
Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180060826**

Vitima: **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **28/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180060826**.

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 12343675



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: RAFAEL DOS SANTOS SILVA

Nº Sinistro: 3180060826

Vitima: RAFAEL DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 28/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180060826**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**

Sinistro: **3180060826**

Vítima: **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **28/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

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 3180060826** 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, 13 de Abril de 2018

Carta nº: 12655585

A/C: RAFAEL DOS SANTOS SILVA

Nº Sinistro: 3180060826
Vítima: RAFAEL DOS SANTOS SILVA
Data do Acidente: 28/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: RAFAEL DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 8.100,00

Banco: 104

Agência: 000000729

Conta: 0000039590-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.100,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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




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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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 ASI: CPF da vítima: 700.452.634-85 Nome completo da vítima: Rafael dos Santos Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Rafael dos Santos Silva CPF titular da conta: 700.452.634-85 Profissão: autônomo
 Endereço: Rua Camunda Filho Número: 311 Complemento:
 Bairro: São José Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000000
 Email: Telefone (DDD): (83) 94181-6739

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO: INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D.V. CONTA NRO. D.V.
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todas as bancas)

BANCO Nome: NRO:
 AGÊNCIA NRO. D.V. CONTA NRO. D.V.
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 04 de janeiro de 2018
 Local e Data

Rafael dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

29 JAN 2018
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Rafael dos Santos Silva</i>		CPF titular da conta <i>700.452.634-85</i>	Profissão <i>autônomo(a)</i>
Endereço <i>Rua Edmunda F. Silva</i>		Número <i>12</i>	Complemento <i>quadra 05</i>
Bairro <i>Bairro São José</i>	Cidade <i>João Pessoa</i>	Estado <i>PB</i>	CEP
Email			Telefone (DDD) <i>(83) 99181-6339</i>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA
 ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. <i>0729</i> DV <i></i>		CONTA NRO. <i>013100039590</i> DV <i>6</i>		BANCO Nome <i></i> NRO <i></i>			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)			

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

João Pessoa/PB, 01 de março de 2018

Local e Data

07 MAR. 2018

Rafael dos Santos Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Rogério dos Santos Silva</i>	CPF da Vítima <i>720.452.639-85</i>	Data do Acidente <i>08/11/2017</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rogério dos Santos Silva 04 de *agosto* de 2018
Local e Data

Rogério dos Santos Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

29 JAN 2018
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP: 58053-900
João Pessoa - PB

comprovação de ato médico:



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 712/009, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1899798, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **RAFAEL DOS SANTOS SILVA** idade 28 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento)** no dia 28/11/2017, na Rua João Cyrillo, Bairro: Altiplano - João Pessoa - aproximadamente às 16:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 06 de Dezembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS - Região: 10471

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

29 JAN 2018



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafael dos Santos SilvaRG nº 3.346.841, data de expedição 16/05/2006 Órgão SSP/PB

CPF nº 700.452.634-85 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Carmundo Figue</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>São José</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99181-6739</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 04/01/2018Assinatura do Declarante: Rafael dos Santos Silva

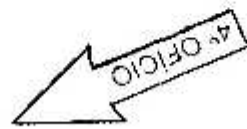
29 JAN 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria José dos Santos Silva
 RG nº 4351266 data de expedição 03/12/1987
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 690.505.974-91 com
 domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Paraíba onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
Edmundo Filho, Bairro São José nº SIN,
 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 Rafael dos Santos Silva cujo o condutor era
Rafael dos Santos Silva.

Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda NXR 160
 Ano: 2017/2017
 Placa: QEV 8304/PB
 Chassi: 9C2KD0910HR455613
 Data do Acidente: 23/11/2017
 Local e Data: João Pessoa, 04/01/2018



x Maria José dos Santos Silva
 Assinatura do Declarante

Rafael dos Santos Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não seja o reclamante do sinistro)

41 TABELIONATO DE NOTAS
 João Pessoa - PB
 TABELIONATO DE NOTAS DE JOÃO PESSOA
 João Pessoa - PB
 04/01/2018 15:56:27
 João Pessoa - PB
 04/01/2018 15:56:27
 João Pessoa - PB
 04/01/2018 15:56:27
 João Pessoa - PB
 04/01/2018 15:56:27

23 JAN 2018



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA - II

**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME <i>Rafael dos Santos Silva</i>			PRONTUÁRIO Nº		
IDADE <i>28 anos</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	
DATA DE ADMISSÃO <i>28/11/2017</i>		DATA DE ALTA <i>22/12/2017</i>	TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>24 dias</i>		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do 1/3 Proximal de Tibia Direito com Fixador Externo</i>				CID <i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de quadril demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
...ECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLÓGICA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura expsta cominutiva do 1/3 proximal da Tibia esquerda com fixador externo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de retirada de fixador externo + redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO: Relativo em casa por **15 dias**.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30 dias**.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45 dias** e com esforço maior em **90 dias**.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Prudaxa.*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21 dias**.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21 dias**.

22.12.2017

DATA

H. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 / SBT 9603

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

29 JAN 2018



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Rafael dos Santos</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	CLINICA	ENFERM.	LEITO	

DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA: <u>13/12/17</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA
------------------	-------------------------------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fratura de zigueira</u>	CID <u>S02.4</u>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES
Los respmt + Kark

PROCEDIMENTO REALIZADO:
Reduções incrementais de Fratura

TESTES ESPECÍFICOS MEDICAMENTOSOS

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O. SIM NÃO COLETA DE MATERIAL SIM NÃO

RESULTADO BACTERIOLÓGICO

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO ÓBITO

RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA PRECEDENTE TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES

Paciente admitido com fratura de zigueira subcutânea à esquerda por acidente de trânsito.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Em Anexos

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA: 13/12/17

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para OMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Carla Maria Carmo Galvão
Clínica Médica - Trauma / Ortopedia
Rég. nº 2537
MÉDICO / CRM

29 JAN 2018

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome: RAFAEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 708.492.634-85

Ativo em 09/08/1989



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DA PARAIBA VIA-01
 SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA
 INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO



Roberto Carlos da Silva
 ASSINATURA DO TITULAR

1. 446.841 18/05/2006

KAPAKL DOS SANTOS SILVA
 ROBERTO CARLOS DA SILVA
 MARIA JOSE DOS SANTOS SILVA

JOAO PESSOA - PE 09/06/1999

NASC. N. 59387 FLS. 259 LIV. A 56
 CARTORIO JOAO PESSOA PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180060826

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RAFAEL DOS SANTOS SILVA

Data do acidente: 28/11/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180060826

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RAFAEL DOS SANTOS SILVA

Data do acidente: 28/11/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA DO TERÇO PROXIMAL DA TIBIA À DIREITA COM PERDA ÓSSEA. FRATURA EM ZIGOMA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VITIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DOR À PALPAÇÃO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO, TORNOZELO E PÉ DIREITOS. DÉFICIT DA MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR ILIZAROV EM PERNA DIREITA E REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA EM FACE.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial, Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			60 %	R\$ 8.100,00

PRESTADOR

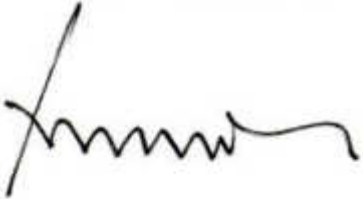
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180060826**

Nome do(a) Examinado(a): **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R EDMUNDO FILHO, 96 - S JOSE - João Pessoa - PB - CEP 58034500

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3446841**

Data e local do acidente: [**28/11/2017**] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [**26/03/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA DO TERÇO PROXIMAL DA TIBIA À DIREITA COM PERDA ÓSSEA. FRATURA EM ZIGOMA

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR ILIZAROV EM PERNA DIREITA E REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA EM FACE.

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

AO EXAME, VITIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DOR À PALPAÇÃO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO, TORNOZELO E PÉ DIREITOS. DÉFICIT DA MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.

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

[] Sim [] Não

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:

Dano cranio facial, Limitação funcional do membro inferior direito

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 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):

Estruturas cranio faciais

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB