

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **RODOLFO LACERDA MARTINS**
Nº Sinistro: **3180112488**
Vitima: **RODOLFO LACERDA MARTINS**
Data do Acidente: **22/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180112488**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- 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

Carta nº 12505771



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **RODOLFO LACERDA MARTINS**

Nº Sinistro: **3180112488**

Vitima: **RODOLFO LACERDA MARTINS**

Data do Acidente: **22/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180112488**.

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 12506823



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **RODOLFO LACERDA MARTINS**

Sinistro: **3180112488**
Vítima: **RODOLFO LACERDA MARTINS**
Data do Acidente: **22/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

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 3180112488** 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, 22 de Maio de 2018

Carta nº: 12839827

A/C: RODOLFO LACERDA MARTINS

Nº Sinistro: 3180112488
Vítima: RODOLFO LACERDA MARTINS
Data do Acidente: 22/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

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: **RODOLFO LACERDA MARTINS**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000558**

Conta: **000000061261-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RODOLFO LACERDA MARTINS**

Sinistro: **3180112488**
Vítima: **RODOLFO LACERDA MARTINS**
Data do Acidente: **22/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

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 3180112488** 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, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RODOLFO LACERDA MARTINS**

Nº Sinistro: **3180112488**

Vitima: **RODOLFO LACERDA MARTINS**

Data do Acidente: **22/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180112488**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

110.752.121-64

Nome completo da vítima

RODOLFO LACERDA MARTINS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

RODOLFO LACERDA MARTINS

CPF titular da conta

110.752.121-64

Profissão

REGUSOV

Endereço

SÍTIO LAGOA DOS ESTRELA

Número

S/N

Complemento

Bairro

ATEIA RURAL

Cidade

SOUSA

Estado

PB

CEP

58800-000

Email

VANDINHO DPVAT@GMAIL.COM

Telefone (DDD)

83/99173-1754

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

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ 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)**

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

AGÊNCIA

NRO.

0558

D/V

CONTA

NRO.

00061261

D/V

4

(Informar dígito se existir)

(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.

SOUSA-PB, 23 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Rodolfo Lacerda Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

034-601516360-0

03/FEV/2018

HORA DF 10:36:28

LOT: 13.15028-2
LOCALIDADE: SOUSA
AG. VINCULADA: 0558

TERM: 010379

CONTROLE: 075036222

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0558 013 00061261-4

RODOLFO LACERDA MARTINS

VALOR

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

034-601516360-0

1ª VIA

12 MAR. 2018

12 MAR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB
2ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA/PB - GABINETE TITULAR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 34/2018

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO-LESÃO

Local Fato: SOUSA/PB **Data do fato:** 22/12/2017 **hora:** 22:00

Notificante: RODOLFO LACERDA MARTINS, alcunha "RODOLFO",
Nacionalidade: Brasileira, natural de: SOUSA/PB, idade: 25 anos,
nascido em 30/05/1992, cor/raça: *****, Estado Civil: Casado,
Profissão: AGRICULTOR, Escolaridade: alfabetizado, documento: RG
003356197 SSP-RN, filiação: FRANCISCO LUCIANO MARTINS DE OUSA e de
RAIMUNDA LACERDA DE DÃ, endereço: ***** SÍTIO LAGOA DOS ESTRELA,
ZONA RURAL, SOUSA/PB, referência: . Tel/Cel: (83) 99371-9397;

HISTORICO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que no dia e hora citados conduzia uma moto HONDA CG 125 TITAN KS, ANO/MOD 2003/2004, COR PRETA, PLACA MMT 9671/PB, CHASSI 9C2JC30104R075387 registrada em nome de Wanderley Francisco dos Santos, quando ao transitar na via publica no Sítio Saquinho nesta cidade e ao tentar desviar de um animal na pista perdeu o equilibrio e foi ao solo; Que foi socorrido pelo corpo de Bombeiros para o hospital regional desta cidade; Que devido ao acidente sofreu fratura na perna . Nada mais a consignar.

Sousa/PB, 19 de JANEIRO de 2018. Às 15:25 horas.

Rodolfo Lacerda Martins
☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Cicera Alves
Assinatura do Policial responsável pelo registro
CICERA ALVES
Matrícula: 168611-9

POLÍCIA DISTRITAL

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Francisco Claudio Beserra

DOCUMENTO ORIGINAL

12 MAR. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 526/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data e hora do fato: 22/12/2017, às 22h 00min

Local do ocorrido: Sousa/PB.

Data e hora em que a delegacia tomou conhecimento: 09/04/2018, às 09h 52min

COMUNICANTE: RODOLFO LACERDA MARTINS, alcunha **, **Filiação:** Francisco Luciano Martins de Sousa e Raimunda Lacerda de Sá, **Profissão:** agricultor, **Estado Civil:** casado, **Naturalidade:** Sousa - PB, **Nacionalidade:** brasileira, **Data de Nascimento:** 30.05.1992, **Endereço Residencial:** Comunidade Lagoa dos Estrelas, Sousa - PB, **Endereço Profissional:** **, **Telefone:** **, **Portador da CI/RG nº:** 003.356.197 - SSP/RN, Título Eleitoral **, CPF 110.752.124-64, **CNH XXXX**.

VÍTIMA: O comunicante

HISTÓRICO: Que, na data de 22.12.2017, por volta de 22h00min estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 TITAN KS, 2003/2004, PRETA, placa NNT-9671/PB, RENAVAM 00821058096, Licenciada em nome de WANDERLEY FRANCISCO DOS SANTOS, quando nas proximidades da Rua da Malhada dos Alves, na comunidade Lagoa dos Estrelas, zona Rural desta Cidade, Perdeu o controle da motocicleta ao passar num buraco e caiu; QUE, foi socorrido pelo 6º. BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITARES e encaminhada ao Hospital Regional de Sousa; QUE, em decorrência deste acidente sofreu fratura na Tibia direita e foi cirurgiada; Que, deseja certidão para fins de DPVAT. Ciente ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não seja estritamente a verdade.

SOUSA - PB, 09 de abril de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: BEL. DEL. VICENTE HONÓRIO FILHO

COMUNICANTE: Rodolfo Lacerda Martins

ESCRIVÃO: [Assinatura]

Karolina Kelly Damasceno Silva
Agente de Investigação de Polícia Civil
MAT.: 168 559-7

20 ABR. 2018

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 interditada 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

RODOLFO LACERDA MARTINS

CPF da Vítima

110.752.121-64

Data do Acidente

22/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

VANDINHO DPVAT@GMAIL.COM

Telefone (DDD)

83/99173-1754

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.

SOUSA-PB, 23 de FEVEREIRO de 2017

Local e Data

Rodolfo Lacerda Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE**

Flávio
Comandante 6º BBM

Flávio Cavalcanti Alves
TEN BM Matr. 519.173-4

CERTIDÃO Nº 001/2018

CERTIFICO para os devidos fins, que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 22/12/2017, solicitado pela Sra. Lidyene Moraes Dos Santos, consta que foi socorrido (a) por volta das 22h00min o Sr. Rodolfo Lacerda Martins RG. 003.356.197 SSP/PB, vítima de queda de moto, ocorrido na Rua Malhada Dos Alves, Comunidade Lagoa dos Estrelas, Sousa-PB. Que a guarnição do AR-32 estava composta pelo SD Sabrina (Chefe), SD Passos (2º Socorrista) e pelo SD Wesley (Conductor).

RELATO DA GUARNIÇÃO:

Ao chegar ao local da ocorrência, a vítima, o senhor Rodolfo Lacerda Martins, encontrava-se em decúbito dorsal, com provável fratura de tíbia e fíbula direita, foi estabilizado e conduzido ao Hospital Regional de Sousa, onde ficou aos cuidados médicos da equipe de plantão.

OBS 1: Segundo informações de curiosos, ele vinha conduzindo a moto e bateu num buraco perdendo o controle da mesma e caindo ao solo.

OBS 2: A vítima apresentava sintomas de embriaguez.

OBS 3: A moto foi levada do local enquanto a equipe (AR-32) prestava os primeiros atendimentos

Eu, **Asp BM Itapuan Silva Barreto** Mat.527.447-8, digitei a referida certidão, que vai assinada por mim e pelo comandante da unidade.

Itapuan
Itapuan Silva Barreto
ASP. BM
Matricula: 527.447-8

SOUSA-PB, 04/01/2018



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 6º Batalhão de Bombeiro Militar
Rua Sinfrônio Nazare, nº 99. Estreito - CEP. 58.800-240 - Sousa/PB
Fone: (83) 3522-6361 / (83) 3522- 6167 - E-mail: bombeiros.sousa@gmail.com

DOCUMENTO ORIGINAL

12 MAR. 2018

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: 16/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODOLFO LACERDA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000061261-4

Nr. da Autenticação 68EBD9814E409BF0

Cód. para Dik. Automático: 0000914200

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Dez / 2017	28/12/2017	28/01/2018	11075212464

UC (Unidade Consumidora): 5/814490-9

Canal de contato

Overeio com segurança e que se integra bem e aprende
rápido. Amigo para todos os tipos de rede e com a rede as
suas coisas ficam seguras. Tudo de usar faz
instalação para qualquer coisa. Com segurança, mas de graça.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/11/17	6331	29/12/17	5435	1	28	29
Demonstrativo						
CD	Descrição	Quantidade (Tributo)	Valor Base (Cot. Atq)	Imposto (R\$)	Base Calc. (R\$)	Valor Total (R\$)
		Tributo Total (R\$)	COTIZACAO (R\$)		Por Consumo (R\$)	Por Consumo (R\$)
0001	Consumo em kWh	68,006 (3,03063)	32,27	0,00	0,00	32,27
0003	Adm. B. Yemaiba	3,39	6,00	0,00	2,80	8,80
0110	Suporte	13,80	0,50	0,00	13,80	0,50
LARGACAO DE TUBO 1000000						
0004	JUROS DE MORA 10/2017		0,00	0,00	0,00	0,00
0006	MULTA 10/2017		0,00	0,00	0,00	0,00
0008	ATUALIZACAO MONETARIA 10/2017		0,00	0,00	0,00	0,00
0009	Demora de Entrega		0,00	0,00	0,00	0,00

EC College in Dordrecht in the form	TOTAL	27.18	0.00	0.00	40.95	0.25	1.00
-------------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
08/01/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 37,16

Histórico de Consumo (kWh)

1995	1997	1999	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100
1995	1997	1999	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100

1ed5.3f10.0302.d25f.781a.f696.71bb.f88

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MINIMA			Desperdício de energia	19,10	31,36
DC TRANSFORM.	23,47		Perdas técnicas	18,12	29,52
DC MAX.	40,00	30,00	Perdas de transmissão	1,68	2,73
DC MINIMA	1,79		Desperdício de energia	2,28	3,70
DC TRANSFORM.	31,39		Perdas técnicas	2,82	4,59
DC MAX.	50,00	50,00	Perdas de transmissão	0,00	0,00
DC MINIMA	1,79		Desperdício de energia	19,10	31,36
DC TRANSFORM.	23,47		Perdas técnicas	18,12	29,52
DC MAX.	40,00	30,00	Perdas de transmissão	1,68	2,73
DC MINIMA	1,79		Desperdício de energia	2,28	3,70
DC TRANSFORM.	31,39		Perdas técnicas	2,82	4,59
DC MAX.	50,00	50,00	Perdas de transmissão	0,00	0,00
Total				20,18	32,99

0079-6665/96/0007-0000\$05.00/0

ATENÇÃO

[illegible]

Paturas em atraso	
Nov/17	46,68

12 MAR. 2018

WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA
RUA BASÍLIO SILVA, 89 / TERREO - ESTACAO
SOLSA - PB CEP 58807262 (AG. 177)

Energisa

Emissão: 20/11/2017 - Referência: Nov/2017
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rôbo: 10 - 177 - 105 - 101 - Nº medidor: 00008741810

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 201 Km 25 - Centro Rodovia João Pessoa - PB - CEP 50071-000
CNPJ nº 06.903.000/0001-41 - Insc. Est. 50.015.424-0

Nota Fiscal: Carta de Energia Elétrica Nº 0001741810
Cód. para Dis. Automática: 00017078007

Atendimento ao Cliente ENERGISA **C800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	20/11/2017	18/12/2017	3139015461
			INSC. EST.

UC (Unidade Consumidora): **5/1757550-7**

Canal de contato

PREZADO CLIENTE

O valor na conta do item "COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFÁRIO" corresponde a cobrança de diferença de faturamento ao mês de Outubro de 2017, ocasionada pela publicação da Resolução Normativa nº 2.291, conforme disposto no Art. 113 da Res. Normativa nº 414/2010.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/10/17	Leitura 4030	Data 20/11/17	Leitura 4215	
			185	32

Demonstrativo

CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Alq. kWh (R\$)	Base Calc. Pro (R\$)	Cólm (R\$)
0001	Consumo em kWh	185,000	0,754540	139,59	139,59	27	37,88
0001	Adc. B Variável			12,52	12,52	27	3,38

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	10,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 10/2017	0,67	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2017	3,67	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0801	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017	0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0809	COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFÁRIO 10/2017	8,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCl	Código de Classificação do Item	TOTAL	175,42	157,11	41,08	152,11	2,03	0,31
-----	---------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)
185

VENCIMENTO
27/11/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 175,42

Histórico de Consumo (kWh)

246	278	124	156	118	110	217	89	265	110	253	271
Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16

RESERVA DO FISCO

f85a.1f8c.c83d.ad73.ad1c.6feb.dcd6.a6db.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,27	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,54		
DIC ANUAL	25,08		
FIC MENSAL	3,55	0,00	CONTRAÍDA
FIC TRIMESTRAL	7,10		LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL	14,20		LIMITE SUPERIOR 231
DMC	3,71	0,00	
DCR	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PB	34,88	19,76
Compra de Energia	50,14	28,58
Serviço de Transmissão	5,32	3,03
Encargos Setoriais	9,80	5,47
Impostos Diretos e Encargos	67,87	38,96
Outros Serviços	8,03	4,58
Total	175,42	100,00

Valor da EUSD (Ref. 3/2017) R\$ 7,10

ATENÇÃO

- Medidor com display apagado. Faturado pela média.

Faturas em atraso

12 MAR. 2018

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu WILDEMBERG ANDRADA FORMIGA inscrito (a) no CPF 031.390.154 / 61, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RODOLFO LACERDA MARTINS inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.752.124 / 64, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Rodolfo Lacerda Martins, inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.752.124 / 64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Basilio Gilva</u>		Número <u>89</u>	Complemento <u>X -</u>
Bairro <u>Costaço</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58800000</u>
Email <u>Vanderhospreat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(33) 991309410</u>

Sousa PB, 28 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Wilderberg Andrad de Formiga
Assinatura do Declarante

MAT.: 128388

Nome: Rafael L. Costa Bloco: _____ Apt.: _____ Leito: _____
D.N.: 30/05/1997 Est. Civil: C Resp.: Rafael L. Costa de S.
Rua: 5700 Lacerda Pereira Cidade: São Paulo Est.: MG
Médico Assistente: _____ Clínica: _____
Data da Internação: 12/12/2017 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Apraxia:

doença Atrol: Tante vltas de
 fide d'voto (sic)
 e m Edm. m'p'ndite
 e m m'p'ndite m'p'ndite
 do 2 h'as de p'to
 SICO: p'to

EXAME FÍSICO:

Spates d. 7/6 to Isid orient

DIAGNÓSTICO:

Procedimiento:

C.I.D.

Dr. Antonio Eneas de Brito

MÉDICO - CRM 24821

9741194-R7

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

12 MAR. 2018

Nome do Paciente

Nº Prontuário

Data Operação

30/12/14

Euf.

Leito

128508

Operador

Indalecio Paulo Ferraz

1.º Auxiliar

Vitorino

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Rafael

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Tumor no ponto limbo

Tipo de Operação

Ostectomia do tumor no ponto limbo

Diagnóstico Pós-Operatório

Ostectomia

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) POK 200 - 20ml de sangue
- 2) Assesão - 20ml de sangue
- 3) Gaseificação - 20ml de sangue
- 4) Tumor no ponto limbo - 20ml de sangue
- 5) Visão do tumor no ponto limbo - 20ml de sangue
- 6) Coloração do tumor - 20ml de sangue
- 7) Exatidão do tumor - 20ml de sangue
- 8) Sutura - 20ml de sangue
- 9) Curativo - 20ml de sangue
- 10) POK - 20ml de sangue

Dr. Indalecio Paulo Ferraz
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 1827 TEGT 14207

12 MAR. 2018



HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DR. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Paulo Roberto Idade: Cor: Enfermaria: 02 Leito: 01 Categoria: GUARDA

[illegible]

12 MAR. 2018

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CODIGO DA UNIDADE: 2613276CNPJ CFT 00113

NOME: HOSPITAL DEPUTADO WANCER CONEJO
ENDEREÇO: RUA B: GATO PRETO Nº 433 CPE: 58.802.180

MUNICIPIO: SOUSA ESTADO: PANAJABOT

PACIENTE: Wendell
IDADE: 85 SEXO: M RAÇA: BB

PROFISSÃO: Secretaria

DATA NASC: 06/07/1982
ENDERECO: R. L. S. N. 11-1982-311
1187+0118-00

BAIRRO: Cedra MUNICÍPIO: Curitiba
DOCUMENTO: RG. 223.849

ESTADO: PR CEP: 80012-19 DOCUMENTO: 13
MUNICÍPIO: PARANAGUÁ COD. MUNICÍPIO: 256415

DATA DO AUMENTO: 01/01/2011

Accompagnante: _____

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SOMÁTICO.

[illegible]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS
Nutrição e Saúde (1)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. U. pinnata 9. feet tall

3. Para 11

100

[illegible]

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA _____
CONSULTA BÁSICA (PAB) _____
CONSULTA ESPECIALIZADA: _____

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATRIBUIMENTO

01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG

02- PRIMEIRA CONSULTA: (ELETIVA)

03- CONSULTA DE URGÊNCIA COM RETENÇÃO PARA QUALQUER
04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA SEM RETENÇÃO PARA QUALQUER

☐ 05- VACINAÇÃO DE RUIFINA

07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA

☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

☒ 01- PRESCRITO ☐ SERVAÇÃO ☐ EVIDENCIA IN ENCL ☐
☐ OUTRO HOSPITAL ☐ OUTROS

<input type="checkbox"/> 02- APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTROS:
---------------------------------------	----------------------------------

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO

IDADE

Recepcionista

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

ASS. DO PACIENTE : ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS.DD REVISOR
ADMINISTRATIVO-CARIBBO

12 MAR. 2018



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 26134750NPJGPS: 08.770.26700.27-08

NOME HOSPITAL: DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

ENDEREÇO: RUA JOSÉ EUGÊNIO DE LIMA, 800 - PRATO Nº 431 - CEP: 52.802-180

MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBA

PACIENTE: Paulo Roberto de Sousa

SUS:

DATA NASC: 21/01/72 IDADE: 32 SEXO: M RAÇA:

ENDEREÇO: Rua José Eugênio de Lima, 800 - Prato Nº 431 - CEP: 52.802-180

Bairro: Prato MUNICÍPIO: Soacha

ESTADO: Paraíba CEP: 52.802-180

DATA DO ATENDIMENTO: 21/01/12 COD. MUNICÍPIO: 15.16.20

CONTATO ()

Mãe

Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Doença atual: Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus tipo 2, Dislipidemia, Obesidade.
Doenças anteriores: Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus tipo 2, Dislipidemia, Obesidade.
Tratamento em uso: Losartana 50mg, Metformina 850mg, Rosuvastatina 10mg.
Alimentação: Dieta hipocalórica e hipoglicêmica.
Atividade física: Caminhada leve.
Tabagismo: Não fumante.
Consumo de álcool: Não consome.

EXAMES REALIZADOS NA ÚLTIMA VISITA:

Exames realizados: Hemograma completo, Perfil lipídico, Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada.
Resultados: Hemograma dentro da normalidade. Perfil lipídico alterado (colesterol total elevado). Glicemia de jejum elevada. Hemoglobina glicada elevada.

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

Yuri Vitorino Gomes
Coordenador de Saúde

12 MAR 2018

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01- ATENDIMENTO DE URGENCIA / EMERG
☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
☐ 04- ATENDIMENTO DE URGENCIA EMERGENCIA COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
☐ 06- VACINAÇÃO DE ALOQUEIO (TUBO) OU SITUÇÕES PARTELA ASEM
☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA
☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☒ 01- PRESCRITAÇÃO
☒ 02- APLICADA
☐ 03- OUTRO HOSPITAL
☐ 04- OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO

IDADE

Recepcionista:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR DIREITO

Alfred H

Thomas in order (E)

du = 60

He o LAC June 5/12 R

Se - given to Graham

Ed Landygar

Police for wife

Handwritten note in the bottom left corner, partially obscured by a stamp.

U.S. POST OFFICE
NEW YORK
MAR 12 1918

MAN: 123308

Nome: Roberto Lacerda Almeida Blau: Apt.: Exito:
D.N.: 30/05/1997 Ext. Civil: C Resp.: Roberto Lacerda Almeida
Rua: Av. do Lacerda Almeida Cidade: Est.: MA
Médico Assistente: Clínica:
Data da Internação: 22/12/2017 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

23.

Queixa Principal:

História da Doença Atual:

Paciente vítima de
queda de vaso (sic)
em edema macular
e retinopatia infecciosa
no 2º hemisfério da cabeça

EXAME FÍSICO:

psic

DIAGNÓSTICO:

Lesão de 2º hemisfério

Procedimento:

C.I.D.

Dr. Antonio Enas da Brito

MÉDICO - C.R.C.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

12 MAR. 2018

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476CNPJ CPF: 08.778.261/9027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

ENDEREÇO: RUA JOSE FACUNDO DE LIMA B: GATO PRETO Nº 453 CPE: 58.802.780

MUNICIPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBA/PB

PACIENTE: 163624 / 15121433

SUS: _____ IDADE: 32 SEXO: M RAÇA: 02

DATA NASC: 26/04/1986 - PROFISSAO: SGT033644

ENDERECO: AL 14 DE AGOSTO 356
11710 LHO LHO

BAIRRO: Centro MUNICÍPIO: Volta Redonda
DOCUMENTO: 01.073.849

ESTADO: pe CEP: 02021-17 DOCUMENTO: 100042901
CITY: 313115 COD. MUNICIPIO: 313115

DATA DO ANO: 08/11/2011 COB. MINICIFR: 111111

Acompañante:

ANATINENSE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

RESULTADOS

MATERIALS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. *Chrysomelids* - *Chrysomelids*

3. *Passer ptilorhynchus*

A hand-drawn diagram of a simple circuit. It consists of a battery (represented by two cells), a switch, and a light bulb connected in a loop. The switch is shown in the open position.

2. leafy
DMSO 0.5% KOH

NATUREZA DA CONSULTA _____
CONSULTA ESPECIALIZADA: _____

PROCEDIMENTO

TIPO DE A" ENSAMBLADO:

- ☐ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
- ☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA: (ELETIVA)
- ☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE: (ELETIVA)
- ☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGENCIA COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE
- ☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
- ☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SUORTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)
- ☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA,
- ☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE
- ☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- 01- PRESCRITO ☐ SERVAÇÃO ☐ IDENTICA INTER ☐
02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ BITO ☐ OUTROS ☐

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO

IDADE

Receptionist:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DU PATIENTE / ACCOMPAGNANT OU RESPONSABLE

POLEGAR DIREITO

A. 29. DÓKUŠOV TĚCHNICO - CALINBO

ASS. DO. DIVISION

Nome: Leandro da Silva Bloco: 1 Apt: 1 Leito: 2338
Idade: 36 / 05 / 1991 Sexo: M Respo: Leandro da Silva
Rua: Rua da Liberdade Cidade: João Pessoa Estado: PB
Médico Assistente: Dr. Antonio Fozes da Silva Clínica: 1
Data da Internação: 12 / 12 / 2018 Peso: 70 Temperatura: 36,5 P.A.: 120/70

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual:

Tratando-se de
paciente de sexo masculino
com idade de 36 anos, com
exame físico normal, sem
queixas atuais, com
exame físico normal.

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

Procedimento:

C.I.D.

Dr. Antonio Fozes da Silva

MÉDICO - GPC CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

12 MAR 2018

MAT: 123388

Nome: Rafael Liconi Nogueira Bloco: _____ Apt.: _____ Leito: _____
D.N.: 30/05/1997 Est. Civil: C Resp.: Rafael Liconi Nogueira
Rua: 5700 Lócio J. P. Silva Cidade: São Paulo Est.: Mt
Médico Assistente: _____ Clínica: _____
Data da Internação: 22/12/2018 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Apraxia:

Doença Aguda: Tachicardia ventricular de
grande amplitude (sic)
e em Edema macular
e cunha inferior direita
do L. haur de pto.

EXAME FÍSICO:

654

DIAGNÓSTICO:

Procedimiento:

C.I.D.

Dr. Antonio Eneas de Brito
MÉDICO - CRM 2281

MÉDICO - G.M. 242
159.741.194-87

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

12 MAR. 2018

Nome do Paciente

Nº Prontuário

Data Operação

30/12/14

Enf.

Leito

Operador

Indalecio Pacelli Fernandes

1.º Auxiliar

Francisco

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Ruilton

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Fratura do pteralto tibial (D)

Tipo de Operação

Osteossíntese da fratura do pteralto tibial (D)

Diagnóstico Pós-Operatório

O crânio

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Pôr em DPH no quadrante
- 2) Assepsia e antissepsia do CCF
- 3) Desincisão e revisão de cicatrizes
- 4) Incisão longitudinal para via de acesso intra-articular
- 5) Visualização da fratura do pteralto tibial (D) + redução com fio de aço
- 6) Colocação de placa L no pteralto tibial
- 7) Fixação da fratura com parafusos corticais 4x38, 4x40, 4x44 e bloqueados 4x65 e 4x70
- 8) Sutura por pontos
- 9) Curativo
- 10) PPA

Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM RJ 27 TEGT 14247

12 MAR 2018

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613475KPLCP5; 08.778.2870027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONCALVES DE ABRENTES

ENDERECO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIMA B: GATO PRETO Nº 433 CEP: 58.802-180

MUNICIPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBAUF:PB

PACIENTE: Rodolfo Eusebio martín

SUS: _____ IDADE: 25 SEXO: Y RAÇA: 3

DATA NASC: 21/09/72 PROFISSÃO:
 ENDEREÇO: 570 100 000

BAIRRO: 30000 - MUNICIPIO: 30000

ESTADO: PB CEP: 58.402-93 DOCUMENTO:

DATA DO ATENDIMENTO: 22/12/12 COD. MUNICIPIO: 25.16.20

UNIAO () Mes _____
Componente: _____

Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

the following information concerning the
above is the property of the State of
Illinois and is confidential. It is to be
destroyed on 10/1/2010.

EXAMES REALIZADOS NA UINPADE: TIPO3

RESULTADOS

MATERIALS — MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

Comments

Wetland

DATE: 10/10/2010

done

1000

© 2000 Blackwell Science Ltd

12 MAR 2018

Relatório Médico

Paciente **Rodolfo Lacerda Martins**, 26 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x árvore) no município de Sousa- PB no dia 22/12/2017 com BO de número 034/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura fechada no terço proximal da tíbia direita e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a imobilização na perna direita com uso de tala gessada por 15 dias, posteriormente o mesmo foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura em osso da perna direita com colocação de fixação com 01 placa de platina + 06 parafusos metálicos + 06 pinos metálicos, em seguida foi submetido a imobilização com uso de faixa de compressão por um período de 30 dias e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 30 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 06/05/2018.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Perna direita apresenta 01 cicatriz linear, plana com cerca de 30cm disposta em sentido longitudinal, localizada na face anterior da mesma (Cicatriz de acesso cirúrgico), edema residual importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, diminuição de força muscular dos movimentos de flexão e extensão e parestesia. Paciente deambula em marcha claudicante.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional da perna direita.

Cajazeiras, 01.06.2018

Dr. Rodolfo G. Cartaxo

Medico
CREMEOPB 144
CRM-PB 8446

Rodolfo Gonçalves Cartaxo

CRM: 8446 - PB

DOCUMENTO ORIGINAL

LABCLIN - Cajazeiras - PB - Rua: Odilon Cavalcante, 78 - Centro-CEP: 58900-000
Fone: (83) 3531-4469

18 JUN 2018

12 MAR. 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.356.197

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/06/2012

NOME RODOLFO LACERDA MARTINS

FILIAÇÃO FRANCISCO LUIZ MARTINS DE SOUSA

NATURALIDADE RAIMUNDA LACERDA DE SA

DATA DE NASCIMENTO 30/05/1992

SOLTEIRO

CERT. DE NASCIMENTO 4-7-33 F-257 RG-38063

SOLTEIRO

CPF 110.752.124-64

ASSINATURA DO DIRETOR

1a. VIA

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

CÓDIGO DE CONTROLE

7590.4747.136F.7BDC

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

do dia 26/01/2012 (hora e data de Brasília)

às 09:20:14

digito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome

110.752.124-64

Numero

RODOLFO LACERDA MARTINS

Nascimento

30/05/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.356.197

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/06/2012

DATA DE NASCIMENTO 30/05/1992

FILIAÇÃO RODOLFO LACERDA MARTINS

NOME FRANCISCO LUCIANO MARTINS DE SOUSA

RACIALIDADE RAÍMUNDA LACERDA DE SA

DOC ORIGEM SOUSA PB

CERT. DE NASCIMENTO 1-A-33 F-257 RG-38063

CPF 110.752.124-64

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/03/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 110.752.124-64

Nome RODOLFO LACERDA MARTINS

Nascimento 30/05/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE 7590.4747.136F.7BDC

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

as 09/20/14 do dia 26/01/2012 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-121




Wildeberg Andrade Formiga

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

RESERVA GERAL

2.526.736 - 2 VLT

DATA DE EMISSÃO 26/04/2010

NOME WILDEBERG ANDRADE FORMIGA

PLACAO JOAQUIM ISIDRO FORMIGA

NATURALIDADE MARIA ANDRADE FORMIGA

SOUZA-PB

CASAM N.24832 FL6.012 LIV.B-65

DATA DE NASCIMENTO 11/06/197

CPF 031.390.154-61

Assinatura do titular

Lei nº 7.118 DE 2008

12 MAR. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012427529810
VIA COD RENAVAM PRT 20161200006958-0 MERCADO
1 0082105809-6 00/00000000 2016

WANDERLEY FRANCISCO DOS SANTOS

11013819497
PLACA ANT / UF
NOME PB
CHASSI
PLACA
MMT9671/PB

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
COMBUSTIVEL
GASOLINA

00821058096
MARCA/MODELO
HONDA/CG 125 TITAN KS

2003 2004
ANO FAB ANO MOD
COR/PRIME DOMINANTE

2 P/124 /CI
CATEGORIA
PARTIC

PRETA
VENC/COTAS

IPVA PAGO EM 03/05/2016
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 03/05/2016
1º 2º 3º

PREMIO TOTAL (R\$) 03/05/2016
1º 2º 3º

SEGURO OBSERVAÇÕES
SEGURO PAGO

SNM RESERVA DE DOMINIO

SOUSA-PB 17221

LOCAL 0

DATA 30/05/2016

15016

PB Nº 012427529810

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 2016
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
11013819497 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA 9671/PB
www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 30/05/2016

VIA 11013819497 CPF / CNPJ PLACA MMT9671/PB

RENAVAM 00821058096 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB 2003 CAT IMP 9 Nº CHASSI 9C2JC30104R075387

PREMIO TARIFARIO

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

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

SEGURO PAGO

COTA UNICA 3 PARCELADO

DATA DE COTAÇÃO 29/03/2016

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.088/0001-00

www.seguradoralider.com.br

15016-15290049-20160530

022-2015

12 MAR. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180112488 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO LACERDA MARTINS **Data do acidente:** 22/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO OMBRO E PLATO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO/OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI DIREITO:25% DE 70% = 17,5%/OMBRO DIREITO:50% DE 25%= 12,5%

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180112488 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODOLFO LACERDA MARTINS **Data do acidente:** 22/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO EM 45° COM REDUÇÃO DA FORÇA EXTENSORA GRAU II. AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA DIREITA EM 2 CM COM MARCHA CLAUDICANTE AO DEAMBULAR COM NECESSIDADE DE USO DE MULETAS CANADENSES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM "L" COM PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/06/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERÍCIA REALIZADA EM 11/05/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU SEVERO - CONDUTA MANTIDA.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: RODOLFO LACERDA MARTINS, BRASILEIRO, CASADO, AGRICULTOR, COM 25 ANOS DE IDADE, PORTADOR (A) DO RG-003356197 SSP/PB E CPF: 110.752.124-64., RESIDENTE E DOMICILIADO (A) NO SÍTIO LAGOA DOS ESTRELAS, S/Nº, BAIRRO; AREA RURAL, SOUSA-PARAIBA. CEP 58800-000.

OUTORGADO: WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA, BRASILEIRO, CASADO, ESTUDANTE, RG-2526736-SSP/PB E CPF-031.390.154-61, RESIDENTE DOMICILIADO À RUA BASILIO SILVA, Nº86, ESTAÇÃO, TELEFONE: (83) 99180-9410, CEP. 58.800-000 SOUSA-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual configura como vítima: RODOLFO LACERDA MARTINS.



Rodolfo Lacerda Martins

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

SOUSA-PB, 23 DE FEVEREIRO DE 2018.



JOSÉ NEVES MOREIRA
Serviço Notarial e Registral

Titular: Bel. Plínio Henrique Rodrigues Naves
Rua Sargento Estácio de Carvalho, 84 - Centro - Sousa/PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

RODOLFO LACERDA MARTINS

En test.da verdade. Sousa-PB 23/02/2018 15:25:43

FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCRIVENTE

C2018-002071JEND:R\$ 89,48 FAREN:R\$ 0,28 FEP3:R\$ 1,99 IES:R\$ 0,28

SELO DIGITAL: AGH/8627-DVD4

Confira a autenticidade em <https://selooriginal.cpb.ms.br>



Francisco de S. Pedrosa Neto
Escrivente Autorizado
3º Ofício Sousa-PB

DOCUMENTO ORIGINAL

12 MAR. 2018

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: **3180112488**

Nome do(a) Examinado(a): **RODOLFO LACERDA MARTINS**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO LAGOA DAS ESTRELAS, SN - AREA RURAL - Sousa - PB - CEP 58805-572

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SESPDS/RN**] **003356197**

Data e local do acidente: [**22/12/2017**] **SOUSA PB**

Data e local do exame: [**11/05/2018**] **Cajazeiras** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 30/12/2017 COM USO DE PLACA 4.5 MM EM L MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

AO EXAME APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO (FLEXÃO LIMITADA A 35°) COM DEFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II. MANOBRA DE GAVETA ANTERIOR POSITIVA. ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA DIREITA..

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:

Limitação funcional do joelho 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):

Joelho 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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRO-PE 24411
TÉC. 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180112488

Cidade: Sousa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RODOLFO LACERDA MARTINS

Data do acidente: 22/12/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO (FLEXÃO LIMITADA A 35°) COM DEFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II. MANOBRA DE GAVETA ANTERIOR POSITIVA. ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA DIREITA..

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 30/12/2017 COM USO DE PLACA 4.5 MM EM L MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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: **3180112488**

Nome do(a) Examinado(a): **RODOLFO LACERDA MARTINS**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO LAGOA DAS ESTRELAS, SN - AREA RURAL - Sousa - PB - CEP 58805-572

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SESPDS/RN**] **003356197**

Data e local do acidente: [**22/12/2017**] **SOUSA PB**

Data e local do exame: [**22/06/2018**] **Cajazeiras** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM "L" COM PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO EM 45° COM REDUÇÃO DA FORÇA EXTENSORA GRAU II. AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA DIREITA EM 2 CM COM MARCHA CLAUDICANTE AO DEAMBULAR COM NECESSIDADE DE USO DE MULETAS CANADENSES.

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:

Limitação funcional do joelho 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):

Joelho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERÍCIA REALIZADA EM 11/05/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU SEVERO - CONDUTA MANTIDA.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopeda e Cirurgião de Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOT 14836



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB