



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190018679

Vítima: ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190018679

Vítima: ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000411818-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190018679 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	065.722.534-80	Ana Paula Medeiros dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Ana Paula Medeiros dos Santos		065.722.534-80		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Doméstica	Rua Inácio Alvim Neto	51	Casa	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
Granome	João Pessoa	PB	58088-200	
E-mail:	Tel. (DDD):			
	(83) 48708-8728			

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☒ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 911818-7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 08/05/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00007.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00007.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:55 horas do dia 02 de janeiro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ana Paula Medeiros dos Santos**, conhecido(a) por Ana, CPF nº 065.724.534-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Edileuza Medeiros dos Santos e Paulo Roberto dos Santos, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 04/08/1983 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Inácio Albino Neto, Nº S/N, complemento CASA, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho "nova Vida", na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Próximo Ao Mercadinho "nova Vida", João Pessoa/PB, bairro Paratibe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/08/18 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: **LESÃO CORPORAL DOLOSA**, CPB ART. 129 CAPUT: **LESÃO CORPORAL**, CPB ART. 129 § 1º: **LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE**.

Objeto(s) Envolvido(s):

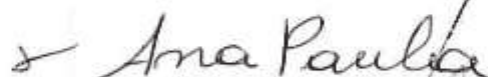
(1) **Moto**, modelo XTZ 125E, marca YAMAHA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor LARANJA, ano 2015/2015, placa OET-1782, chassi 9C6KE1250F0041538, renavam 0104000066-2, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013928923713; nº. P.r.t.: 20180100005533-0; nº. Lacre: 0041746724; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: Campina Grande/pb; alienação Fiduciária: Yamaha Adm. de Consórcio Ltda; em Nome de Sandro Roberto Crus Silva.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

PILOTAVA O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO MESMO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR, SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA E ASSINADO PELO MÉDICO EWERTON NORONHA TEIXEIRA, C.R.M.: 2516/PB

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-9







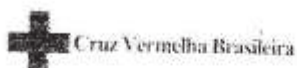
Lucena/PB, 02 de janeiro de 2019.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS
Noticiante





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1099126



Identificação do paciente

ID 1312973	Nome ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS	Sexo Feminino
Data de nascimento 04/08/1983	Idade 35 anos	Estado civil
Mãe EDILEUZA MEDEIROS DOS SANTOS	Pai PAULO ROBERTO DOS SANTOS	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) PAULO RICARDO MEDEIROS SILVA - ESPOSO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986200352	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2486555	Fone Fixo
Local de procedência GRAMAME	Nº Cns	
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	Tipo BAIRRO
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58068143	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO BENTO
Número S/N	Complemento	Bairro GRAMAME	

Admissão

Data e Hora 04/08/2018 15:43:56	Número da pulseira 100004807291	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente QUEDA DO MESMO NIVEL

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

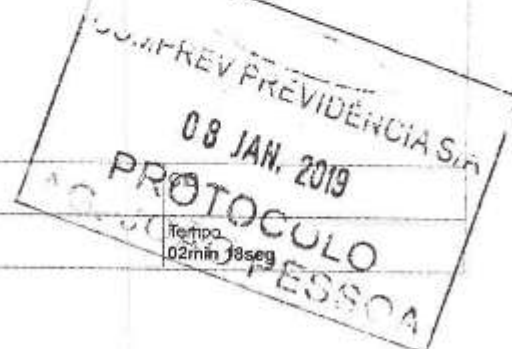
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

Imprimir





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sandro Roberto Louey Silva,
RG nº 30.264422-1 data de expedição 06/12/1993
Órgão SSP, portador do CPF nº 250 189 358-12, com
domicílio na cidade de C. Grande, no Estado de
PARAIBA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
São Lucas - ARAXA, nº 429,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Mrs Paula Medeiros dos Santos, cujo o condutor era
Mrs Paula Medeiros dos Santos.

Veículo: MOTO
Modelo: YAMAHA - XTZ - 125 - E
Ano: 2015 - 0ET - 1782 - PB
Placa:
Chassi: 2015 - 9C6KE12B0F0047538
Data do Acidente: 09/08/2018
Local e Data: Campina Grande - PB 25/09/2018

4º CARTÓRIO
FECHINE

Landro Roberto Cruz Silva.
Assinatura do Declarante

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





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS
DADOS DE NASCIMENTO 04/08/83
NOME DA MÃE EDILEUZA MEDEIROS DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

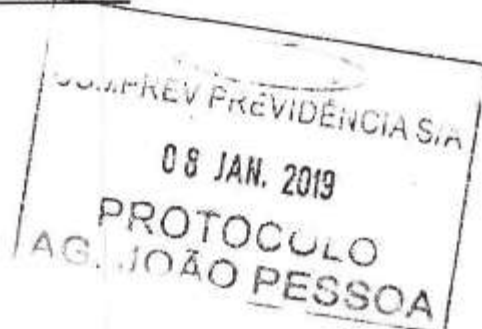
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.099.126
Nº PRONTUÁRIO 110.275
DATA DO ATENDIMENTO 04/08/18
HORA DO ATENDIMENTO 15:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO QUEDA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO E
CID 10 S 42.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de queda por acidente de motocicleta há cerca de 7 hs, encaminhado do Ortotrauma, apresentando trauma em ombro / braço E com dor + incapacidade funcional e fratura do úmero E para avaliação da Ortopedia. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do ombro E - AP
RX do braço E - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do úmero E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Thales Seabra e Dr. João Paulo da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 11/08/18
DATA DA EMISSÃO: 04/12/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTÓPICO
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

COMPREV PREVIDENCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
20.000.000 PESSOA

Código	Descrição
S42.3	Fratura da diáfise do úmero
Conduta	
Internar Paciente	

ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS

Francinelo Freitas
Médico
CRM: 9603
02402579007/SPC

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603/)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLADO
P. JOÃO PESSOA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS		BAE 1099126	Data/Hora Entrada 04/08/2018 15:43:56	Data Baixa
Data de nascimento 04/08/1983	Idade 35a	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 986200352
Mãe EDILEUZA MEDEIROS DOS SANTOS				Prontuário
Endereço FRANCISCO BENTO, S/N		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA DO MESMO NIVEL	Motivo QUEDA	Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO		Nº Cons. Regional 6311/
Data/Hora Classificação 04/08/2018 15:49:55		Data/Hora Prescrição 04/08/2018 15:57:59		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 7 HORAS APRESENTANDO:

VIAS AÉREAS PÉRVIAS SEM COLAR CERVICAL E SEM DOR OU CREPTAÇÕES A PALPAÇÃO DA COLUMNA CERVICAL

B) RESPIRANDO ESPONTÂNEAMENTE, EUPNEICO

C) HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL

D) ECGL:15, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.

E) ABDOME: INDOLOR, DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. DOR TORÁCICA. TRAUMA EM OMBRO/BRAÇO ESQUERDOS. ENCAMINHADA DO TRAUMINHA PARA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA PELO DR. LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO(CRM9328)

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO

ANALGESIA

RX DO TRAUMA

AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

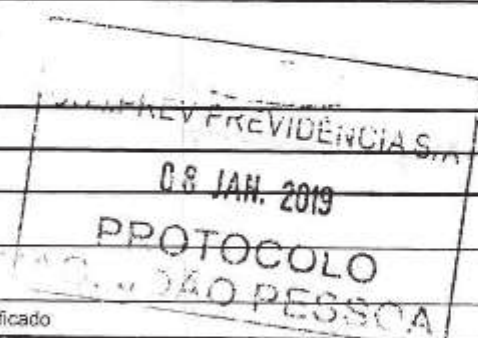
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
V09.9	Motociclista "qualquer" traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Cicero Ludgero
Cirurgião Geral
CRM 6311



Paciente ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1099126	Data/Hora Entrada 04/08/2018 15:43:56	Data/Hora Saída
Data de nascimento 04/08/1983	Idade 35	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 110275
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 09/08/2018 11:15:11)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: RAIO-X DE CONTROLE + HEMOGRAMA + OBSERVAR NEUROVASCULAR + VPM + TIPOIA

STAFF: DR JOÃO PAULO + DR THALLES

Seção: HTOP - APARTAMENTO 07 Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
09/08/2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

000.000.000

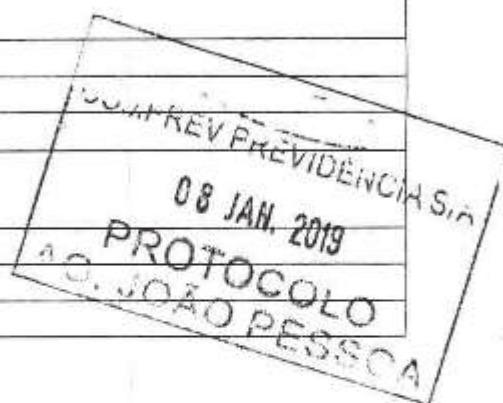
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA E ANTIBIÓTICOPROFILAXIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
Incisão:
VIA DE ACESSO ÂNTERO-LATERAL EM BRAÇO ESQUERDO
INCISÃO LONGITUDINAL
AVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS COM HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO
Condução:
ISOLAMENTO DO NERVO RADIAL
CURETAGEM DO FOCO DE FRATURA
REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA
FIXAÇÃO COM PLACA DCP DE 8 FUROS COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS
REVISÃO DE HEMOSTASIA
LMC COM SF 0,9%
REVISÃO DE FUNÇÃO DO NERVO RADIAL E DE LOCAL DA PLACA EM RELAÇÃO AO NERVO
Encerramento:
FRATURA POR PLANOS ANATÔMICOS
CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:
INSETOS NA SALA DURANTE O PROCEDIMENTO
RX CONTROLE

Médico/CRM:

Lailane
MÉDICA
CRM: 8121

João Pessoa,

9/8/2018



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 08/01/19

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Ana Paula Medeiros do Santos

SEXO: F

COR:

IDADE: 35

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 78 RESPIRAÇÃO: 16 TEMPERATURA: 36.3 PESO: 60.3 GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO: SD

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO: MD

ESTADO MENTAL: BSB

DROGAS EM USO: SD

PRE-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: BOM

CIRURGIA REALIZADA: C/

CIRURGIÃO: Dr. João Paulo

AUXILIARES: Dr. Lima

INÍCIO DA ANESTESIA: 11:45

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH

VALORES RS

ANESTESISTA: Dr. João Paulo & Zepherino

CRM-PB: 22728

AGENTES		12	30	45	60	75	90	105	120	135	150	165	180	195	210	225	240	255	270	285	300
Nº																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					
SOLIDOS																					



Documento de Alta

Nome: PEDRO HENRIQUE NUNES DA SILVA		Número Prontuário 111532
Data de 19/12/1988	Sexo: Masculino	Data de Internação: 08/10/2018 19:04:17
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR		
Conduta: PACIENTE REALIZOU TRATAMENTO CIRURGICO DE LAC D 11/10/2018 - EQUIPE : DR DIEGO E DR RAIFF		
Resumo da Internação: PACIENTE REALIZOU TRATAMENTO CIRURGICO DE LAC D 11/10/2018 - EQUIPE : DR DIEGO E DR RAIFF		
Resultado de Exames:		
Tratamento: PACIENTE REALIZOU TRATAMENTO CIRURGICO DE LAC D 11/10/2018 - EQUIPE : DR DIEGO E DR RAIFF		
Diagnóstico: S43.1 - Luxação da articulação acromioclavicular		
Recomendações: PRESCRIÇÃO ORIENTAÇÕES RETORNO AO AMBULATORIO HTOP		

Dr. Lauri Ferreira da Costa
Cirurgião de Mão e Plástico
CRM: 6918 - PB

LAURI FERREIRA DA COSTA
JUNIOR
CRM: 6918 - PB

Data: 12/10/2018

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

DADOS GERAIS		
Marcação da agenda 11/08/2018 09:07:16	Convênio SUS	
Nome do paciente ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS	Data de Nascimento 04/08/1983	
Dados do agendamento		
Data e Hora 22/08/2018 00:00:00 12:00	Recurso CONSULTA DE RETORNO	Seção CONSULTORIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade ORTOPEDIA	Profissional DOUGLAS MICHALANE PIRES TEIXEIRA
Procedimento	Exame	
Observações		

Sexta - Feira 31/08/18
DR: João Henrique -
meio - DIA - ARQUI - HTOP.



far ok

Nome: <u>Antônio Ribeiro dos Santos</u>			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação:				
<u>Fratura de fêmur L membro</u>				
Diagnóstico Definitivo:				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames:				
Cirurgia realizada - data e equipe:				
<u>Dr. Thiago Justino</u>				
Biópsias:				
<u>Dr. João Paulo</u>				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriológico:				
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:				
<u>paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura de fêmur L membro com fixação</u>				
<u>com placa e parafusos</u>				
Dieta: <u>com flacidez</u>				
Reposo: <u>relativo</u>				
Relativo em casa por, _____ dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa: <u>aspirina e clonazepam</u>				
Retorno: <u>Htop</u>				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.				
João Pessoa: <u>11</u> de <u>28</u> de <u>18</u>				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

UNIFREV PREVIDENCIA S/A
08 JAN. 2013
PROTOCOLO
Nº. JOÃO PESSOA

CRM: 5044-093-00000000
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Nilton da Silva Lima

Nome:			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:		
Data de admissão:		Alta:	Enf.:	Leito:
			Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação:				
Diagnóstico Definitivo:				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames:				
Cirurgia realizada - data e equipe:				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriologista:				
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia ()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:				
Dieta:		Orientações Pós Alta		
Repouso:				
Relativo em casa por, _____ dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa:				
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.				
João Pessoa: _____ de _____ de _____				
Ass. Médico/CRM _____				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

PatientName: ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS Sex: Feminino
BirthDate: 04.08.1983
Age: 35a.

StudyDate: 09.08.2018

E

06 JAN 2019

PROYOCULO

Image:1 Series:1

HTOP

Z < 0 0 < w

PatientName: ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS

Sex: Feminino
BirthDate: 04.08.1983
Age: 35a.

StudyDate: 09.08.2018

E

08 JAN 2019
PROTOCOL
08 FEB 2019

Image:1 Series:1

HTOP



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Ana Paula M. S. S. S. portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S92.2, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 60 (sessenta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 11/08/19

Dr. Nilvan da Silva Lima

CRM: 5044 - 12720 005944-4

Assinatura do(a) Médico(a)

PROTÓCOLO
08 JAN. 2019
JOÃO PESSOA

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



INTEGRADA COLINAS DO SUL

USF COLINAS

SECRETARIA DE SAÚDE

Rua Aposentado Celso de Menezes 3/N

GRAMAME

CNPJ SMS 08 806 754/0001-45

TEL 3235-6575

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que o(a) Sr(a)

Ana Paula Medeiros dos Santos

portador(a) do RG 2.486.555

com comprovante de residência do endereço

R. Francisco Berto 3/N

Gramame

compareceu a esta USF Colinas do Sul II

para atendimento em Enfermagem

no dia 14/08/18 no período das 13:00 às
14:20h.

João Pessoa, 14 de Agosto de 20 18.

Rebecca P. F. Pontes Alcântara
Enfermeira
COREN-PA 202.162

Profissional Responsável (carimbo e assinatura)

PREV. PREVIDÊNCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
C. 1040 PESSOA



ATESTADO MÉDICO



COMPREV PREVIDENCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Ana Paula Medeiros Silva portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 592, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 30 (TRINTA) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 31/08/18

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(_____), a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

PREVIDENCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
2.0040 PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.486.555 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	13/03/2018
NCME	ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS		
FILIAÇÃO	PAULO ROBERTO DOS SANTOS EDILEUZA MEDEIROS DOS SANTOS		
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO	04/08/1983
DOC ORIGEM	CERT. NASC. Nº87092 - LIV A/59 - FLS 116 - CARTORIO 1º CAMPINA GRANDE-PB		
CPF	065.724.534-80		

2004/2018 - 2ª

Ana Paula M. dos Santos

04/08/83

A*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234



Ana Paula M. dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013928923713
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - Cód. RENAVAM - 2018040005533-0
1 0104000066-2 00/00000000 2018

NOME
SANDRO ROBERTO CRUZ SILVA

CPF / CNPJ
25018935812

PLACA
OET1782/PB

PLACA ANT. / UF
NOVO PB 9C6KE1250F0041538

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
YAMAHA/XIZ 125E

ANO FAB. ANO MOD.
2015 2015

CAP / POT / CIL
2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
LARANJA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC. / COTAS

FAIXA LEVA

PARCELAMENTO / COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

23/01/2018

OBSERVAÇÕES

A.F YAMAHA ADM.DE CONSORCIO LTDA

LOCAL

CAMPINA GRANDE-PB

DATA

23/01/2018

33375

89418

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

PB Nº 013928923713 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 23/01/2018

VIA - CPF / CNPJ PLACA
1 25018935812 OET1782/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
01040000662 YAMAHA/XIZ 125E

ANO FAB. CAT. TARE Nº CHASSI
2015 9 9C6KE1250F0041538

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO 23/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.803/0001-04

89418-1224106-20180123



FECHINE
SERVIÇO NOTARIAL
1ª OFICINA

Antonio Hamilton Fechine Damásio - Tabelião
Sarah da Silva Fechine - Tabeliã
R. Marquês do Herval, 58 - Centro - CEP: 53010-010 - Campina Grande, PB
Telefone: (31) 3321-3002 - Fax: (31) 3321-3003

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Campina Grande-PB 11/09/2018 10:18:29
Suenia Medeiros Aguiar Brandão - Escrevente
[2018-024879] ENDL:R\$ 2,37 FAREN:R\$ 0,28 FEPO:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: ANL34800-ANJE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



COMPREV PREVIDENCIA S/A
08 JAN. 2013
PROTOCOLO
A.C. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190018679 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190018679 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA PAULA MEDEIROS DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50