

---

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** FILIPE LEITE DE SOUZA

**Nº Sinistro:** 3180441009

**Vitima:** FILIPE LEITE DE SOUZA

**Data do Acidente:** 28/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180441009**.

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, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FILIPE LEITE DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180441009**

Vitima: **FILIPE LEITE DE SOUZA**

Data do Acidente: **28/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180441009**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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](http://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, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FILIPE LEITE DE SOUZA**

Sinistro: **3180441009**  
Vítima: **FILIPE LEITE DE SOUZA**  
Data do Acidente: **28/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180441009** 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](http://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, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FILIPE LEITE DE SOUZA**

**Sinistro:** **3180441009**  
**Vítima:** **FILIPE LEITE DE SOUZA**  
**Data do Acidente:** **28/09/2017**  
**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180441009** 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](http://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 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     | CPF da Vítima         | Data do Acidente  |
| <i>Felipe Luís de Souza</i> | <i>116.086.329-58</i> | <i>08/09/2014</i> |

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atende 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.

...n 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.

*Jônatas Souza, 11 de Julho de 2018*  
Local e Data

*FELIPE LUIZ DE SOUZA*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**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").

Endereço do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

**116.086.394-58**

Nome completo da vítima

**Felipe Teite de Souza**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                     |                       |                        |
|-------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| Nome completo                       | CPF titular da conta  | Profissão              |
| <b>Felipe Teite de Souza</b>        | <b>116.086.394-58</b> | <b>Frontista</b>       |
| Endereço                            | Número                | Complemento            |
| <b>Rua Antônio Ricardo Oliveira</b> | <b>103</b>            | <b></b>                |
| Bairro                              | Cidade                | Estado                 |
| <b>Mangabeira</b>                   | <b>João Pessoa</b>    | <b>PB</b>              |
| Email                               | CEP                   | Telefone (DDD)         |
| <b>voltz.dpvat@gmail.com</b>        | <b>58058-239</b>      | <b>(83) 99100-5602</b> |

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"/> RECUZO 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

N.R.O.

D/V

CONTA

N.R.O.

D/V

**3487**

**30690**

**17**

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

N.R.O.

AGÊNCIA

N.R.O.

D/V

CONTA

N.R.O.

D/V

(Informar dígito se existir)

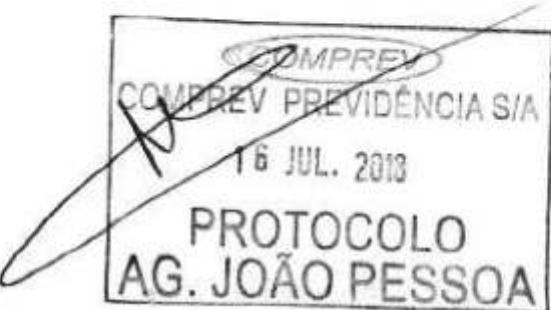
(Informar dígito se existir)

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

*Felipe Teite de Souza* de **12** de **Julho** de **2018**  
Local e Data

**Felipe Teite de Souza,**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01295.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01295.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 16:51 horas do dia 11 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Filipe Leite de Souza**, conhecido(a) por Filipe, CPF nº 116.086.324-58, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Frentista, filho(a) de Marileide Bezerra Leite de Souza e Felício Durval da Silva Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/02/1997 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Ricardo de Oliveira, Nº 103, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Por Trás do Mercadinho São Jorge, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98794-9432.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Josefa Taveira, Perto do Rei dos Esportes, Sento Mangabeira/Valentina, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/09/17 15:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA/FACTOR YBR125 K, COR VERMELHA, ANO 2009/2009, PLACA NPS7447/PB, CHASSI 9C6KE122090066080, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE à época do acidente, pela Av. Josefa Taveira, sentido Mangabeira/Valentina, quando colidiu frontalmente contra um VEÍCULO PRISMA, BRANCO, CARACTERIZADO TÁXI, PLACA NÃO IDENTIFICADA, o qual transitava pelo sentido Valentina/Mangabeira e repentinamente fez uma manobra para estacionar na calçada do Rei dos Esportes, do outro lado da via; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 20.06.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que após o acidente foi socorrido em veículo particular para o Ortotrauma, sendo transferido de ambulância para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 11 de julho de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

FILIPE LEITE DE SOUZA  
Noticiante

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
16 JUL. 2018  
Procedimento Policial: 01295.01.2018.1.00.420  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

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     | CPF da Vítima         | Data do Acidente  |
| <i>Felipe Luís de Souza</i> | <i>116.086.329-58</i> | <i>08/09/2014</i> |

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

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

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atende 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.

...n 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.

*Jônatas Souza, 11 de Julho de 2018*  
Local e Data

*FELIPE LUIZ DE SOUZA*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

16 JUL. 2018

PROTOCOLO

 COMPREV

COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRÔ GONDIM - CRES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1030685



## Identificação do paciente

|   |                                  |              |           |  |
|---|----------------------------------|--------------|-----------|--|
| ID<br>1214729   | Nome<br>FELIPE LEITE SOUZA       |              |           | Sexo<br>Masculino  |
| Data de nascimento<br>10/02/1997  | Idade<br>20 anos 7 meses 18 dias | Estado civil | Religião  | Pronome  |
| Mãe<br>MARLEIDE BEZERRA LEITE SOUZA                                     |                                  |              |           | Pai<br>FELICIO DURVAL DA SILVA SOUZA                           |
| Escolaridade  |                                  |              |           | Responsável (Parentesco)<br>MARLEIDE BEZERRA LEITE SOUZA - MAE |
| DDD Móvel<br>83   | Fone Móvel<br>999244941          | DDD Fixo     | Fone Fixo |  |
| Tipo documento  | Número documento                 | Nº Crm       |           |  |
| Local de procedência<br>HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA) |                                  |              |           | Tipo<br>UNIDADESAUDE   |
| Email   | Naturalidade<br>JOAO PESSOA      | UF<br>PB     |           |  |
| CBOR  |                                  |              |           |  |

## Endereço

|                 |  |                      |  |
|-----------------|--|----------------------|--|
| CEP<br>58068234 | Município de residência<br>JOAO PESSOA | UF<br>PB             | Logradouro<br>ANTÔNIO RICARDO OLIVEIRA |
| Número<br>103   | Complemento                            | Bairro<br>MANGABEIRA |  |

## Admissão

|                                    |  |                                       |  |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Data e Hora<br>28/09/2017 18:10:18 | Número da pulseira<br><b>1000006052910</b>       | Convênio<br>SUS                       |  |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL    | Clínica  |                                       |  |
| Classificação de risco             | Origem do paciente<br>OUTRA UNIDADE DE SAÚDE     |                                       |  |
| Caráter de atendimento             | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO |  |

## Indicadores e Transporte

|                                  |                       |                              |               |
|----------------------------------|-----------------------|------------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não             | Plano de saúde<br>Não | Veículo de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>AMBULANCIA | Quem transportou      |                              |               |

## Sinais Vitais

|              |    |             |
|--------------|----|-------------|
| PA<br>X mmHg | P脉 | Temperatura |
|--------------|----|-------------|

## Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

## Dados clínicos

|  |       |
|--|-------|
| Diagnóstico                                  | CD    |
| Atendido por<br>JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO | Tempo |

TOMOGRAFIA

IPO ... OM 1310 ESQ.  
 DATA ... 28/09/17  
 IUCHA ...  
 KOM TEC. RAD: Wellington W. P. de Albuquerque  
 CRTR 066917  
 ISS: 28/09/2017

Imprimir

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
16 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

# 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: 00/00/0000

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FILIPE LEITE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000030690-7

---

Nr. da Autenticação 610527A9F549E537

(83)99811-5088  
(83)99100-5607

B/29811. JG 48

|                         |
|-------------------------|
| COMPREV                 |
| COMPREV PREVIDÊNCIA S/A |
| 1º JUL. 2013            |
| PROTÓCOLO               |
| AG. JOÃO PESSOA         |



(BB)

*Pendente de autorização*

*Dr .Anuar Murad Filho*

*Clinica Médica*

*C.R.M-PB : 8.742*

**LAUDO MÉDICO :**

O paciente FELIPE LEITE DE SOUZA é portador do CID : S 75 + S 42.1 apresentando dor crônica, acompanhado de limitação nos movimentos de abdução e rotação de ombro esquerdo proveniente de fratura da escápula ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :**

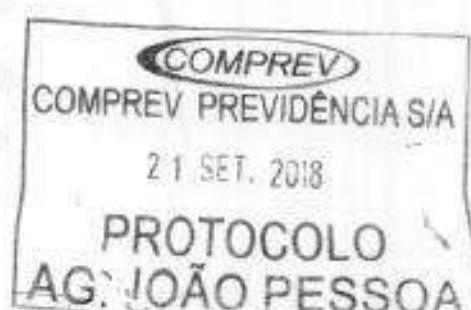
Segue em anexo :

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :**

*Dr. Anuar Murad Filho*

*C.R.M : 8.742*

*10-09-2018*





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FELIPE LEITE DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO 10/02/97

NOME DA MÃE MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 104522

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1030685

DATA DO ATENDIMENTO 28/09/17

HORA DO ATENDIMENTO 18:10

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA ARTICULAÇÃO DA GLENOIDE (ESCPULA)

CID 10 S42.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM HISTÓRIA DE CONTUSÃO EM OMBRO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO REFERE DOR LOCAL DA ARTICULAÇÃO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC OMBRO ESQUERDO

RX OMBRO ESQUERDO

### RESULTADOS DOS EXAMES:

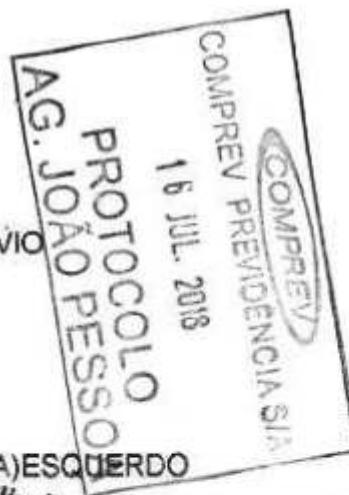
TC OMBRO ESQ- FRATURA DA ARTICULAÇÃO DA GLÉNOIDE COM DESVIO

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE GLENOIDE (ESCAPULA) ESQUERDO

ALTA HOSPITALAR: 06/10/170

DATA DA EMISSÃO: 20/06/18



Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO  
CRM: 1873/PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1030685



## Identificação do paciente

|  |  |              |           |                   |
|--|--|--------------|-----------|-------------------|
| ID<br>1214729  | Nome<br><b>FELIPE LEITE SOUZA</b>                                      |              |           | Sexo<br>Masculino |
| Data de nascimento<br>10/02/1997   | Idade<br>20 anos 7 meses 18 dias                                       | Estado civil | Religião  | Prontuário        |
| Mãe<br><b>MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA</b>                                    | Pai<br><b>FELICIO DURVAL DA SILVA SOUZA</b>                            |              |           |                   |
| Escolaridade   | Responsável (Parentesco)<br><b>MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA - MAE</b> |              |           |                   |
| DDD Móvel<br>83  | Fone Móvel<br>999244841  | DDD Fixo     | Fone Fixo |                   |
| Tipo documento   | Número documento   | NP Crs       |           |                   |
| Local de procedência<br><b>HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)</b> | Tipo<br><b>UNIDADESAUDE</b>  |              |           | UF<br>PB          |
| Email  | Naturalidade<br><b>JOAO PESSOA</b>                                     | CBO/R        |           |                   |

## Endereço

|                 |   |                             |   |
|-----------------|---|-----------------------------|---|
| CEP<br>58068234 | Município de residência<br><b>JOAO PESSOA</b> | UF<br>PB                    | Logradouro<br><b>ANTÔNIO RICARDO OLIVEIRA</b> |
| Número<br>103   | Complemento                                   | Bairro<br><b>MANGABEIRA</b> |   |

## Admissão

|  |   |  |
|--|---|--|
| Data e Hora<br>28/09/2017 18:10:18     | Número da pulseira<br><b>1000006052910</b>              | Convenio<br>SUS                              |
| Especialidade<br><b>CIRURGIA GERAL</b> | Clínica   |  |
| Classificação de risco                 | Origem do paciente<br><b>OUTRA UNIDADE DE SAUDE</b>     |  |
| Caráter de atendimento                 | Motivo do atendimento<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Detalhe do acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b> |

## Indicadores e Transporte

|   |                       |                          |               |
|---|-----------------------|--------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não                    | Piano de saúde<br>Não | Vôo de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br><b>AMBULANCIA</b> | Quem transportou      |                          |               |

## Sinais Vitais

|              |    |             |
|--------------|----|-------------|
| PA<br>X mmHg | P脉 | Temperatura |
|--------------|----|-------------|

## Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

Atendido por  
**IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO**

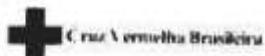
Tempo

TOMOGRAFIA

IPO ... **OMBRO E SW.**  
 DATA ... **28/ 09/ 17**  
 TURA ...  
 NOME TÉC. RAD.: **Wellington W. P. de Albuquerque**  
 ISS.: **CRTR 00001T**

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
**Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090**  
**Tel: 32165700**  
**CNES:**

|   |  |   |                                     |  |
|---|--|---|-------------------------------------|--|
| Paciente<br><b>FELIPE LEITE SOUZA</b>                 | BAE<br><b>1030685</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>28/09/2017 18:16:18</b>           | Data Baixa                          |  |
| Data de nascimento<br><b>16/02/1997</b>               | Idade<br><b>20</b>                                 | Sexo<br><b>Masculino</b>                                  | CNS<br><b>1626348688600063</b>      | Telefone de Contato<br><b>(83) 995244841</b> |
| Mãe<br><b>MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA</b>           |  |   |                                     | Pronunciado                                  |
| Endereço<br><b>ANTÔNIO RICARDO OLIVEIRA, 103</b>      | Bairro<br><b>MANGABEIRA</b>                        | Município<br><b>JOÃO PESSOA</b>                           | UF<br><b>PB</b>                     |  |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>           | Profissional<br><b>MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES</b> | Nº Cons. Regional<br><b>9456/PB</b> |  |
| Data/Hora Classificação<br><b>28/09/2017 18:12:08</b> | Data/Hora Prescrição<br><b>28/09/2017 20:28:15</b> |   |                                     |  |
| Convênio<br><b>SUS</b>                                | Nº Matrícula                                       |   |                                     | Senha  |

### Anamnese

encaminhado do ortotrauma  
 - s de queda de moto  
 - a limitação em ombro direito

reclamação radiografias

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA

### CID10

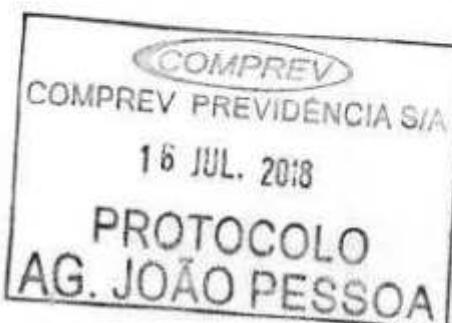
| Código | Descrição            |
|--------|----------------------|
| R52.9  | Dor não especificada |

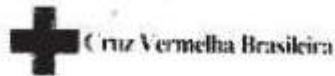
### Conduta

Em observação

**MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES**  
 (MAMPIII)

**FELIPE LEITE SOUZA**



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
**Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090**  
**Tel: 32165700**  
**CNES:**

|  |  |   |                                     |
|--|--|---|-------------------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE LEITE SOUZA</b>            | BAE<br>1030685                           | Data/Hora Entrada<br>28/09/2017 18:10:18                  | Data Baixa                          |
| Data de nascimento<br>10/02/1997                 | Idade<br>20                              | Sexo<br>Masculino   | CNS<br>162534860800003              |
| Mãe<br><b>MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA</b>      |  |   |                                     |
| Endereço<br><b>ANTÔNIO RICARDO OLIVEIRA, 103</b> | Bairro<br><b>MANGABEIRA</b>              | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                           | UF<br><b>PB</b>                     |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES</b> | Nº Cons. Regional<br><b>9456/PB</b> |
| Data/Hora Classificação<br>28/09/2017 18:12:08   |  | Data/Hora Prescrição<br>28/09/2017 21:46:47               |                                     |
| Convênio<br>"S"                                  | Nº Matrícula                             |   | Senha                               |

**Anamnese**

encaminhado do ortotrauma  
 vítima de queda de moto  
 dor e limitação em ombro direito

radiografia de ombro esquerdo observando fratura articular da glenóide

solicito tc de ombro esquerdo.

**Conduta**

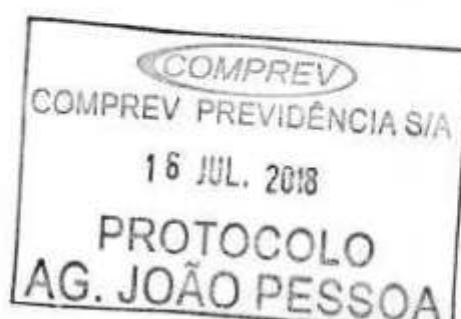
Em observação

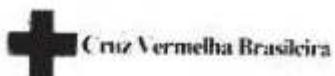
+ TIPÓIA MS

(B)

MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES  
(9456/PB)

FELIPE LEITE SOUZA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

|   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE LEITE SOUZA</b>                 | BAE<br><b>1030685</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>28/09/2017 18:10:18</b>           | Data Baixa                          |
| Data de nascimento<br><b>10/02/1997</b>               | Idade<br><b>20</b>                       | Sexo<br><b>Masculino</b>                                  | CNS<br><b>162534860800003</b>       |
| Mãe<br><b>MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA</b>           |  |   |                                     |
| Endereço<br><b>ANTÔNIO RICARDO OLIVEIRA, 103</b>      | Bairro<br><b>MANGABEIRA</b>              | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                           | UF<br><b>PB</b>                     |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES</b> | Nº Cons. Regional<br><b>9456/PB</b> |
| Data/Hora Classificação<br><b>28/09/2017 18:12:08</b> |  | Data/Hora Prescrição<br><b>28/09/2017 23:59:35</b>        |                                     |
| Convênio<br><b>'IS</b>                                | Nº Matrícula                             |   | Senha                               |

### Anamnese

encaminhado do ortotrauma  
vítima de queda de moto  
dor e limitação em ombro direito

radiografia de ombro esquerdo observando fratura articular da glenóide

solicito tc de ombro esquerdo

À TC : FX INTRARTICULAR DA GLENÓIDE COM DESVIO

CD: INTERNAMENTO P/ TTO CIRURGICO DR ODILON

### DIETA

INTA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, 12/12H

### MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

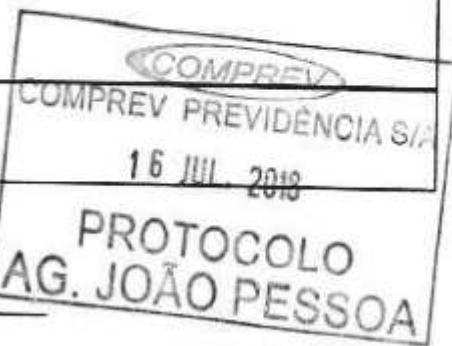
OMEPRAZOL 40 MG CÁPSULA

### PROCEDIMENTO

HEMI - J

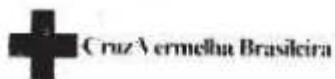
### Conduta

Internar Paciente



MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES  
(9456/PB)

*ORTO*



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| Paciente<br><b>FELIPE LEITE SOUZA</b>                 |  | BAE<br><b>1030685</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>28/09/2017 18:10:18</b> | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>10/02/1997</b>               | Idade<br><b>20</b>                       | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS<br><b>162534860800003</b>                   | Telefone de Contato<br><b>(83) 999244941</b> |
| Mae<br><b>MARILEIDE BEZERRA LEITE SOUZA</b>           |  |  |   | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>ANTÔNIO RICARDO OLIVEIRA, 103</b>      |  | Bairro<br><b>MANGABEIRA</b>                        | Municipio<br><b>JOAO PESSOA</b>                 | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES</b>  |   | Nº Cons. Regional<br><b>3359/PB</b>          |
| Data/Hora Classificação<br><b>28/09/2017 18:12:06</b> |  | Data/Hora Prescrição<br><b>28/09/2017 19:46:10</b> |   |  |
| Convênio<br><b>C. C.</b>                              | Nº Matrícula                             |  |   | Senha  |

### Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADO DO TRAUMINHA COM LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO.

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: LUXAÇÃO)

### CID10

| Código | Descrição                       |
|--------|---------------------------------|
| S43.0  | Luxação da articulação do ombro |

### Conduta

! observação

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES  
(3359/PB)

*FELIPE LEITE SOUZA*

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
16 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

16 JUL. 2013

|                       |                               |
|-----------------------|-------------------------------|
| Nome                  | FELIPE LEITE SOUZA            |
| Motivo do Atendimento | ACIDENTE DE MOTOCICLETA       |
| Sobr                  | SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE |

| Data de    | Idade | Sexo      | Nº      | PRO            | Data Prescrição     |
|------------|-------|-----------|---------|----------------|---------------------|
| 10/02/1997 | 20    | MASCULINO | 1030685 | 104522         | 02/10/2017 06:21:40 |
|            |       |           |         | AG             | Prescrição válida a |
|            |       |           |         | LEITO EXTRA 13 | 02/10/2017 08:21:40 |

#### MEDICAMENTOS PRESCRITOS

| Nome do medicamento                | Dose  | UM | Vl    | Vl      | Vl | Psiologia | Orientação de Uso | Prorrogação   |
|------------------------------------|-------|----|-------|---------|----|-----------|-------------------|---|
| 1 DIETA LIVRE                      | 0,0   |    |       |         |    | ORAL      |                   |   |
| 2 DIPROROX 500MG (AMPOLA 2ML)      | 2,0   | ML |       |         |    | EV.       |                   |   |
| Diluir em AGUA DE DESTILADA        | 10,0  | ML |       |         |    | 80H       |                   |   |
| 3 CAPTOPRIL 25 MG                  |       |    | 1,0   | CP      |    | ORAL      | AGORA             |   |
| 4 SORBITOL 100G 1,5%               |       |    | 25,0  | ML      |    | EV        |                   | 24H   |
| 5 OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA          |       |    | 2,0   | CÁPSULA |    | ORAL      | 1X AO DIA         | Observação: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200 |
| 6 GLICOSE 50% (AMPOLA) - 30 LUCAS  | 10,0  | ML |       |         |    | EV        | AGORA             | Observação: EN JEJUM, PELA MANHÃ  |
| 7 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)      | 2,0   | ML |       |         |    | EV        | AGORA             | Observação: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200 |
| 8 CETOPROFENO 100 MG               | 100,0 | MG | 100,0 | ML      |    | EV        | 80H               |   |
| Diluir em Solução Fisiológica 0,9% | 100,0 | ML |       |         |    | EV        |                   | 12H/24H   |
| 9 SSVV + CCAG                      | 0,0   |    |       |         |    |           |                   |   |

16/02/2018  
16/02/2018  
16/02/2018

JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

CRM: 4518

Assinatura e Círculo do Profissional

02 de Outubro de 2017



Hospital São Vicente de Paulo  
Secretaria de Estado da Saúde



Hospital São Vicente de Paulo  
Secretaria de Estado da Saúde

**GOVERNO  
DA PARÁBA**

**COMPREV**

**PREVIDÊNCIA S/A**

RUA CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

16 JUL. 2018

| Name                    | Date of Birth | Age | Sex       | Nº Prescrição  | Protocolo                                  |
|-------------------------|---------------|-----|-----------|----------------|--|
| FELIPE LEITE SOUZA      | 10/02/1997    | 20  | MASCULINO | 1030685        | 10426                                      |
| Motivo do Atendimento   |               |     |           | Leito          | Data Prescrição<br>01/10/2017 08:40:42     |
| ACIDENTE DE MOTOCICLETA |               |     |           | LEITO EXTRA 13 | Prescrição válida a<br>01/10/2017 08:40:42 |

### MEDICAMENTOS PRESCRITOS

| Name do medicamento                | Dose  | U.M.    | V.L. | Via de | Visceral | Terapêutica | Orientação de Uso  | Apresentação |
|------------------------------------|-------|---------|------|--------|----------|-------------|--|--------------|
| 1 DIETA LIVRE                      | 0,0   |         |      | ORAL   |          |             |  |              |
| 2 DIPRORINA 500MG/ML (AMPOLA 2ML)  | 2,0   | ML      |      | E.V.   |          |             |  |              |
| Diluir em ÁGUA DESTILADA           | 10,0  | ML      |      | E.V.   |          |             |  |              |
| 3 CAPTOPRIL 25 MG                  | 1,0   | CP      |      | ORAL   |          |             | AGORA  |              |
| 4 SCHIZOPIRÉNICO 20%               | 20,0  | ML      |      | E.V.   |          |             | 24H  |              |
| 5 OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA          | 2,0   | CÁPSULA | -    | ORAL   |          | 1XAO DIA    | Observação: SE PAS > 160 OU PAD > 110: AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200 | 06-22-01-44  |
| 6 GLICOSSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO  | 10,0  | ML      |      | E.V.   |          | AGORA       | Observação: SE HGT > 60: MAMMA   | 06-22-01-42  |
| 7 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)      | 2,0   | ML      |      | E.V.   |          |             |  |              |
| Diluir em Solução Fisiológica 0,9% | 100,0 | ML      |      | E.V.   |          |             |  |              |
| 8 CETOPROFENO 10% MG               | 100,0 | MG      |      | E.V.   |          | 1212H       |  | 06-24-08     |
| Diluir em Solução Fisiológica 0,9% | 100,0 | ML      |      | E.V.   |          |             |  |              |
| 9 CURATIVO                         | 0,0   |         |      |        |          |             |  |              |
| 10 HGT 60RS                        | 0,0   |         |      |        |          |             |  |              |
| 11 SSVV + CCCGG                    | 0,0   |         |      |        |          |             |  |              |

Olho direito 16-24-08

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO  
CRM: 5960

Assinatura e Carimbo do Profissional

Tec. Clínico

HGT - 100

HGT - 100



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

|  |   |   |                               |   |              |  |
|--|---|---|-------------------------------|---|--------------|--|
| Nome<br>FELIPE LEITE SOUZA                               | Data de<br>10/02/1997                         | Idade<br>20                                   | Sexo<br>MASCULINO             | Nº<br>1030685                                     | Nº<br>104522 | Data Prescrição<br>30/09/2017 10:37:51 |
| Motivo do Atendimento<br><b>INCIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Setor<br><b>SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE</b> | Posto de Trabalho<br><b>ÁREA VERDE ENF 36</b> | Lado<br><b>LEITO EXTRA 13</b> | Prescrição válida a<br><b>30/09/2017 10:37:51</b> |              |  |

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

| Nome do medicamento                  | Dose  | U.M.    | Via  | Intervalo | Observação de Uso  | Armazenamento                    |
|--------------------------------------|-------|---------|------|-----------|--|----------------------------------|
| 1 DIETA LIVRE                        | 0,0   |         | ORAL |           |  |                                  |
| 2 DEPIROVA 500 MG/ML (AMPOLA)        | 2,0   | ML      | EV   |           |  |                                  |
| Diluir em   SALINA ESTERILIZADA      | 100,0 | ML      |      |           |  |                                  |
| 3 CAPTOPRIL 25 MG                    | 1,0   | CP      | ORAL |           | AGORA  | OUT                              |
| 4 SOLUÇÃO EFERVÉSCENTE 2000,0        | ML    |         | EV   |           | Observação: SE PAS > 160 OU PAD > 110; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200 |                                  |
| 5 OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA            | 2,0   | CÁPSULA | ORAL |           | 1X AO DIA  | Observação: EM JEJUM, PELA MANHÃ |
| 6 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO     | 10,0  | ML      | EV   |           | AGORA  | Observação: 3 HIGIENIZAR         |
| 7 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)        | 2,0   | ML      | EV   |           | B/H  |                                  |
| Diluir em   Solução Fisiológica 0,9% | 100,0 | ML      |      |           |  |                                  |
| 8 CETOPROFENO 100 MG                 | 100,0 | MG      | EV   |           | 12/12h   | 16 30 09                         |
| Diluir em   Solução Fisiológica 0,9% | 100,0 | ML      |      |           |  |                                  |
| 9 CURATIVO                           | 0,0   |         |      |           |  | Observação: DIARRÓ               |
| 10 HG/T SENS                         | 0,0   |         |      |           |  |                                  |
| 11 SSW + CCGG                        | 0,0   |         |      |           |  |                                  |

30 de Setembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

CRM: 5960

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO

**COMPREV**  
CONPREV PREVIDÊNCIA SÓCIOS

16 JUL. 2013

**PROTÓCOLO**  
**AG-JOÃO PESSOA**

RUA ORESTES LISBOA, SN - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

| Nome  | Data de<br>10/02/1997 | Idade<br>20 | Sexo<br>MASCULINO                      | Nº<br>1030685                          | Nº<br>104522           | Data Prescrição<br>29/09/2017 12:29:12     |
|---|-----------------------|-------------|--|--|------------------------|--|
| Motivo do Atendimento<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> |                       |             | Sétor<br>SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE | Posto de Trabalho<br>AREA VERDE ENF 36 | Lato<br>LEITO EXTRA 13 | Prescrição válida a<br>29/09/2017 12:29:12 |

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

| Nome do medicamento                           | Dose   | U.M.    | Vias de<br>ingesta | Obs | Posologia | Obs  |
|---|--------|---------|--------------------|-----|-----------|--|
| <b>1 DIETA LIVRE</b>                          | 0,0    |         | ORAL               |     |           |  |
| <b>2 DÍRROEA SÓ NUTRI (AMPOLA 2ML)</b>        | 20     | ML      | E.V.               |     |           |  |
| <b>3 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA)</b>        | 8,0    | MG      | E.V.               |     | 8/8H      |  |
| <b>4 CAPTOPRIL 25 MG</b>                      | 1,0    | CP      | ORAL               |     | AGORA     | Observação: SE PAS > 160 OU<br>PAP > 110 AVISAR<br>PARA CONSULTA |
| <b>5 SOLUÇÃO Fisiológica 0,9%</b>             | 2000,0 | ML      | E.V.               |     | 24H       |  |
| <b>6 OMOPRAZOL 20 MG CAPSULA</b>              | 2,0    | CAPSULA | ORAL               |     | 1XADDA    | Observação: JUNTAR PELA<br>MANHA                                 |
| <b>7 GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO</b>       | 10,0   | ML      | E.V.               |     | AGORA     | Observação: SE HGT 60  |
| <b>8 TRAMADOL 10MG/2ML (AMPOLA)</b>           | 2,0    | ML      | E.V.               |     | 16        | 24   |
| <b>9 CETOPROFENO 100 MG</b>                   | 100,0  | ML      | E.V.               |     | 12/12H    |  |
| <b>10 CURATIVO</b>                            | 0,0    |         |                    |     |           | Observação: DURADOURO  |
| <b>11 HGT 66HS</b>                            | 0,0    |         |                    |     |           |  |
| <b>12 FISIOTERAPIA RESPIRATORIO E MOTORIA</b> | 0,0    |         |                    |     |           |  |
| <b>13 INSULINA REGULAR CONFORME HGT</b>       | 0,0    |         |                    |     |           |  |
| <b>14 SSWV+CCCG</b>                           | 0,0    |         |                    |     |           |  |

29 de Setembro de 2017

JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

CRM: 7149

Assinatura e Câmbio do Profissional

COMPREV PREVIDÊNCIA, S/A

16 JUL. 2018



RUA ORESTES LISBOA, SN - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

| Nome                    | Data de    | Idade | Sexo      | Nº      | Data Prescrição     |
|-------------------------|------------|-------|-----------|---------|---------------------|
| FELIPE LEITE SOUZA      | 10/02/1997 | 20    | MASCULINO | 1030685 | 28/09/2017 23:59:35 |
| Motivo do Atendimento   |            |       |           |         |                     |
| ACIDENTE DE MOTOCICLETA |            |       |           |         |                     |

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

| Nome do medicamento         | Dose | U.M. | VL | Ma de | Veloc. Inf. | Posologia | Orientação de Uso | Apartamento |
|-----------------------------|------|------|----|-------|-------------|-----------|-------------------|-------------|
| 1 DIETA LIVRE               | 0,0  |      |    |       |             | ORAL      |                   | PAUTA       |
| 2 TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO | 1,0  | MG   |    |       |             | ORAL      | 12/12H            | DO          |
| 3 OMEPRAZOL 40 MG CÁPSULA   | 0,0  |      |    |       |             |           |                   | DO          |

28 de Setembro de 2017

MATHEUS MOZART SILVEIRA

CRM: 4165

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha Brasileira  
Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDRM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

| Name   | Data de<br>Nascimento | Idade | Sexo              | Nº<br>CRM | Nº | Data Prescrição                            |
|--|-----------------------|-------|-------------------|-----------|----|--|
| FELIPE LEITE SOUZA                               | 20/02/1997            | 20    | MASCULINO         | 103085    |    | 28/09/2017 19:46:10                        |
| Motivo do Atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA |                       | Setor | Posto de Trabalho | Leite     |    | Prescrição válida a<br>28/09/2017 19:46:10 |

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

| Nome do medicamento | Dose | U.M. | VL | Ma de | Veloc. inf. | Posologia | Orientação da Ico  | Agravamento |
|---------------------|------|------|----|-------|-------------|-----------|--------------------|-------------|
| 1 PARECER ORTO      | 0.0  |      |    |       |             |           | Observação/LUXAÇÃO |             |

28 de Setembro de 2017

Assinatura  
Preenchimento do Profissional

Walter LUIZ  
CRM: 3359  
Mat. 8900

|                         |
|-------------------------|
| COMPREV                 |
| COMPREV PREVIDÊNCIA S/A |
| 16 JUL. 2018            |
| PROTÓCOLO               |
| AG. JOÃO PESSOA         |



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO  
RABELO

Em: 02/10/2017 06:21:01

|  |  |   |                               |
|--|--|---|-------------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE LEITE SOUZA</b>    | Boletim de Atendimento<br><b>1030685</b> | Data/Hora Entrada<br><b>28/09/2017 18:10:18</b> | Data/Hora Saída               |
| Data de nascimento<br><b>10/02/1997</b>  | Idade<br><b>20</b>                       | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | CNS<br><b>162534860800003</b> |
| Tempo de Internação<br><b>3d 6h 5min</b> | Convênio<br><b>SUS</b>                   |   | Prontuário<br><b>104522</b>   |
|  |  |   | Plantão<br><b>NOTURNO</b>     |

### **EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 02/10/2017 06:20:56)**

#### **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

Descrição da evolução.

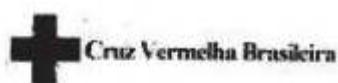
**4 DIH - FRATURA DA GLENOIDE**  
BEG LOTE F EXAMES OK, AGUARDA CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 13  
Professional responsável pela Informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

**JOÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO)**

JOÃO DO PACIENTE



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 6121221 - Tel.:

Impresso por: JOAO  
HENRIQUE ARRUDA  
RAMALHO  
Em: 29/09/2017 12:26:52

|   |                    |  |   |                             |
|---|--------------------|--|---|-----------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE LEITE SOUZA</b>   |                    | Boletim de Atendimento<br><b>1030685</b> | Data/Hora Entrada<br><b>28/09/2017 16:10:18</b> | Data/Hora Saída             |
| Data de nascimento<br><b>10/02/1997</b> | Idade<br><b>20</b> | Sexo<br><b>Masculino</b>                 | CNS<br><b>162534860800003</b>                   | Prontuário<br><b>104522</b> |
| Tempo de Internação<br><b>12h 10min</b> |                    | Convênio<br><b>SUS</b>                   |   | Plantão<br><b>DIURNO</b>    |

### Evolução do Paciente (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 29/09/2017 12:26:47)

#### Evolução do Paciente

Descrição da evolução:

**1DIH - FRATURA DA GLENOIDE  
ESTAVEL  
AGUARDA EXAMES  
SOLICITO TC COM RECONSTRUÇÃO 3D**

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 13

Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149

A  
12/09





**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

## **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**



BE/PRONTUÁRIO

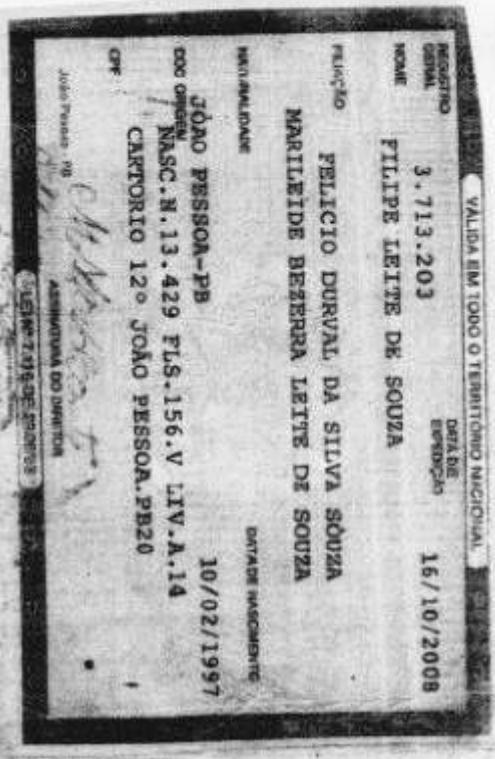
**NOME DO PACIENTE**

Felipe Henrique Souza

 COMPFFV COMPREV PREVIDENCIA S/A

16 JUL 2013

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSFERÊNCIA  
ARQUIVOS NACIONAIS DE TRANSFERÊNCIA

HOME  
FILIPE LEITE DE SOUZA

DOC. NÚMERO / ORG. NÚMERO  
3713203 SGS PB

CF  
116.086.324-58 DATA Nascimento  
10/02/1997

NOME  
PELICIO DURVAL DA  
SILVA SOUZA  
MARTIRIDE BEZERRA  
LEITE DE SOUZA

PERMESSO  
PERMISSÃO  
ACC  
CRIM.  
AB

INÍCIO  
06843505300  
16/05/2018  
16/05/2017

TERMINO  
16/05/2018  
16/05/2017

COMENTÁRIOS  
P. 1  
MAR:

Filipe Leite de Souza  
Assinatura do Titular

PROBLEMA IDENTIFICAR  
JOÃO PESSOA, PB  
1474563357  
1474563357

DATA EMISSÃO  
17/05/2017

89606148715  
PB033523100

PARAÍBA

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
1º JUL. 2013  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

NOTA DE PAGAMENTO

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180441009      **Cidade:** João Pessoa  
**Vítima:** FILIPE LEITE DE SOUZA      **Data do acidente:** 28/09/2017  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA ESCÁPULA (GLENOIDE) ESQUERDA.

**Descrição do exame** AO EXAME VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado     | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                                  |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

## 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: **3180441009**

Nome do(a) Examinado(a): **FILIPE LEITE DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R ANTONIO RICARDO OLIVEIRA, 103 - MANGABEIRA - João Pessoa - PB - CEP 58058-234**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSDS /PB** ] **3713203**

Data e local do acidente: [ **28/09/2017** ] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [ **19/11/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DA ESCÁPULA (GLENOIDE) ESQUERDA.**

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

**AO EXAME VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.**

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

[  ] Sim [  ] Não

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

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.**

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

[  ] Sim [  ] Não

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

**Limitação funcional do ombro esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Ombro esquerdo**

% 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.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347465/18

Vítima: FILIPE LEITE DE SOUZA

CPF: 116.086.324-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2017

Titular do CPF: FILIPE LEITE DE SOUZA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de ato declaratório
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

Pecadão  
3180441009

FILIPE LEITE DE SOUZA : 116.086.324-58

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/09/2018  
Nome: FILIPE LEITE DE SOUZA  
CPF: 116.086.324-58

FILIPE LEITE DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180441009      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FILIPE LEITE DE SOUZA      **Data do acidente:** 28/09/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/11/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA GLENOIDE DO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCALARRECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>            | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %  | Em grau leve - 25 %   | 6,25%            | R\$ 843,75                   |
| <b>Total</b>                                  |   |   | <b>6,25 %</b>    | <b>R\$ 843,75</b>            |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441009  
Vítima: FILIPE LEITE DE SOUZA

Cidade: João Pessoa  
Data do acidente: 28/09/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA GLENOIDE DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCALARRECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %   | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%         | R\$ 843,75            |
| <b>Total</b>                                  |  |  | <b>6,25 %</b> | <b>R\$ 843,75</b>     |

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180441009      **Cidade:** João Pessoa  
**Vítima:** FILIPE LEITE DE SOUZA      **Data do acidente:** 28/09/2017  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA ESCÁPULA (GLENOIDE) ESQUERDA.

**Descrição do exame** AO EXAME VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado     | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                                  |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

## 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:**