

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE SOUSA DA SILVA

Sinistro: 3180285844
Vítima: JOSE SOUSA DA SILVA
Data do Acidente: 14/12/2014
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180285844** 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



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº. 041/2016

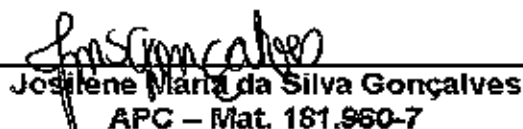
CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2016, encontramos a ocorrência de nº 041/2016, que passamos a transcrever na íntegra: Aos 11 (onze) dias do mês de fevereiro, do ano de 2016 (dois mil e dezesseis), nesta cidade de Juripiranga, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente Dr HUGO PEREIRA LUCENA, Delegado de Polícia Civil, comigo, Policial Civil atendente, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 08:30h, compareceu o senhor **JOSÉ SOUSA DA SILVA**, conhecido por "MAGO", de nacionalidade brasileira, solteiro, afirma só saber assinar o nome, agricultor, natural de Juripiranga/PB, com 46 anos de idade, nascido aos 12.12.1969, filho de José Fernandes da Silva Irmão e Josefa Maria de Souza, RG. 1.939.501 - 2ª via SSP/PB, CPF 033.610.724-25, residente e domiciliado no Sítio Barra, s/n.º - zona rural - Juripiranga/PB, telefone: 8603-3987, o qual passou a NOTICIAR:

Afirma a noticiante que no dia 17/04/2016, esteve nessa delegacia para registrar a ocorrência de um acidente de moto, a fim de receber os benefícios do seguro DPVAT; QUE a referida certidão foi registrada sob o nº 098/2015 a qual continha o seguinte texto: "Afirma a noticiante que no dia 14 de Dezembro de 2014, estava na garupa de uma motocicleta transitando pelas imediações do Sítio Barra, Zona Rural de Juripiranga/PB, quando o Moto-taxista que o levava para casa perdeu o controle da motocicleta e ambos caíram; QUE foi socorrido pelo SAMU para o Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity em João Pessoa/PB, tendo ficado cerca de 26 dias internado; QUE não sabe informar quem era o Moto-taxista nem se ele sofreu ferimentos, e não sabe informar os dados da motocicleta;"; QUE, a seguradora solicitou que fossem acrescentados os dados da motocicleta; QUE, procurou o condutor da moto e trouxe os referidos dados; QUE a moto na qual o noticiante sofreu o acidente era: **HONDA/CG 125 FAN, ano/modelo 2008, COR PRETA, PLACA ECD 7203/PB, chassi 9C2JC30708R176856, em nome de JOSÉ PEDRO DOS SANTOS, O QUAL ERA O CONDUTOR DO VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE;**

Era o que continha dita ocorrência. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expede a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Juripiranga/PB, aos 17 (dezessete) dias do mês de FEVEREIRO de 2016 (Dois Mil e dezesseis), eu policial civil que digitei, assino.



JOSÉ SOUSA DA SILVA
Noticiante


Josilene Maria da Silva Gonçalves
APC - Mat. 181.960-7

DOCUMENTO 1 "T1%"



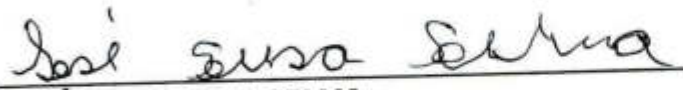


CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº. 098/2015

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2015, encontramos a ocorrência de nº 098/2015, que passamos a transcrever na íntegra: Aos 17(dezessete) dias do mês de abril, do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade de Juripiranga, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente JOÃO AMARO GOMES FILHO, Delegado de Polícia Civil, comigo, Policial Civil atendente, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:00h, compareceu o senhor **JOSÉ SOUSA DA SILVA, conhecido por "MAGO", de nacionalidade brasileira, solteiro, afirma só saber assinar o nome, agricultor, natural de Juripiranga/PB, com 46 anos de idade, nascido aos 12.12.1969, filho de José Fernandes da Silva Irmão e Josefa Maria de Souza, RG. 1.939.501 - 2ª via SSP/PB, CPF 033.610.724-25, residente e domiciliado no Sítio Barra, s/n.º - zona rural - Juripiranga/PB, telefone: 8603-3987, o qual passou a NOTICIAR:**

Afirma a noticiante que no dia 14 de Dezembro de 2014, estava na garupa de uma motocicleta transitando pelas imediações do Sítio Barra, Zona Rural de Juripiranga/PB, quando o Moto-taxista que o levava para casa perdeu o controle da motocicleta e ambos caíram; QUE foi socorrido pelo SAMU para o Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity em João Pessoa/PB, tendo ficado cerca de 26 dias internado; QUE não sabe informar quem era o Moto-taxista nem se ele sofreu ferimentos, e não sabe informar os dados da motocicleta.

Era o que continha dita ocorrência. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Juripiranga/PB, aos 17 (dezessete) dias do mês de abril de 2015 (Dois Mil e quinze), eu policial civil que digitei, assino.


JOSÉ SOUSA DA SILVA
Noticiante


Ryzemberg G. de Lima Santos
Comissário de Polícia Civil
MAT. 156.463-3



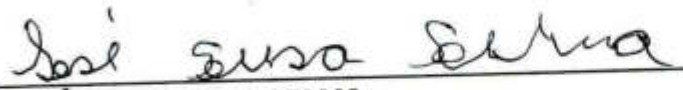


CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº. 098/2015

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2015, encontramos a ocorrência de nº 098/2015, que passamos a transcrever na íntegra: Aos 17(dezessete) dias do mês de abril, do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade de Juripiranga, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente JOÃO AMARO GOMES FILHO, Delegado de Polícia Civil, comigo, Policial Civil atendente, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:00h, compareceu o senhor **JOSÉ SOUSA DA SILVA, conhecido por "MAGO", de nacionalidade brasileira, solteiro, afirma só saber assinar o nome, agricultor, natural de Juripiranga/PB, com 46 anos de idade, nascido aos 12.12.1969, filho de José Fernandes da Silva Irmão e Josefa Maria de Souza, RG. 1.939.501 - 2ª via SSP/PB, CPF 033.610.724-25, residente e domiciliado no Sítio Barra, s/n.º - zona rural - Juripiranga/PB, telefone: 8603-3987, o qual passou a NOTICIAR:**

Afirma a noticiante que no dia 14 de Dezembro de 2014, estava na garupa de uma motocicleta transitando pelas imediações do Sítio Barra, Zona Rural de Juripiranga/PB, quando o Moto-taxista que o levava para casa perdeu o controle da motocicleta e ambos caíram; QUE foi socorrido pelo SAMU para o Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity em João Pessoa/PB, tendo ficado cerca de 26 dias internado; QUE não sabe informar quem era o Moto-taxista nem se ele sofreu ferimentos, e não sabe informar os dados da motocicleta.

Era o que continha dita ocorrência. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Juripiranga/PB, aos 17 (dezessete) dias do mês de abril de 2015 (Dois Mil e quinze), eu policial civil que digitei, assino.


JOSÉ SOUSA DA SILVA
Noticiante


Ryzemberg G. de Lima Santos
Comissário de Polícia Civil
MAT. 156.463-3



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: 02/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SOUSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 000000008470-7

Nr. da Autenticação BA233E441FBAB7F2

BARRIS DU TACRÉPTE

1.1.2.3.3. *Case 3: Personal*

12/12/2023 16:45:00

LÉNGÜLÖKÖK DO PACIENTE AG GER

PLTF: N₂

Figure 1. *Figure 1*

1) Acidentemente Di	em Bravo
1) Politraumatizado	o 1) Convoico
1) Hemorragia	1) Dispinela
1) Diarreia	1) Acitado
1) Regular	1) Chocado
1) Comito	

Observacao:

Modulo, procedete de Idrone
 spre a doua parte, una parte (C) e
 alta (D).

Logistics

: Landuse

Metre Centre (+) d'axe rétic

Prescriptions

1. Identifying the problem

ARIANA SEGUROS
02 MAI 2016

Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nr: 738800

Data e Hora : PRECATORIO (assinatura e carimbo)

am (N)

Marcos - no ... no ...

PROTACOS DA ENFERMAGEM
De: *Neonatas* Dose: *...* *...* *...*

2-1-12

Assinatura da Enfermeira : Reservado p/ liberaçao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UVI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria ☐ Obito: ☐ Acestado ☐ SVD ☐ Ind.

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS

ISUANA SEGUROS
02 MAI 2015



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>José Souza Da Silva</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COOR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <u>14/12/14</u>		DATA DE ALTA <u>03/01/15</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>Fract. deslocada do rádio E</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <u>RX</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Redução aberta e fixação com placa e parafusos</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
<u>Fratura deslocada do rádio E, realizou redução</u> <u>aberta e fixação com placa e parafusos.</u>	

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:	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 este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>DR. LACERDA</u> em <u>30</u> dias para revisão.
---------	---

<u>03/01/15</u>	DATA	ASS. MÉDICO / CRM
-----------------	------	-------------------

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

MAQUINA SEGUROS

02 MAI 2015

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: José Lourenço da Silva

Relatório médico

Paciente portador de CID-10.
S42.0 e S52.4, com
risco de morte por
trauma de 14/11/2014. Atualmente,
em tratamento de alta com
medicamentos, para a re-
sumir as suas atividades
laborativas.

 J. Lourenço, 05704117

Assinatura e Carimbo

06 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: José Sousa da Silva

Melotomus melotomus

Paciente diabético por-
tador de CID-552.4.
Motivo cirúrgico com
doença o uso de insulina
de 2014. Evoluindo com
complicações (obesidade
no antebraço) que está
se tornando o ob-
stáculo. Paciente de anti-
cis função para con-
ter as necessidades
de vida diária.

Dr. Francisco Lauro Vieira Damasceno
Ortopedia Pediátrica
CRM-PB 3913

Pernambuco, 21/06/2018

Assinatura e Carimbo



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: José Lourenço da Silva

Relatório médico

Paciente portador de CID-10.
S42.0 e S52.4, com
risco de morte por
trauma de 14/11/2014. Atualmente,
em tratamento de alta com
medicamentos, para a re-
sumir as suas atividades
laborativas.

 J. Lourenço, 05704117

Assinatura e Carimbo

06 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Serviço Social

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº		Data:	14/12/14
Paciente:	Joni Sousa da Silva		
Origem:	W. Fome H. R. 1.		
Solicitante:	W. Fome	Clinica:	ortopedica

Motivos do Encaminhamento

contusão e fratura do antebraço direito
do + admission no posto emerg.
devido a contusão e fratura em
no postento.
fratura

Waldberto Freire
Médico - CRM 4979
M. 18.21-22

Medicação administrada

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: 633214-1980
FAX: 633214-1981 CNPJ: 13.202.434/0001-28

FICHA DE ATENDIMENTO
Ficha N°: 718800 Atcd: Nao Regulado
Data: 14/12/2014
Hora: 04:47:44
Recepcionista: DRYCIANE CRUZ FERREI
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: JOSE SOUSA DA SILVA
CNS: 898004181401457 Sexo: M IDENTITY: 1939501 Fone: 8780502a
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc: 12/12/1969 Id: 45 ano(s)
End: SITIO BARRA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: JURUPIRANGA UF: PB
Pai: JOSE FERNANDES DA SILVA IRMAG
Mae: JOSEFA MARIA DE SOUZA
Ocupacao: AGRICULTOR
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp: IRMAG JOSE SERGIO
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: SANU a

Num. de vezes atendido: 1
Num. Frontuario: 2014.12.001214

Transporte utilizado: SANU
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia por: NAO
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA
ATEN

Tipo de Classificacao de Risco:

PA: FR: ☐ Aoarentemente S
FC: TP: ☐ Politraumatizado
Peso: Altura: ☐ Hemorragia
Glicemia: IMC: ☐ Diarreia
Circ. Add: O2%: ☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomitado

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER
em: Grave
o: Convulsao
F: Agitado
Chocado

Medicacao, procedente de Terapias
apresentando uma pulso (D) e
outra (D).

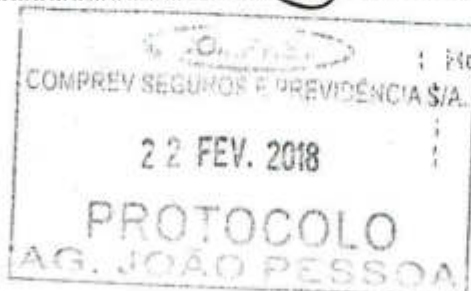
Diagnostico

Intox. Alimentar (D) disforia

Prescricao

Condicao

Horario da medicacao



DR. TORIBIO GOMES PEREIRA
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
Cirurgia do Joelho
CRM: 6350

Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nr: 718600

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

de: Medicamentos : Dose : Horário : Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Yox Grego de Souza

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS

Hospital: Ortopedia de mangabeira Código: _____
 Procedimento: Fract. diafrase Rádio E. Cód. do Procedimento: _____
 Paciente: João Souza
 Data da Cirurgia: 05/01/15 N° prontuário: 2014.12.12.14 Convênio: _____
 Cirurgião: Dr. Lacio + Dr. Reme Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
	<u>Cx. 3,5</u>			
<u>01</u>	<u>Placa estriada de 07F</u>			
<u>04</u>	<u>Parafusos cort. n°14</u>			
<u>01</u>	<u>Parafuso cort. n°12</u>			
<u>01</u>	<u>Parafuso cort. n°16</u>			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

									Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical	N°									
() mm	Qtd									
	Cód									
Parafuso Cortical	N°									
() mm	Qtd									
	Cód									
Parafuso	N°									
Espoonso 4,0 mm	Qtd									
	Cód									
Parafuso	N°									
Espoonso 6,5 mm	Qtd									
R/16 CURTA	Cód									
Parafuso	N°									
Espoonso 6,5 mm	Qtd									
R/32 LONGA	Cód									
Parafuso	N°									
Maleolar 4.5 mm	Qtd									
	Cód									

COMPREV/SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

22 FEV. 2018

 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Dr. Luiz Juvenio Medeiros

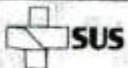
Obs.: O preenchimento prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

 Cód. do consultor: 228 Total: _____



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

2 - CNES

2 3 9 9 6 2 8

4 - CNES

2 3 9 9 6 2 8

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE SOUZA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 - Placa *Cx. 3,5* estreita de 07 F
04 - Paraf. *ort. n° 14*
01 - Paraf. *ort. n° 12*
01 - Paraf. *ort. n° 16*

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

Dr. Luiz Wilson
Otorrinolaringologista
R. 11 - 11637

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

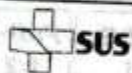
45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha
2/2

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52-QTDE.
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55-QTDE.
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	56-QTDE.
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61-QTDE.
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64-QTDE.
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67-QTDE.
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70-QTDE.
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73-QTDE.
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76-QTDE.
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79-QTDE.
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82-QTDE.
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85-QTDE.
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88-QTDE.
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91-QTDE.
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94-QTDE.
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97-QTDE.

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

7 fô 2, E. x3
VE = m. tres 9 - 10
SE = m. tres 9 - 10
DE = m. tres 9 - 10

PROFISSIONAL SOLICITANTE

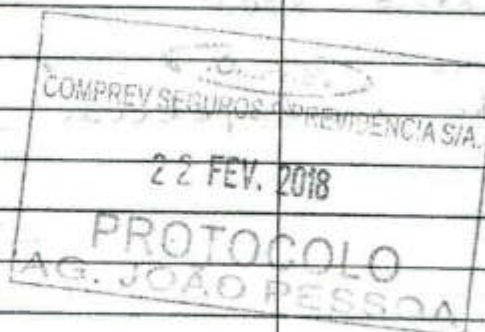
99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>João Sousa da Silva</u>				Registro:	
Idade: <u>05.03.15</u>	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>Dr. Lucas</u>			1º Assistente: <u>Dr. Reme</u>	
2º Assistente: <u>Dr. Lucio Juvenal</u>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Tumor Parotídeo no Pólo (L)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Osteossíntese</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 (X) Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim		
			2 (X) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Assadura + Antissepsia
- ② Anestesia de campo estéril

Incisão:

- ③ Incisão de Thomassen em antebraço
- ④ Descolagem da pele

Achados:

- ⑤ Limpeza de foco de infecção
- ⑥ Redução cirúrgica da infecção

Conduta:

- ⑦ Apraxia da placa de osso
- ⑧ Furores com parafusos corticais
- ⑨ Sutura da pele
- ⑩ Anestesia local

- ⑪ Tala ariloplastia

Fechamento:

OBS:

COMPREI SEGURANÇA E PREVENÇÃO S/A.
 22 FEV. 2018
 PROTOCOLO
 AG. UCA/RESERVA

Data: 05/01/15

Dr. Luiz J. Mendes
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - PB 8637

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>José Sousa da Silva</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <u>14/12/14</u>		DATA DE ALTA <u>03/01/15</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fratura descolada do rádio E</u>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS <u>Fratura da clavícula D</u>					
PRINCIPAIS EXAMES <u>Rx</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Redução aberta e fixação com placa e parafusos</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input type="checkbox"/> MELHORADO. <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO

HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES

Fratura descolada do rádio E; realizou redução
aberta e fixação com placa e parafusos

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: 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 este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em
Ao Ambulatório do DR CAERIO

para retirada de pontos.

em 30 dias para revisão.

03/01/15

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 033.610.724-25

Nome da Pessoa Física: JOSE SOUSA DA SILVA

Data de Nascimento: 12/12/1969

Situação Cadastral: REGULAR

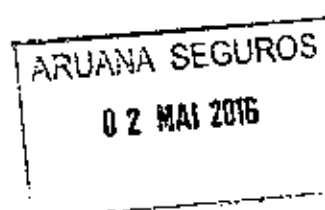
Data da Inscrição: 03/12/1997

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 14:03:12 do dia 12/04/2016 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 67B9.D0A0.14EE.556C

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



DOCUMENTO 3 "T36"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8220553-5 SESP PR

CPF
075.400.659-07

DATA NASCIMENTO
03/10/1990

TRÊS
SERGIO TOMIO HARA
ROSELI RICARDO HARA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
B

NP REGISTRO
04803252315

VALIDADE
25/02/2019

1ª HABILITAÇÃO
09/11/2009

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
856069372



PROIBIDO PLASTIFICAR
856069372

OBSERVAÇÕES
A

Simone C.R. Hara

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL
LONDRINA, PR

DATA EMISSÃO
27/02/2014

Arcos (RAN)

58823046960
PR906974268

ASSINATURA DO EMISSOR
DETRAN-PR (PARANÁ)



ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

DI-P 148

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Jose Sousa da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
033.610.724-25

Nome
JOSE SOUSA DA SILVA

Nascimento
12/12/1969



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.939.501 2ª Via DATA DE EXPEDIÇÃO 07 MAR 2002

NOME JOSÉ SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO José Fernandes da Silva Irmão
Josefa Maria de Souza

Juripiranga-PB

NATURALIDADE 12-12-1969
DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM Cert. Nasc. 7.813 Fls. 102 Liv.
17-A Cart. Juripiranga-PB

CPF

João Pessoa/PB

DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
LARNILDO MUNIZ CLAUDINO

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISOR DE
528661 SSP PB

CPF
203.726.824-00

DATA NASCIMENTO
13/10/1959

RESCALDO
ASSER CLAUDINO DO
NASCIMENTO
ANTONIA MUNIZ CLAUDINO

RESCALDO
ACC
CARTÃO

VALIDADE
00919387006

VIGENCIA
04/09/2020

VALIDACAO
15/05/1976

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1152903474

PRESESSO PLASTIFICAR
1152903474

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
10/09/2015

80657655914
PB031295703

DEBEM, PB (PARAIBA)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.939.501 28 Via 11 MAR 2002

COISA

NOME JOSÉ SOUSA DA SILVA

RELACION José Fernandes da Silva irmão

Josefa Maria de Souza

Naturalidade Juripiranga-PB

12-12-1969

DOC BRASIL Cert. Nasc. 7.813 fls. 102 Liv. 17-A Cert. Juripiranga-PB

CPF 04.104.103-7

João Pessoa 28/02

LEI Nº 1.115 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA DI-P 148

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINA LUNA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

JOSE SOUSA JOSILINA

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

21 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
LARNILDO MUNIZ CLAUDINO

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISOR DE
528661 SSP PB

CPF
203.726.824-00

DATA NASCIMENTO
13/10/1959

RESCALDO
ASSER CLAUDINO DO
NASCIMENTO
ANTONIA MUNIZ CLAUDINO

RESCALDO
ACC
CARTÃO

VALIDADE
00919387006

VIGENCIA
04/09/2020

VALIDACAO
15/05/1976

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1152903474

PRESTISSO PLASTIFICAR
1152903474

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
10/09/2015

80657655914
PB031295703

DEBEM, PB (PARAIBA)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180285844

Cidade: Juripiranga

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE SOUSA DA SILVA

Data do acidente: 14/12/2014

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DUAS CICATRIZES EM TERÇO MÉDIO DISTAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO MEDINDO CERCA DE 09 CM , PSEUDOARTROSE DO PUNHO ESQUERDO, REDUÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS, HIPOTROFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. PRESENÇA DE BATENTE ÓSSEO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE CLAVÍCULA DIREITA, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ROTAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO DIREITO COM REDUÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS QUE EVOLUIU COM REJEIÇÃO DO MATERIAL DE SÍNTESE, INFECÇÃO E ABCESSO LOCAL. FEITA DRENAGEM DE ABCESSO E RETIRADA DA PLACA E PARAFUSOS QUE EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE DO PUNHO ESQUERDO. FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO E QUE EVOLUIU COM BATENTE ÓSSEO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do punho esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/07/2018

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

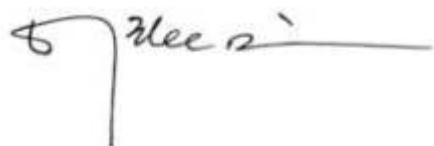
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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: **3180285844**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE SOUSA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO BARRA, S/N - ZONA RURAL - Juripiranga - PB - CEP 58330-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1939501**

Data e local do acidente: [**14/12/2014**] **ZONA RURAL DE JURUPIRANGA-PB**

Data e local do exame: [**11/07/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

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

VÍTIMA APRESENTA DUAS CICATRIZES EM TERÇO MÉDIO DISTAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO MEDINDO CERCA DE 09 CM , PSEUDOARTROSE DO PUNHO ESQUERDO, REDUÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS, HIPOTROFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. PRESENÇA DE BATENTE ÓSSEO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE CLAVÍCULA DIREITA, LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ROTAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO DIREITO COM REDUÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS QUE EVOLUIU COM REJEIÇÃO DO MATERIAL DE SÍNTESE, INFECÇÃO E ABCESSO LOCAL. FEITA DRENAGEM DE ABCESSO E RETIRADA DA PLACA E PARAFUSOS QUE EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE DO PUNHO ESQUERDO. FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO E QUE EVOLUIU COM BATENTE ÓSSEO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do punho esquerdo

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):

Punho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB