
Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180399245

Vitima: AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180399245**.

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



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA**

Sinistro: **3180399245**

Vítima: **AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA**

Data do Acidente: **07/07/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180399245** 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, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA**

Sinistro: **3180399245**

Vítima: **AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA**

Data do Acidente: **07/07/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180399245** 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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180399245 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO EXTEÑO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA E LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO HÁLUX DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA EXTENSA CICATRIZ NORMOCRÔMICA E HIPERTRÓFICA MEDINDO 08 CM DORSAL DO PÉ DIREITO COM RETRAÇÃO CICATRICIAL, PARESTESIA LOCAL, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA FLEXO EXTENSÃO DO 1º PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATADO CIRURGICAMENTE COM DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO, TENORRAFIA E FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º pododáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/10/2018

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

019.639.364-35

Nome completo da vítima

Aurínes Ferreira Soares

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Aurínes Ferreira Soares	019.639.364-35	Autônoma
Endereço	Número	Complemento
Rua João Galiza de Andrade	94	AP. 403
Bairro	Cidade	Estado
JD São paulo	João Pessoa	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
vitme.dpvat@gmail.com	58051-180	(83) 99815-5088

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

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

AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V
AG		

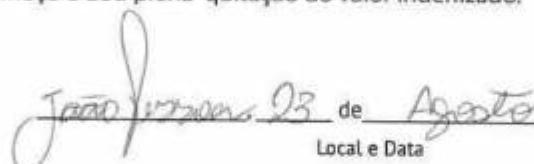
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome:	NRO.		
Caixa Econômica Federal			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1456		690091	9

(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.


Local e Data
23 de Agosto de 2018

Aurínes Ferreira Soares da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1199897 - JOSE SERGIO VIEIRA DA SILVA	Data/Hora do Acidente (hora local): 07/07/2016 18:00	BR: 412	KM: 76,5
Município/UF: SERRA BRANCA/PB	Tipo de Acidente: Colisão Transversal	Sentido da Via: Crescente	
Fase do dia: Anoitecer	Condições da Pista: Seca	Restrições de Visibilidade: Inexistente	
Sinalização existente: Vertical,Horizontal	Sinalização luminosa: Inexistente	Condíção meteorológica: Nublado	
Houve danos ao patrimônio da União?: Não	Data e horário da solicitação:		
Houve solicitação de perícia?: Não	Data e horário do		
A perícia compareceu ao local do sinistro?: Não			

DESCRÍÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente?

CONDICAO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural **Tipo de Localidade:** Não edificada

Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 2,5
Possui defensa? Não existe Possui meio-fio? Conservada(p) Possui sarieta? Não existe

Existe canteiro central? Não Sim Estado de Conservação: Boa Regular Pobre Largura (m): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1180 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1190 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1200 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1210 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218

Estado de Conservação do Obstáculo: Não Informado

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bem Regular Peculiar Ruim **Ocupação:** Reservado Desmatado Agroflorestal

Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 02
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Rampa < 3% Traçado: Curva Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7.2 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA ESTRADA:

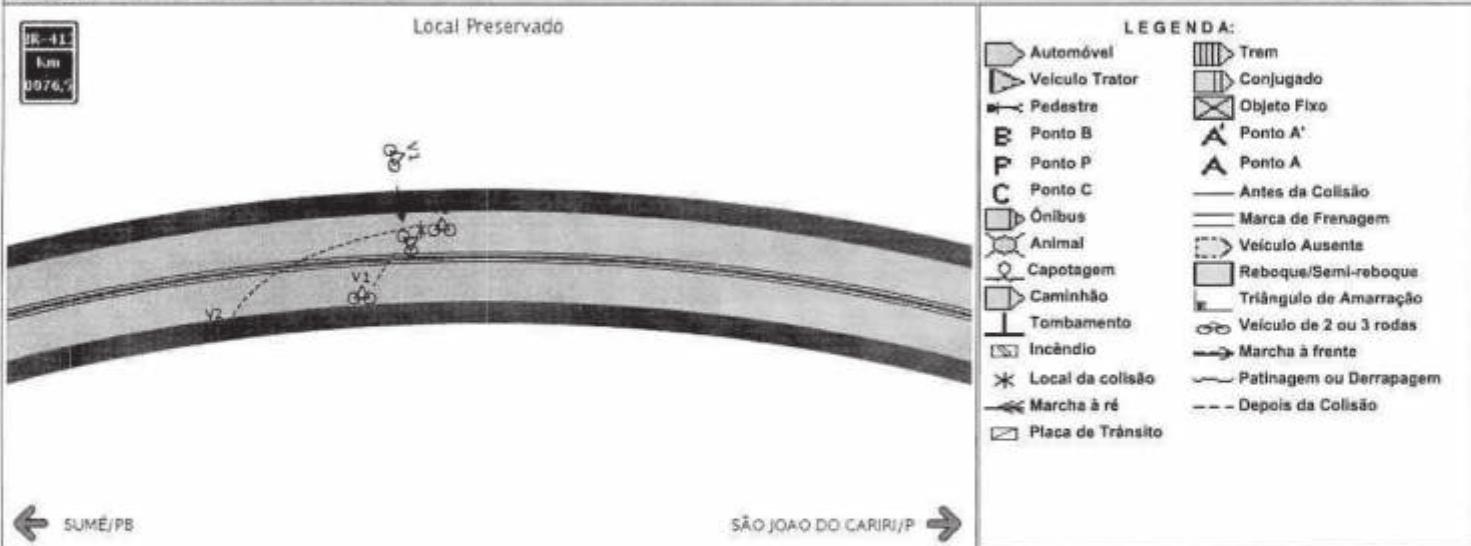
A rectangular stamp with a double-line border. Inside, the word "COMPREV" is written in a stylized font at the top, enclosed in an oval. Below it, the company name "COMPREV PREVIDÊNCIA S/A" is printed. The date "28 ABR. 2018" is stamped in the center. At the bottom, the text "PROTÓCOLO" and "AG. JOÃO PESSOA" is printed diagonally.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.ufsc.br/~cognitivo>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/03/2017 09:32:27
NÚMERO DE CONTROLE: 98e4faeac9d1ac2a



CROQUI





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:

83479648

Comunicação:

C2029422

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MNZ-5212	Sequencial: V1	Descrição:	Chassi: 9C2KC15109R021962	Renavam: 00127269932
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS	Cor: CINZA	Ano: 2009	Tipo: Motocicletas	Emplacamento: COXIXOLA/PB
Ocupantes: 1	Especie: Passageiro	Categoria: Particular		
Proprietário: JOSE RONALDO SOARES DA SILVA			CPF/CNPJ: 855.232.404-00	
Endereço: SITIO BOA VISTA SN CASA 000SN CASA			CEP: 58.588-000	
Município/UF:	Telefones:			
Celular:				

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1:	Placa U2:	Placa U3:	Placa U4:
Origem: SERRA BRANCA/PB - BRASIL	Destino: SERRA BRANCA/PB - BRASIL		

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Entrava na via	Saída de Pista? Não	Derrapagem? Não	Capotagem? Não	Tombamento? Sim
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve	Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo			Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0	Estado dos Pneus: Bom			

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento:	Houve Derramamento de Carga? Não	Extensão dos Danos:	Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga:	R\$0,00	Produto Perigoso:	
Descrição da Carga:			

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Posto PRF	Data/Hora da Recepção (hora local): 07/07/2016 18:40	Motivo: Retenção
Responsável pela Recepção: PRF J. SERGIO		
Documento do Responsável: 1199897		
Município/UF: POCINHOS/PB	Descrição do Encaminhamento:	e-DRV nº 14021607072030348

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NPU-8047	Sequencial: V2	Descrição:	Chassi: 9C6KM003090011601	Renavam: 00156732653
Marca/Modelo: YAMAHA/XT 660R	Cor: PRETA	Ano: 2009	Tipo: Motocicletas	Emplacamento: JOAO PESSOA/PB
Ocupantes: 2	Especie: Passageiro	Categoria: Particular		
Proprietário: FRANCISCO DE ASSIS P DA SILVA	CPF/CNPJ: 503.949.164-68			
Endereço: R JOAO G ANDRADE 97 AP403 00097 AP403	CEP: 58.051-180			
Município/UF:	Telefones:			
Celular:				

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1:	Placa U2:	Placa U3:	Placa U4:
Origem: JOAO PESSOA/PB - BRASIL	Destino: PETROLINA/PE - BRASIL		

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguia fluxo	Saída de Pista? Não	Derrapagem? Não	Capotagem? Não	Tombamento? Sim
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve	Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo			Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0	Estado dos Pneus: Bom			

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento:	Houve Derramamento de Carga? Não	Extensão dos Danos:	Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga:	R\$0,00	Produto Perigoso:	
Descrição da Carga:			

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor:	Data/Hora da Recepção (hora local):	Motivo:
Responsável pela Recepção:		
Documento do Responsável:		
Município/UF:	Descrição do Encaminhamento:	

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/03/2017 09:32:27
NÚMERO DE CONTROLE: 98e4afeac9d1ac3a



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:

83479648

Comunicação:

C2029422

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:**

Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/MNZ-5212

Nome/Apelido: ITAMAR GARCIA DA SILVA

Data de Nascimento: 16/06/1993 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro

Nome do Pai: ADEMAR GARCIA DA SILVA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE OLIVEIRA SILVA

Endereço: ALTO DA CONCEIÇÃO S/N CENTRO CEP: - -

Município/UF: SERRA BRANCA/PB Telefones: Celular: (83) 996215786

Grau de Instrução:

Naturalidade: CUBATI/PB Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: AGRICULTOR

CPF: Documento de Identificação: 3897749 Orgão Expedidor: SSP /PB

Origem: SERRA BRANCA/PB - BRASIL Destino: SERRA BRANCA/PB - BRASIL

Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Ignorado

Existe Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Não Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:

Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: ENFERMEIROS

Documento do Responsável: XXXXXXXXXX Data/Hora da Recepção (hora local): 07/07/2016 18:40

Município/UF: SERRA BRANCA/PB Motivo: Socorro

Descrição do SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SERRA BRANCA

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/NPU-8047

Nome/Apelido: FRANCISCO DE ASSIS PEDROSA DA SILVA

Data de Nascimento: 02/04/1965 Sexo: Masculino Estado Civil: Casado

Nome do Pai: GENTIL TOMAZ DA SILVA

Nome da Mãe: CREUZA PEDROSA DA SILVA

Endereço: RUA GALIZA DE ANDRADE 97 - BANCARIOS CEP: - -

Município/UF: JOAO PESSOA/PB Telefones: Celular: (83) 998739529

Grau de Instrução:

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:

CPF: 503.949.164-68 Documento de Identificação: 991228 Orgão Expedidor: SSP /PB

Origem: JOAO PESSOA/PB - BRASIL Destino: PETROLINA/PE - BRASIL

Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Ignorado

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 03681433952/PB Primeira Habilitação: 26/12/1983

Validade CNH: 07/12/2020 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: ENFERMEIROS

Documento do Responsável: XXXXXXXXXX Data/Hora da Recepção (hora local): 07/07/2016 18:40

Município/UF: SERRA BRANCA/PB Motivo: Socorro

Descrição do SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SERRA BRANCA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/03/2017 09:32:27

NÚMERO DE CONTROLE: 98e4afeac9d1ac3a



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83479648
Comunicação: C2029422
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido:	Passageiro	Veículo:	V2/NPU-8047 /	
Nome/Apelido:	AMIREZ FERREIRA SOARES			Sexo: Feminino Data de: 10/04/1960
Nome do Pai:				
Nome da Mãe:	MARIA DA GLORIA FERREIRA SOARES			
Endereço:	RUA JOAO GALIZA DE ANDRADE 97- AP 403 BANCARIOS			CEP:
Município/UF:	JOAO PESSOA/PB	Naturalidade:	Nacionalidade:	BRASIL
CPF:	219.634.364-15	Documento de Identificação:	Orgão Expedidor:	Telefones
Estado Civil:	Casado	Grau de Instrução:		
Ocupação Principal:				Origem: JOAO PESSOA/PB - Destino: PETROLINA/PE - BRASIL
Estado Físico:	Lesões Leves	Socorrido pela PRF?	Não	Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Ignorado
Existe Declaração em Anexo?	Não			

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor:	SAMU	Responsável pela Recepção:	ENFERMEIROS
Documento do Responsável:	XXXXXXXXXX	Data/Hora da Recepção (hora local):	07/07/2016 18:40
Município/UF:	SERRA BRANCA/PB	Motivo:	Socorro
Descrição do Encaminhamento:	SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SERRA BRANCA		

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/03/2017 09:32:27
NÚMERO DE CONTROLE: 98e4afeac9d1ac3a



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo:	V1 / HONDA/CG 150 TITAN KS	Placa:	MNZ-5212
Nome do Agente/Assinatura:	JOSE SERGIO VIEIRA DA SILVA	Nº BOAT:	83479648
Registro/Matrícula do Agente:	1199897	Data:	07/07/2016 18:00
Itens - Componentes Não Estruturais			
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X
3	Amortecedor(es) traseiro. (Inclusive fixação no chassi).	2	X
4	Motor e suas fixações.	2	X
5	Eixo do garfo traseiro	2	X
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2	X
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2	X
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2	X
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1	X
11	Alça traseira	1	X
12	Assento (fixação e firmeza)	1	X
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X
Descrição- Componentes estruturais			
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3	X
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3	X
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3	X
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3	X
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA" : 4			
CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO			
Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo			
<input checked="" type="checkbox"/> X	Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.		
<input type="checkbox"/>	Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.		
<input type="checkbox"/>	Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.		
Observações:			
<p style="text-align: center;">Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA,</p>			
SIM = Item danificado no acidente		NÃO = Item não danificado ou Não Existente	
NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)			

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	08/03/2017 09:32:27
NÚMERO DE CONTROLE:	98e4afeac9d1ac3a



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83479648
Comunicação: C2029422
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veiculo: V2 / YAMAHA/XT 660R	Placa: NPU-8047
Nome do Agente/Assinatura: JOSE SERGIO VIEIRA DA SILVA	Nº BOAT: 83479648
Registro/Matricula do Agente: 1199897	Data: 07/07/2016 18:00

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2		X	
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2		X	
3	Amortecedor(es) trás. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA":

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- X** **Dano de Pequena Monta:** até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.

Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.

Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, associar com um X a coluna SIM.

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna N.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dado (Não Aplicado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dnpf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/03/2017 09:32:27
NÚMERO DE CONTROLE: 98e4afeac9d1ac3a

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA".



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN KS

Placa: MNZ-5212

Nome do Agente/Assinatura: JOSE SERGIO VIEIRA DA SILVA

Nº BOAT: 83479648

Registro/Matricula do Agente: 1199897

Data: 07/07/2016 18:00



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/03/2017 09:32:27

NÚMERO DE CONTROLE: 98e4afeac9d1ac3a



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V2 / YAMAHA/XT 660R

Placa: NPU-8047

Nome do Agente/Assinatura: JOSE SERGIO VIEIRA DA SILVA

Nº BOAT: 83479648

Registro/Matricula do Agente: 1199897

Data: 07/07/2016 18:00



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/03/2017 09:32:27

NÚMERO DE CONTROLE: 98e4afeac9d1ac3a

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

Ammires Ferreira Soares

CPF da Vítima

219.634.364-15

Data do Acidente

07/07/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Ferreira Soares de 21 de Agosto de 2018
Local e Data

x Amires Ferreira Soares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ato Oficial

ESTADO DA PARAÍBA		NATUREZA DA CONSULTA	
PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA BRANCA		CONSULTA BÁSICA / PAINEL	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		CONSULTA ESPECIALIZADA:	
HOSPITAL GERAL DE SERRA BRANCA		PROCEDIMENTO	
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS) - CNPJ/CPF: 08.874.695/0001-42		TIPO DE ATENDIMENTO	
CÓDIGO DA UNIDADE: 2682710		<input type="checkbox"/> 01 - ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA, <input type="checkbox"/> 02 - PRIMEIRA CONSULTA, <input type="checkbox"/> 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE, <input type="checkbox"/> 04 - ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA <input type="checkbox"/> 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES) <input type="checkbox"/> 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA, <input type="checkbox"/> 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE, <input type="checkbox"/> 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE	
MUNICÍPIO:	Serra Branca	ESTADO:	Pará - PB
PACIENTE	Amílcar Scaro	DATA DE NASCIMENTO:	10/09/1960
NOME:		SEXO:	F
PROFISSÃO:	Estudante	DOCUMENTO:	5710
ENDERECO:	Rua Raulda Costa Leite, 201 - Centro	ESTADO:	
MUNICÍPIO:	Itaipuaçu	CEP:	58040
DATA DO ATENDIMENTO:	07/07/16	CÓD. DO MUNICIPIO:	251550
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO		<p><i>Exame físico: Peso: 70 kg e Altura: 175 cm. Tensão arterial: 120/80 mmHg. Saturação de oxigênio: 98%. Exames complementares: Hemograma, glicose no sangue, colesterol total e triglicerídeos. Resultados: Hemograma: Hemoglobina: 13.5 g/dL, leucócitos: 7.5 x 10³/µL. Glicose: 98 mg/dL. Colesterol: 220 mg/dL. Triglycerídeos: 150 mg/dL.</i></p>	
UNIDADES DE REFERÊNCIA		<p><i>Unidades de referência: Hospital Regional de Serra Branca, Centro de Especialidades de Serra Branca, Centro de Especialidades de Itaipuaçu.</i></p>	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE		<p><i>Exames realizados na unidade: Hemograma, glicose no sangue, colesterol total e triglycerídeos.</i></p>	
RESULTADOS		<p><i>Resultados: Hemograma: Hemoglobina: 13.5 g/dL, leucócitos: 7.5 x 10³/µL. Glicose: 98 mg/dL. Colesterol: 220 mg/dL. Triglycerídeos: 150 mg/dL.</i></p>	
MATERIALIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS		<p><i>Medicamentos: Iopamidol 100 mg. Outros recursos: Consulta com cardiologista.</i></p>	
DIAGNÓSTICO/CÓDIGO:		<p><i>Diagnóstico: Hipertensão arterial. Código: ICD-10: I10.0.</i></p>	
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL		<p><i>Ass. do paciente: Edna Lúcia de Souza CRN-PI 6942</i></p>	
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO		<p><i>Ass. do revisor técnico: Carimbo</i></p>	
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO		<p><i>Ass. do revisor administrativo: Carimbo</i></p>	



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: 18/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 00000640041-9

Nr. da Autenticação 06A764B6F35651B0

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica ... N° 010.756.151



LUE, INVESTIMENTO, REALIZAÇÃO
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / E001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA
RUA JOÃO GALIZA DE ANDRADE 97 AP 403
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/216044-8

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

AGO/2018

14/08/2018

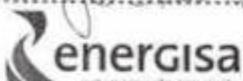
174

21/08/2018

R\$ 147,26

ESTÁQUE AQUI

Acesse: www.energisa.com.br



AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA

Telefone: 02-005-038-3930

83640000001-1 47260149000-7 02160442018-8 08100005019-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
21/08/2018	R\$ 147,26	216044-2018-08-1



(83) 99811-5088



18:05

Digitat: 4EFP5D8R-6SYR

Re a J.º do art. 14 do
Provimento CGJ/PB nº 003/2014

Consulte a autenticidade em

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Serviço Registral das Pessoas

Naturais de Serra Branca - PB

CNPJ: 09.250.675/0001-63

Certifico que a presente cópia totalmente é registrada
na do original, que me foi exibido

Doutor Henrique Coutinho
Serra Branca - PB
Médico Notário - Notariação e Consultoria

Registador Civil



	COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
28 AGO. 2018	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Dr .Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

A paciente Amires Ferreira Soares é portador do CID : S 92.9 + M 65 apresentando dor crônica, acompanhado de neuropatia em pé direito casionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

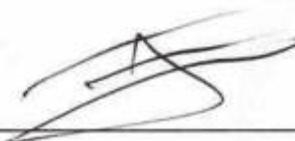
Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

20-08-2018



Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8.742



Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Junior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda

C.N.P.J.: 08323040/0001-86

End.: Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - Bairro: Jardim Cidade Universitária - CEP: 58052-200

Cidade: João Pessoa - Estado: - Telefone: 83-3235-4348

PRONTUARIO: 306395

DADOS PESSOAIS

Prontuário: 306395

FICHA DO PACIENTE

Recep.: GLACY

DATA/HORA: 22/02/2017 16:12:29

Nome: AMIRES FERREIRA SOARES

Nasc.. 10/04/1960 - 56 anos, 10 meses, 1 dia

Profissão: Identidade: 584406 O.E: SSPPB CPF:

Mãe: MAIRA DA GLORIA FERREIRA SOARES Pai:

Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA

Estado Civil: CASADO

End.: RUA JOAO GALICIO DE ANDRADE 97 Bairro: BANCARIOS

Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Município: 250750 Fone: 99614091

Médico: BRENO COUTINHO TORRES Convenio: GEAP

Observações:

Carteira: 0901004986950077 Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano: Venc.: 30/04/2019

NEGATIVO A 20.7.16

HISTÓRIA DO CASO:

AC. moto há 17 dias em CG
 TTO na base diáfise tângulo

EXAME OBJETIVO:

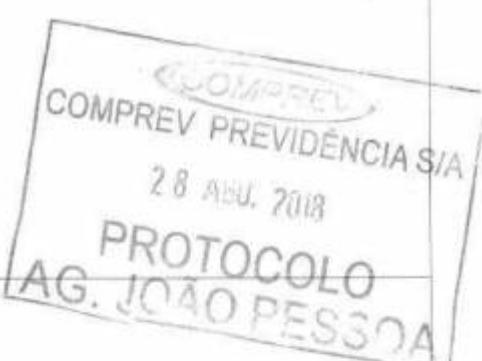
- espanhelo direito
- edema extenso pé siável do intérigo
- evulsiva

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Fx 5 mmoss díntro

Fx 3x5x20 díntro

Fx 2,3x4x15 díntro



DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

Rx H7x Ø Rx J05xØ

Rx mao Ø

Rx pe Ø

TRATAMENTO REALIZADO:

- rxm6 comf
- analgésia
- os passivos

Dr. Breno C. Torres
 Ortopedia/Cirurgia do Quadril
 CRM - PB 7232 / EOT 13940



HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 07/07/2016
HORA: 23:16:15



Promotor	Nome do Paciente AMÍRES FERREIRA SOARES		Nascimento 10/04/1960	Idade 56	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião	
Estado Civil	CPF	RG	Grau de Instrução	Profissão					
Filiação				Fone Residencial Fone Trabalho					
Endereço	Mãe: MARIA DA GLÓRIA FERREIRA SOARES R. JOÃO GALIZA DE ANDRADE, 97 - BANCÁRIOS, JOÃO PESSOA-PB CEP: 58010-000		Pai:		Complemento Endereço				
Atendimento	Data 2194917	Horas 23:06	Sobr 3003-SEGRETERIA CONVENIOS	Tipo Atendimento 5-INTERNACAO CIRURGICA					
Médico Atendente	1716-LUCIANO GUEDES BORGES		Motivo Atendimento 4-INTERNACAO/URGENCIA						
Plano / Convênio	Plano / Convênio 4-GEAP/1-GEAP		Nº Carteira 050100496950077	Validade: 30/04/2019	Nº CNS				
Posto	Udo- Cirurgico	Acomodação 32	Leito						
Guia			Procedimento 999999-INTERNACAO	*913649*					
INTERNACAO			1 Leito						

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr.(a) AMÍRES FERREIRA SOARES, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente, CRM _____, Estado da(o) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto à imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1)
- 2)
- 3)

Responsável AMÍRES FERREIRA SOARES
Endereço: R. JOÃO GALIZA DE ANDRADE, 97 Bairro BANCÁRIOS, JOÃO PESSOA-PB
Telefone: _____

AMÍRES FERREIRA SOARES
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROL
REMITIDO EM 08/07/16
RX DE CONTROL
REMITIDO EM 08/07/16

RAYSSA DE ARAUJO ALBUQUERQUE
Responsável pelo Atendimento

Eli Zanqua b. Souza

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: *Apuríes G. J. G. M.*

Nº DO PRONTUÁRIO:

DATA DA OPERAÇÃO: *13/09/16*

OPERADOR: *Dr. Luciano Guadas Borges*

1º AUXILIAR: *Dr. Fernando G. M.*

2º AUXILIAR: *Dr. Fernando G. M.*

3º AUXILIAR: " INSTRUMENTADOR:

ANESTESIA: *Alveolar* TIPO DE ANESTESIA: *GAINT*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Gemmação extenso*

TIPO DE OPERAÇÃO: *Desbridamento de tecido morto*

DIAGNÓSTICO PCS-OPERATÓRIO: *WVVA de bordo*

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO-TÉCNICA E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MATERIAL EMPREGADO-ASPECTO - VICERAS

- ① Acesso ao túnica íd
- ② Colocação dos curativos
- ③ Descrição de tecidos
- ④ Descrição das lesões
- ⑤ Detalhes ligamentos
- ⑥ Sutura de certo jeito

LUCIANO GUADAS BORGES
MEDICO
CRM 3931 - UFP 1311000319/34

PACIENTE: ANNEES FERGANA SIMONE S
 CONVÉNIO: SEAP SUS PRONTUÁRIO: 91364912194417
 DATA: 08/07/16 CIRURGIA: DESPRECINTO DE T. RESPIRATÓRIO DO PE
 CIRURGÃO: DR. INACIO VEN

AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR. LIMA

CIRCULANTE: 200 ml N° CAMPO: SANT 8

HORÁRIO: INÍCIO: 11:30 FINAL: 12:30

CÓD. MEDICAMENTO QUANT.

1880 ÁGUA DESTILADA 02

28819 RANTIDINA 02

2070 ATROPINA 02

2020 DIPIRONA 02

70181 PROSTIGMINE 01

2062 METOCLOPRAMIDA 01

1961 EFDRINA 01

4286 GARAMICINA 01

5304 DEXAMETASONA 01

5398 HEPARINA 01

1929 ARAMIN 01

1899 AMINOFILINA 01

70971 TRANSAMIN 01

70033 NAUSEDRON 01

70572 TILATIL 40mg 01

5380 HIDROCORTISONA 01

5339 FENERGAN 01

2038 FUROSEMIDA 01

4650 CEFALOTINA Ig 2g

70238 QUELICIM 01

1872 ADRENALINA 01

5673 DOPAMINA 01

2003 CLORETO DE SÓDIO 01

1910 CLORETO DE POTÁSSIO 01

2046 GLICOSE 50% 01

1767 CEFTRIAXONA 01

70335 SOLU-MEDROL 500mg 01

1902 BICARBONATO DE SÓDIO 01

2054 GLUCONATO DE CÁLCIO 01

403792 TORADOL 01

4855 DICLOFENACO SÓDICO 01

CÓD. PSICOTRÓPICOS QUANT.

73210 TRAMAL 01

46850 FENOBARBITAL 01

8885 DIEMPAX 10mg 01

3034 DIMORF 0.2mg 01

3026 DIMORF 1.0mg 01

3982 DOLANTINA 01

8869 HIDANTAL 01

69655 DORMONID 01

9962 KETALAR 01

70254 ALFENTANILA 01

CÓD. ANESTÉSICOS QUANT.

126233 NIMBIUM 01

2216 PANCURON 01

82031 PROPOFOL 01

3042 FENTANIL 01

70548 TRACUR 01

8834 HALOTANO 01

128872 SEVORANO 01

2780 ISOFLURANO 01

8958 TIOPENTAL 01

2160 NEOCAINA 0,5% C/V 01

70750 NEOCAINA 0,5% S/V 01

9024 NILPERIDOL 01

3212 ETOMIDATO 01

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
1996	NEOCAINA PESADA	050-11

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUIN*	25x90 1
	DRENO PENROSE N*	
	DRENO TÓRAX N*	
	AGULHA PERIDURAL N*	
	AGULHA DESCARTÁVEL N*	
	ESCOVA DESCARTÁVEL	
	COMPRESSAS	
	CATETER PERIDURAL N*	
1356	BOLSA COLOSTOMIA	01
138096	CATETER OXIGÉNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	01
2585	EQUIPO MACROGOTAS	
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPORE LARGO	
3379	MICROPORE FINO	
JELCO N*		90
	LÂMINA BISTURI N*	27 off
	DRENO SUCCÃO N*	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	3 PRET
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 0,3cc	
3689	SERINGA DE 10cc	09
3719	SERINGA DE 0,5cc	01
3697	SERINGA DE 20cc	02
341797	SERINGA DE 60cc (Belo Longo)	
3735	SERINGA DE 0,1cc	
	SCALPS N*	
	SONDA FOLEY N*	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	10m
3468	INTRA-CATH	
20117	FITA GLICEMIA	
60917	GILETE	
	TUBO ENDOTRAQUEAL N*	
	ATADURA CREPOM N*	1502
	GNEDEL N*	
40126	LUVAS 7.5	831
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
	SONDA NSG	
3425	GELFOAN	
2500	GAZES	15 porf
3549	LUVA PROCEDIMENTO	06/1
3417	GEL CONDUTOR	
53937	SURGICEL	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N*	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N*	
	ETHIBOND N*	20 02
	MONONYLON N*	
	CROMADO S/A N*	
	CROMADO C/A N*	
	VICRYL N*	
	MONOCRYLN*	
	PROLENE N*	
	ALGODÃO C/A N*	
	ALGODÃO S/A N*	
3360	FITA CARDIACA	

CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ÁLCOOL 3 ml	
2631	ÉTER	
3611	PVP TÓPICO	
3603	PVP DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINE	
304000	CLOREXIDINA 50ml	

CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÉNIO	21/30ml
	OXÍDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPICO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	
	OXÍMETRO DE PULSO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	

CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	1500ml
	SORO GLICOSADO 500ml	500ml
	SORO RINGER 500ml	1000ml
	HISOCHEL	
	MANITOL	

CÓD.	OUTROS	QUANT.
01	500g	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

28 ABR. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO:

HOSPITAL	
NAME: <u>JOHN MINTON BERNARD</u>	
SEX:	MALE
AGE:	21
CONVENIENT TIME:	<u>10:00 A.M.</u>

LEITO

CONVENIO: Gued

200

卷之三

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

EVOLUÇÃO MÉDICA

of September 10

Gesetzliche
Gesamtausgabe

1963 D. Colino - 09

Sci. & Sports

Fig. 1. The effect of μ on the value of λ .

卷之三

Dipodomys deserti

155

CE: 1936
Wilson + Wilson

卷之三

卷之三

PR
(G. T.)

卷之三

卷之三

BOLETIM DE ANESTESIA

Anônimo Fêmea Svan APTO:

INVÉNIO: SEAP IDADE: 56 SEXO: M F

NÚMERO DA CARTEIRA: 901004486950077 INÍCIO: 11:00

NÚMERO DE INTERNAÇÃO:

NHA:

DATA DE NASCIMENTO: 10/09/1960

Diagnóstico Pré-Operatório:

Equipe Cirúrgica (Cirurgião / 1º/2º/3º Auxiliares)

Equipe Anestesiológica (Anestesista / 1º/2º/3º Auxiliares)

Instrumentador(a):

Procedimentos Realizados:

Desbridamento de tecido desvitalizado

Lisado pé D

Tenosíntese dos fêmores

Reparação de ligamento

Sutura de Extenso Fémur

rio → 110

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

PROTÓCOLO

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

28-A-12-2008

AC 1100 PESO 70

ITES 100

SOL TOLOGICO

SOL DE MINSER

ZONI HEMADA

SOS

ISOS

ECG

SpO₂ETCO₂

DIURESE

COMPREV PREVIDENCA S/A

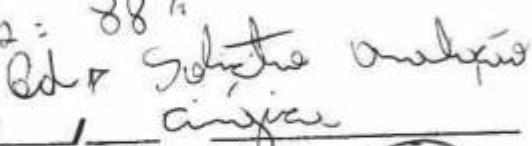
28-A-12-2008

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE SERRA BRANCA

RECEITUÁRIO  SUS

Examinante

Examinou o paciente
Amires Soares, 56 anos,
com história de ondade
intermitente 15 ± 3 horas,
refrido dor e náusea
no pé  e queimadura no
máleus. Em hemipneia 
no exame: Neve mále
e laringite, ofegado 15.
PA. 140X100 mm Hg
Sat O₂: 88%


CD e Sobre ombro
anterior

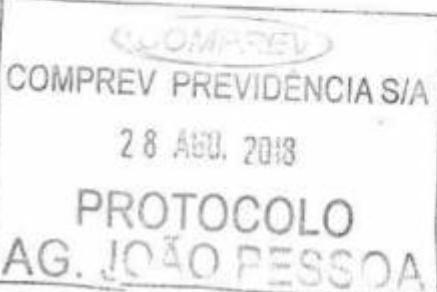
DATA: _____ / _____ / _____

MÉDICO - CRM

07/07/16

(28.45 dm)

Iris Tavares
MÉDICA
CRM - PE 8957





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180399245 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Vitor Hugo Sousa Morim".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180399245 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180399245 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO EXTEÑO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA E LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO HÁLUX DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA EXTENSA CICATRIZ NORMOCRÔMICA E HIPERTRÓFICA MEDINDO 08 CM DORSAL DO PÉ DIREITO COM RETRAÇÃO CICATRICIAL, PARESTESIA LOCAL, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA FLEXO EXTENSÃO DO 1º PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATADO CIRURGICAMENTE COM DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO, TENORRAFIA E FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º pododáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/10/2018

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180399245**

Nome do(a) Examinado(a): **AMIRES FERREIRA SOARES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua João Galiza de Andrade, 97, AP 403 - Jardim São Paulo - João Pessoa - PB - CEP 58051-180

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **584406**

Data e local do acidente: [**07/07/2016**] **BR 402-SERRA BRANCA-PB**

Data e local do exame: [**10/10/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FERIMENTO EXLENDO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA E LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO HÁLUX DIREITO.

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

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA EXTENSA CICATRIZ NORMOCRÔMICA E HIPERTRÓFICA MEDINDO 08 CM DORSAL DO PÉ DIREITO COM RETRAÇÃO CICATRICIAL, PARESTESIA LOCAL, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA FLEXO EXTENSÃO DO 1º PODODÁCTILO DIREITO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATADO CIRURGICAMENTE COM DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO, TENORRAFIA E FISIOTERAPIA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do 1º pododáctilo 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):

1º pododáctilo 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.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB