



Número: **0856920-17.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VANILDA PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36842 620	19/11/2020 11:04	2763878_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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

Pag. 01181/01182 - carta_01 - INVALIDEZ



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

Pag. 00331/00332 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12357125



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.

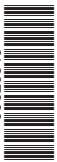
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01897/01898 - carta_15R - INVALIDEZ

00020949



Autorização de pagamento



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

- Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").
- Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou AS: 953-943-384-34 CPF da Vítima: 953-943-384-34 Nome completo da vítima: Vanilda Pereira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Vanilda Pereira da Silva</u>	CPF titular da conta <u>95394338434</u>	Profissão <u>doméstica</u>
Endereço <u>MIRASSOL - SUDAM - ITAPUVA</u>	Número <u>73</u>	Complemento <u></u>
Bairro <u>ARRIO DO ZACARIAS</u>	Cidade <u>3040 Pison</u>	Estado <u>Pernambuco</u>
E-mail <u>vanilda.pereira@lider.com.br</u>	CEP <u>58000-000</u>	Telefone (DDD) <u>83-386619863</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA N°: 1805 DVV: CONTA N°: 00058847 DVV: 5

AGÊNCIA N°: DVV: CONTA N°: DVV:

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

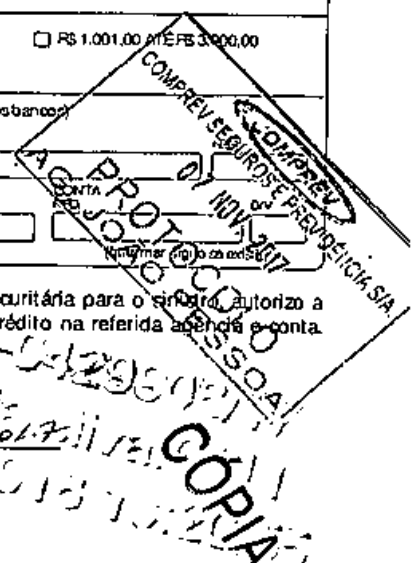
Marta da Silva de novembro de 2017

Local e Data

Vanilda Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017



22

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
28/01/2018 13:20:58

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
28/01/2018 13:20:58

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
28/01/2018 13:20:58

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
28/01/2018 13:20:58



ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
28/01/2018 13:20:58

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
28/01/2018 13:20:58

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
07 NOV. 2017
AG. JOAO PESSOA
ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
28/01/2018 13:20:58

CÓPIA

24
23

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
28/01/2018 13:20:58





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

ASL-0429808/17
natalia.silva.0177
28/09/2018 13:15:16
CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA Nº 02006.01.2017.1.00.420
natalia.silva.0177
28/09/2018 13:15:16

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 1331959, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, no final assinado, compareceu, Vanilda Pereira da Silva, CPF nº 953.943.384-34, nacionalidade brasileira, estado civil viuvo(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, Tedcu, 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 dá 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, HONDÁ/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 DÁ 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 e 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.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

João Pessoa/PB, 03 de novembro de 2017.

67 NOV. 2017
AG. PROTOCOLO
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

Vanilda Pereira da Silva
Notificante

ASL-0429808/17
natalia.silva.0177
28/09/2018 13:15:16

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 1.720.914 e inscrito no CPF sob o nº 853.347.384-74,
residente e domiciliado na Rua das Surtas Tanque 971, bairro
do Anjos, Cidade João Pessoa,

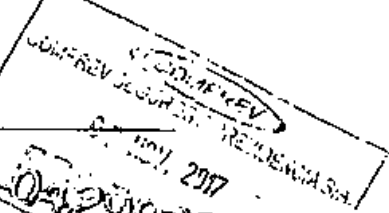
Estado Paraíba, declaro sob as penas da lei, que estou impossibilitado
de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de
requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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 discordo do seu conteúdo.

Nacilde Pereira da Silva
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação



ASL-0429908/17
Natalia Silva, 03 de novembro de 2017
Local e data
26/11/2018 13:16:17

CÓPIA

3



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 DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 050 424814 22 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VANILDA PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 05384278434 do sinistro de DPVAT - cobertura INVÁLIDO 62-11 da Vítima VANILDA PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 95334338434 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
<u>RUA OLÍMPIA D'AMORIM 2000 DE MENAÇÕES</u>		<u>35B</u>	<u>PARTE 2</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>SÃO JOÃO DAS MISSAS</u>	<u>SÃO JOSÉ</u>	<u>Pernambuco</u>	<u>58220 67</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>20072001@hotmail.com</u>	<u>87-586619867</u>		

CÓPIA

natalia.silva.0111
26/01/2018 13:11

Local e Data

Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
07-NOV-2017
PROTÓCOLO
AGUAO PESSOA

57
39





Declaração do Proprietário do Veículo

ASL-042930217-012930217
Eu, Suelio Barbosa Santos Freitas, portador do CPF nº 6923554420, com

RG nº 1224998-1, data de expedição 24/02/2017

Orgão SUD-PO, portador do CPF nº 6923554420, com domicílio na cidade de Soão Pessoa, no Estado de

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua São Sudoeste, Alto do Morro, 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 Vanilda Pereira da Silva, cujo condutor era Roseliide da Silva Santos Freitas

Veículo: MOTO
Modelo: Honda/NX 160 BROS 6500
Ano: 2016
Placa: 2 FZ 9138/AB
Chassi: 3G2K0001061470417
Data do Acidente: 08/08/2017

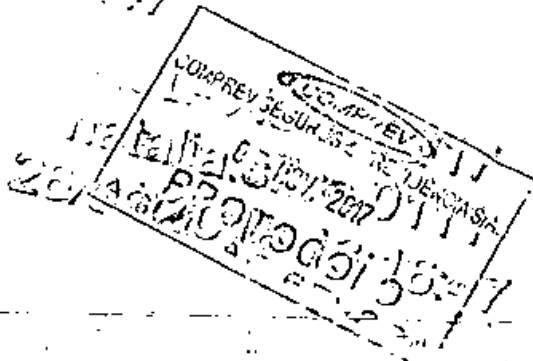
Lugar e Data: Soão Pessoa, 03/11/2017
Suelio Barbosa Santos Freitas
Assinatura do Declarante

Roseliide da Silva Santos Freitas
Assinatura do Conductor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconhecido Por Autenticidade a firma de JORD BARBOSA SANTOS FREITAS, [103486], J. Pessoa-PB, 03/11/2017 12:52:30.
End R#9,23, Fardes:R#0,27 Fepi:R#1,85. ISS:R#0,46. Em test da verdade. Tabela CELEIDA JOSHO FREIRA SILVA.
Selo Digital AF766871-GRIL (Consultar em <http://www.tjpb.jus.br>)



CÓPIA





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

ASL-0429902/17
natalia.silva.0117
26/01/2018
ASL-0429902/17
natalia.silva.0117
26/01/2018

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: VANILDA PEREIRA DA SILVA
 DATA DE NASCIMENTO: 20/03/1958
 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-0429902/17
natalia.silva.0117
26/01/2018

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07.08.2017

PROTOCOLO

TRATAMENTO:
 Fratura da extremidade distal do femur 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

Dra. 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

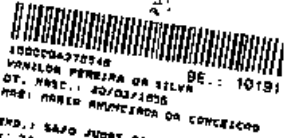
5

CÓPIA





Check List para Atendimento de Trauma no I



ABERTURA DO PROTOCOLO

DATA: 21/11/2018 HORA: 13:17:05

Nome do Paciente: Natália Silva

Idade: 17 Sexo: F

Maior 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? ASL-017

Alergia: () NÃO () SIM Quais? ASL-017

Motivo do atendimento: ASL-017

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

DIAGNÓSTICO: ASL-017

CONDUTA: ASL-017

RX
 Hemograma Completo
 Coagulograma
 Glicemia
 Creatinina
 Reserva de Hemocomponente
 Uréia

Ionograma
 Sumário de Urina (EAS)
 Tipagem sanguínea (ABO + RH)
 Comunicado ao NIR
 Risco Cirúrgico
 Agendamento Cirúrgico
 Solicitação de Material

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA:

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

PROCEDIMENTO CIRURGICO

DATA: 21/11/2018 HORA: 13:17:05

ALTA HOSPITALAR

DATA: 21/11/2018 HORA: 13:17:05

CÓPIA

F(NG). PA. 017 - 1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Domitila Pereira da Silva BE/Prontuário: 461946
 Idade: 28 Sexo: Masculino Feminino Cor: Amarela Data: 14/08/14
 Clínica/Sector: Urologia EMP: 1179 LR: 1179
 Cirurgia: Amputação distal do fêmur comunitária
 Cirurgião: Dr. Roberto Pereira 1º Assistente: Dr. André (R3)
 2º Assistente: Dra. Jéssica (R2) 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Lara Rossana
 Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico	Procedimento
<u>Amputação distal do fêmur comunitária</u>	

Diagnóstico	Procedimento
<u>Medula óssea</u>	
<u>Amoio Intima</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

Dra. Jéssica F. Rabêlo
 CRM 1004509

CÓPIA João Pessoa, 14/08/14

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

8

NOME DO PACIENTE: Janilda Pereira da Silva					
IDADE: 61 ANOS		NASCIMENTO: 10/09/14		INTERMUNICÍPIO: ...	
CLÍNICA: Clínica Cirúrgica Fratura de Fêmur Distal D					
CIRURGIÃO: Dr. Roberto...					
ANESTESIA: ...					
ANESTESISTA: ...					
DISTRIBUIDOR: ...					
DATA: 27/08/2017 HORA: 08:00 CIRURGIÃO: ... FIM: 10:30					
NOME DE REG. DE CÍRULGIA: ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)					
NOME DE REG. DE ANESTESIOLOGIA: ASA I (ASA 1) ASA 2 (ASA 2) ASA 3 (ASA 3)					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) DIFÍCIL (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDIÇÕES ANESTÉSICAS					
MEDICAMENTO	QTD.	MATERIAIS	QTD.	FIOS	QTD.
ALPENTANILA		S. R. 2500 ml		JELCO N° 18	
BUPIVACAÍNA ISOMÉRICA				JELCO N° 20	
BUPIVACAÍNA PESADA		S. R. 500 ml		JELCO N° 21	
CETAMINA				JELCO N° 24	
BROPERIDOL				KIT SET: DREN. TORÁCICA N°	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES		LÂMINA BISTURI N° 11	
FENÓBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI N° 15	
FENTANILA		PVPi DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N° 23	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA		LÂMINA BISTURI N° 24	
ISOFLURANO		PVPi TÓXICO		LÂMINA DB DERMÁTOMO	
LEVODUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DB ENCRERTO	
LEVODUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LIDOCÁINA C/ VASO		AGULHA 13x4,5		LUVA ESTÉRIL N° 10	
LIDOCÁINA S/ VASO		AGULHA 25x07		LUVA ESTÉRIL N° 5	
MIDAZOLAM		AGULHA 25x08		LUVA ESTÉRIL N° 8	
MORFINA		AGULHA 40x12		LUVA ESTÉRIL N° 5	
NEBULIUM		AGULHA PERIDURAL N° 16		MÁSCARA CIRÚRGICA	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N° 17		MULTIMIAS	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N° 18		PERFURADOR DE SORO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUIM N° 25G		SCALP N° 19	
RACIPENTANILA		AGULHA RAQUIM N° 35G		SCALP N° 21	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUIM N° 37G		SERENGA 1ML	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERENGA 5ML	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERENGA 10ML	
TIOPIENTAL		ATADURA CESSADA		SERENGA 20ML	
MEDIÇÕES					
ADRENALINA		BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N° 8	
ÁGUA DESTILADA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N° 10	
ATROPINA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N° 12	
BEXTRA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL		SONDA ASP. TRAQUEAL N° 14	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N° 16		SONDA ASP. TRAQUEAL N° 16	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N° 17		SONDA FOLEY 2VIAS N° 12	
DIPIRONA SÓDICA		CATETER EPIDURAL N° 18		SONDA FOLEY 3VIAS N° 14	
EFEDRINA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTREV.	
FUROSEMIDA		COLBT. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N° 18	
GLUCONATO DE CÁLCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORSEBANDA	
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENTROSE		TUBO ENDOTRAC. ALM.	
LIDOCÁINA GELÉIA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAC. ALM.	
ONDASEFTRONA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAC. ALM.	
PLASIL		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO ENDOTRAC. ALM.	
PROSTIGMIDE		EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE	
PROTAMIDIA		EQUIPO MICROGOTAS			
TENOXICAN		ESPOJIA DE PVPi			
Umobsaxol		ESPARADRAPO			
Profenidol		GAZES			
		GAZES ALGODADAS			
		GEL ELÉTROLÍTICO			
		JELCO N° 18			
		JELCO N° 20			
		JELCO N° 21			
		JELCO N° 24			
		JELCO N° 25			
		JELCO N° 26			
		JELCO N° 27			
		JELCO N° 28			
		JELCO N° 29			
		JELCO N° 30			
		JELCO N° 31			
		JELCO N° 32			
		JELCO N° 33			
		JELCO N° 34			
		JELCO N° 35			
		JELCO N° 36			
		JELCO N° 37			
		JELCO N° 38			
		JELCO N° 39			
		JELCO N° 40			
		JELCO N° 41			
		JELCO N° 42			
		JELCO N° 43			
		JELCO N° 44			
		JELCO N° 45			
		JELCO N° 46			
		JELCO N° 47			
		JELCO N° 48			
		JELCO N° 49			
		JELCO N° 50			
		JELCO N° 51			
		JELCO N° 52			
		JELCO N° 53			
		JELCO N° 54			
		JELCO N° 55			
		JELCO N° 56			
		JELCO N° 57			
		JELCO N° 58			
		JELCO N° 59			
		JELCO N° 60			
		JELCO N° 61			
		JELCO N° 62			
		JELCO N° 63			
		JELCO N° 64			
		JELCO N° 65			
		JELCO N° 66			
		JELCO N° 67			
		JELCO N° 68			
		JELCO N° 69			
		JELCO N° 70			
		JELCO N° 71			
		JELCO N° 72			
		JELCO N° 73			
		JELCO N° 74			
		JELCO N° 75			
		JELCO N° 76			
		JELCO N° 77			
		JELCO N° 78			
		JELCO N° 79			
		JELCO N° 80			
		JELCO N° 81			
		JELCO N° 82			
		JELCO N° 83			
		JELCO N° 84			
		JELCO N° 85			
		JELCO N° 86			
		JELCO N° 87			
		JELCO N° 88			
		JELCO N° 89			
		JELCO N° 90			
		JELCO N° 91			
		JELCO N° 92			
		JELCO N° 93			
		JELCO N° 94			
		JELCO N° 95			
		JELCO N° 96			
		JELCO N° 97			
		JELCO N° 98			
		JELCO N° 99			
		JELCO N° 100			

COMPRIM. SEGUROSE PREVIA
07 NOV. 2017
COLO PESSO
COPIA

PARAFUSOS CORTICIS N° 40 = 01
 PARAFUSOS CORTICIS N° 38 = 02
 PARAFUSOS CORTICIS N° 34 = 04
 PARAFUSOS CORTICIS N° 36 = 20
 PARAFUSOS CORTICIS N° 26 = 20
 PLACA DES 14 FUR...
 EQUIPAMENTOS

Rosângela M. A. Nunes
 Técnica em Enfermagem
 COREN-PR 100573

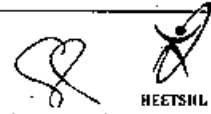
10





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA



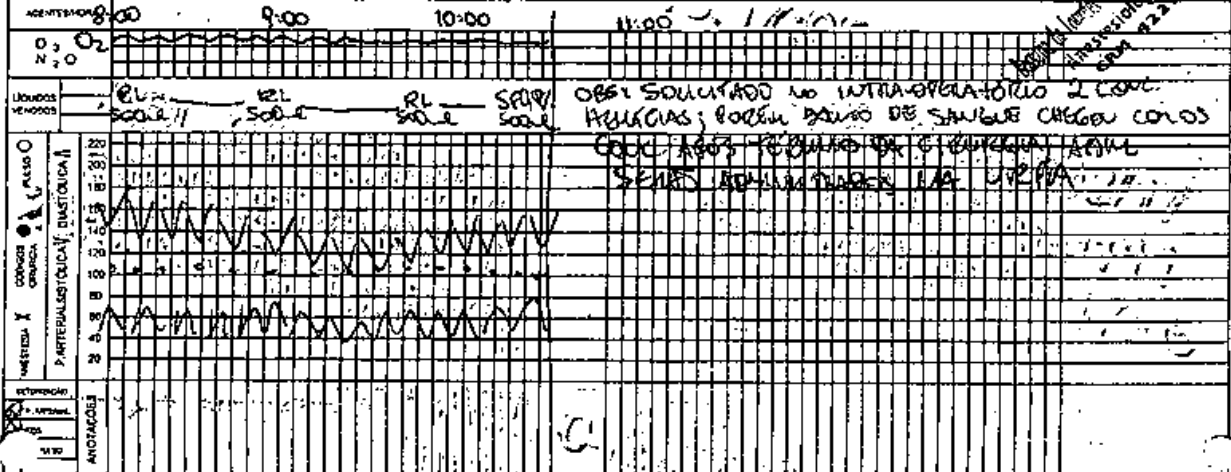
HEETSIM

ASL-0112

DATA: 17/08/17

PRONTUÁRIO: 11019146

PACIENTE: EVANILDA PEREIRA DA SILVA		SEXO: F	COR: PRETA	IDADE: 61a
PRESSÃO ARTERIAL: 116/70	PULSO: 116bpm	RESPIRAÇÃO: 16/min	TEMPERATURA: 36,2	PESO: 42,2
ESTADO GERAL: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES: VPM				
AP. RESPIRATÓRIO: SEM		AP. CIRCULATÓRIO: SEM		
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: FRAT. CIRÚRGICA DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL (D)				
CIRURGIÃO: Dr. Roberto		AUXILIARES: Dr. ADRIL (R3) e Dr. JESSICA (R2)		
INÍCIO DA ANESTESIA: 8:00h	TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:30h	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2:30h		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:		QUANT. DE CIL:	VALORES RS:	
ESTESISTA: Dr. ROSSANA		ARM-PB: 4229		



ANESTESIA GERAL RAQUIDIANIA EPIDURAL BLOQUEIO BLOQUEIOS OUTROS

SEM CARGA AD. C.C. Y AVP - OBTURADO - REALIZADA COM AD. AVP EM MCE (NT8), MONITORADA

1. MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

CLASSE	11. MIDAZOLAM 3mg	11
FRM.	12. CLORALUM 2g	12
SANGRE	13. DOMEPRAZOL 40mg	13
FRMGR	14. QUADRIPTERINA 8mg	14
FRM.	15. HECOLINA DOBUTRIL 20mg	15
FRM.	16. MORFINA 80mg	16
FRM.	17. S.SILVA	17
FRM.	18. S.SILVA	18
FRM.	19. S.SILVA	19
FRM.	20. S.SILVA	20

CÓPIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 NOV 2017
PROTÓCOLO
JOÃO POLO

ASSINATURA DO ANESTESISTA: **[Signature]**



RELATÓRIO DE CIRURGIA

RETEXT

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
20	<p>Posição e Preparo: Paciente em decúbito supino, cabeça elevada, membros superiores e inferiores em extensão, membros inferiores em flexão de 90 graus.</p> <p>Incisão: Uma de volume, lateral, em toda a extensão de uma dobra.</p> <p>Achados: Presença de tecido adiposo, presença de vasos sanguíneos, presença de nervos, presença de músculos, presença de tendões.</p> <p>Conduta: Realização de desbridamento cirúrgico, realização de sutura com fio 3/0, realização de drenagem, realização de curativo.</p> <p>Fechamento: Sutura com fio 3/0.</p> <p>Observação: Realização de curativo.</p>

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

CÓPIA

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

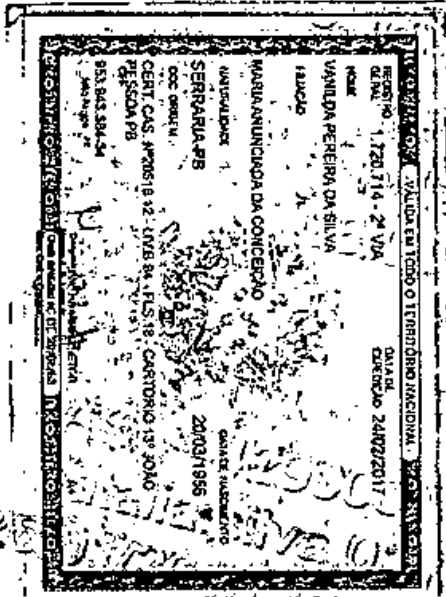
32





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

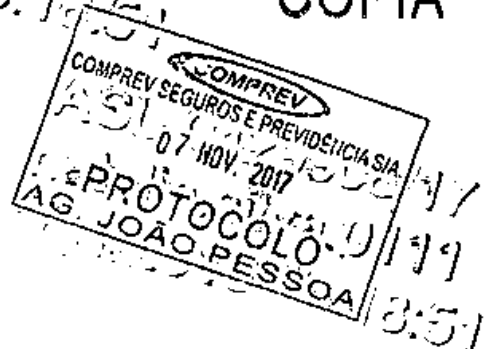
ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/01/2018 13:18:51



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



73
14



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA RUA COD. RENAVAM DATA REG. ESPÉCIE
PR17620170000278217 5
02132235 05/00000000 2017

JOAO BARBOSA DE FREITAS

CPF / CNPJ PLACA
69235554420 QFZ9138/PB

PLACA ANT. UTI. CLASSE
NOVO 06200010000470417

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO ALCO/CASO1

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR160 BROS ESDU 2015 2015

CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 97102 / 01 PARTEC BRUNTA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. / COTAS
00/00/0000 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
00,00 0,00 00,00 25/07/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL DATA
JOAO PESSOA - PB 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 NAO 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 DATA EMISSÃO
2017 26/07/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
4 69235554420 QFZ9138/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
01097094930 HONDA/NXR160 BROS ESDU

ANO FAB. CATEG. ANO CHASSI
2015 19 9C2KD0810GR470417

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SEM PREMIO SEGURO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA PARCELADO 25/07/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.248.808/0001-04

34584-1029590-20170726

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/07/2017 13:15

ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/07/2017 13:19:23

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

COPIA
ASL-0429908/17
natalia.silva.0111
26/07/2017 13:19:23
JS
JG



Outros

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTO

na Líder das
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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



57



PROCURAÇÃO

ASL-04290000

ASL-04290000

26/01/2017

OUTORGANTE: Vanilda Pereira da Silva 09/09/1957
 brasileiro(a), estado civil VIVA, profissão professora
 CI. RG nº 1420714
 CPF/IMF nº 859.343.784-74, residente e domiciliado(a) à Rua Luiz Sá de Souto, 73, Alto do Matheus
 Cidade de João Pessoa Estado Paraíba telefone 83-996618863

OUTORGADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o n.º 050.424.914-22 e RG sob o n.º 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359.ca D, Jardim das Acácias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao OUTORGADO



CARTÓRIO CELEIDA
 SERVIÇOS DE CARTÓRIO
 COLABORAÇÃO COM O JUDICIÁRIO
 Reconheço por Autenticidade a firma de VANILDA FERREIRA SILVA, (103985), J.Pessoa-PB, 03/11/2017 13:54:02 Emi) R99, 23 Farpen:R90, 27 (Fepi:R91, 05, (SS:R90, 46, Em test da verdade, Iubelia CELEIDA COSTA FERREIRA SILVA, Selo Digital 4726878-1088 - 08/11/2017
 At: 03/11/2017 13:54:02

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 20 NOV. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa
 03 de novembro de 2017
 0119
 2017

26/01/2017
 2017
 13:20:30
 COPIA

39
21



**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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% 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.



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:

