA VENC. COTA UNICA
PARCELAMENTO/COTAS 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
25/07/2017

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
LOCAL JOAO/PESSOA-PB DATA 26/07/2017

41939 34584

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

PB Nº 013221770617 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT-0800 022 1204

EXERCICIO 2017 DATA EMISSAO 26/07/2017

VIA RENAVAM 20170000278217-5
CPF/CNPJ 6923555420-4
PLACA QFZ9138/PB

PREMIO TARIFARIO
FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 100 (R\$) SEGURO
COTA UNICA PARCELAMENTO DATA DE VIGENCIA 25/07/2017

SEGURODORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.803/0001-04

34584 1029590-20170726

ASL-0429908/17
natalia.silva.0411
28/07/2017 13:17

ASL-0429908/17
natalia.silva.0411
28/07/2017 13:19:23

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
07 NOV 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

COPIA

JS
JG

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTO

Outros

na Líder dos
Seguros DPVAT



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035945/18
Vítima: VANILDA PEREIRA DA SILVA
CPF: 953.943.384-34

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/08/2017
Titular do CPF: VANILDA PEREIRA DA SILVA

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

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA : 050.424.914-22

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de Identificação
Procuração

VANILDA PEREIRA DA SILVA : 953.943.384-34

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/01/2018
Nome: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
CPF/CNPJ: 050.424.914-22

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/01/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

52

ASL-042900

ASL-042000

rate
26/01/

AS

rate
26/0%

35

26/01/2018 13:20:32

COPY

**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): **VANILDA PEREIRA DA SILVA** Sinistro: **3180058967** Data: **08/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R S JUDAS TADEU, 76 - AT DO MATEUS - João Pessoa - PB - CEP 58090-568**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1720714**

Data local do exame: [**21/02/2018**] **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 DISTAL DO FÊMUR DIREITO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE 20 CM NA REGIÃO EXTERNA DO JOELHO E COXA DIREITA. ENCURTAMENTO DE APROXIMADAMENTE 4 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO. MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR E AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES.

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.

FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.

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 membro inferior 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

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 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.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180058967 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANILDA PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/08/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE 20 CM NA REGIÃO EXTERNA DO JOELHO E COXA DIREITA. ENCURTAMENTO DE APROXIMADAMENTE 4 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO. MARCHA CLAUDICANTE COM SOBRECARGA LOMBAR E AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: