

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: MICHEL DE MOURA DANTAS

Nº Sinistro: 3180510839

Vitima: MICHEL DE MOURA DANTAS

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 3180510839**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13550122



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: MICHEL DE MOURA DANTAS
Nº Sinistro: 3180510839
Vítima: MICHEL DE MOURA DANTAS
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 3180510839**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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** 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: MICHEL DE MOURA DANTAS CPF: 02263249400
Profissão: AVOGADO Endereço: RUA TRINEU JOFFELY Número: 254 Complemento: CASA
Bairro: JOSUARI Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58011-110
E-mail: WICKEL.MOURA@GMAIL.COM Tel.(DDD): 83-988734828

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 8120 CONTA: 17860
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01913.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01913.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:53 horas do dia 09 de outubro 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 **Michel de Moura Dantas**, CPF nº 022.632.494-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Advogado, filho(a) de Normanda Barbosa de Moura Batista e Mariano Dantas de Medeiros Neto, natural de São Paulo/SP, nascido(a) em 27/05/1978 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Batista Carvalho Moura, Nº 540, complemento AP. 402 - ED. MAZANNO, bairro Jardim Cidade Universitária, tendo como ponto de referência Bob's, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98873-4828.

Dados do(s) Fatos:

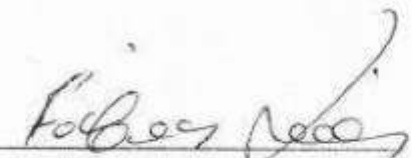
Local: Rua Estevão Gerson Carneiro da Cunha, Por Trás do Ed. Tierras de Espanha, João Pessoa/PB, bairro Jardim Cidade Universitária; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/09/17 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, PRETA, 2011/2011, PLACA NQK5824/PB, CHASSI 9C2JC4820BR077073, registrada em nome de Suelen Kivia da Silva Ferreira, pela faixa esquerda da Rua Estevão Gerson Carneiro da Cunha, quando teve sua passagem interceptada por outra MOTO NÃO IDENTIFICADA, a qual transitava pela faixa direita e repentinamente fez uma manobra para mudar de faixa, vindo o pneu dianteiro da moto do noticiante colidir com o pneu dianteiro da outra moto e em decorrência o noticiante cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 11.07.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de outubro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


MICHEL DE MOURA DANTAS
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: MICHEL DE MOURA DANTAS CPF: 02263249400
Profissão: AVOGADO Endereço: RUA TRINEU JOFFELY Número: 254 Complemento: CASA
Bairro: JOVARIAS Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58011-110
E-mail: WICKEL.MOURA@GMAIL.COM Tel.(DDD): 83-988734828

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8120 CONTA: 17860
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

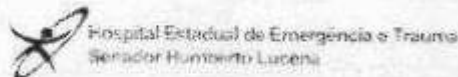
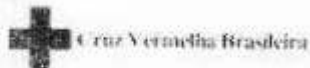
TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



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

Boletim de Atendimento: 1030692



Identificação do paciente			
ID 1214749	Nome MICHEL DE MOURA DANTAS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 27/05/1978	Idade 39 anos 4 meses 1 dia	Estado civil	Religião
Mãe NORMANDA BARBOSA DE MOURA			Prontuário
Escolaridade		Pai MARIANO DANTAS	
		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988734828	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Numero documento	Nº Cns	
Local de procedência JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade SÃO PAULO	CBOR	
Endereço			
CEP 58052150	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOÃO BATISTA CARVALHO MOURA
Número 540	Complemento	Bairro JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA	
Admissão			
Data e Hora 28/09/2017 19:02:25	Numero da pulseira 1000006307539	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA	x	mmHg	Pulso
			Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos 28/09/17 Paciente deu entrada neste setor vítima de acidente de moto, trazido pelo bombeiro, se encontra consciente e orientado. Inprimado pelo plano de saúde, medicação com e encaminhado ao CDE.			
Diagnóstico			
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL			

Imprimir

Boletim não será arquivado

30 OUT. 2018

tempo 37seg

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Citre, 226 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA	
INFORME SEU NOME E	
MATRÍCULA	
592811	
REFERÊNCIA	
SET/2018	

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MICHEL DE MOURA DANTAS
RUA IRINEU JOFFELY, 254 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB
58011-110

Economias		Responsável
Índice	Ponto	
0	0	
Situação Água		Situação Esgoto
Estado	Estado	
1. PROXIMA LEITURA		
10/10/2018		
2. DATA DE PAGAMENTO		
05/2017 MS.		
3. ANALIS. CONFORMES		
305	305	
308	308	
0	0	
100	100	
308	308	
4. JUL/2018		

Comprovante de pagamento
Banco Itaú - Comprovante de Pagamento
Pagamento com código de barras

0010 - CAGEPA

CAGEPA ESC

Identificação no extrato: CAGEPA ESC

Dados da conta debitada: MICHEL DE MOURA DANTAS

Nome: MICHEL DE MOURA DANTAS

Agência: 8120

Dados do pagamento: 826800000000 682400100017 000592811012 092018100039

Código de barras: R\$ 68,24

Valor do documento: R\$ 68,24

Pagamento efetuado em 12/09/2018 às 17:08:19 via CELULAR, CTRL 281608126974137

Pagamento efetuado em sábado, domingo ou feriado, será quitado no próximo dia útil.

- Pagamento efetuado em sábado, domingo ou feriado, será quitado no próximo dia útil.

- O cliente assume total responsabilidade por eventuais danos decorrentes de inadimplência ou

insuficiência nas informações por ele inseridas.

Autenticação: 203388933FB3139D003B31EACCA6CF9C49BD193E

A IMPRESSÃO: 15:22:19

UNO TOTAL (R\$)

13 37,91

13 36,13

26 B 4 nov 12/09/18

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 21/09/2018 Total a Pagar: R\$ 68,24



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO: MÉDIA DO FÍGURE TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL 2018
PROTOCOLO
AG 100039
JOAO PESSOA



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
592811	SET/2018	21/09/2018	R\$ 68,24

826800000000 0 682400100017 000592811012 092018100039




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SUELEN KIVIA DA SILVA FERREIRA,
RG nº 2680797, data de expedição 22/07/1999
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 055.826.674-66 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARANÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua JOÃO BATISTA C MOURA, nº 540,
complemento AP 402, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MICHEL DE MOURA DANTAS cujo o condutor era
MICHEL DE MOURA DANTAS.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/BIZ 125 ES
Ano: 2011
Placa: NQK-5824
Chassi: 9C2J4820 BR077073
Data do Acidente: 28/09/2017
Local e Data: JOÃO PESSOA, 24/10/2018

Suelen Kivia da S. Ferreira
Assinatura do Declarante

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

 **Cartório Garibaldi**
9º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tamborizinho - João Pessoa - Paraíba
F: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de SUELEN KIVIA DA SILVA FERREIRA em test. de veracidade.
Doa fé. João Pessoa-PB 29/10/2018 12:03:51
BRUNNA GARIBALDI E. S. DE PINHO - Substituta
Vlr. R\$12,10, Fcoj. R\$1,00, Fcoj. R\$0,20, ISS R\$0,90
Operador: WELLS, Selo Digital: AHQ55146-HAJU - Consulte
a autenticidade em: <http://selodigital.tpb.jus.br>





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MICHEL DE MOURA DANTAS
DATA DE NASCIMENTO 24/05/78
NOME DA MÃE NORMANDA BARBOSA DE MOURA BATISTA

DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1030692
DATA DO ATENDIMENTO 28/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 19:02
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) POLITRAUMATISMO (MIE., TORAX, OMBRO ESQ.)
CID 10 S20, S40, S80.0, S10

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE NO JOELHO ESQUERDO E OMBRO ESQ. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX COXA ESQ., RX JOELHO ESQ., RX PERNA RSQ., RX OMBRO ESQ., RX COLUNA CERVICAL, RX TORAX.

RESULTADOS DOS EXAMES:

EXAMES NORMAIS

TRATAMENTO:

MEDICADO

ALTA HOSPITALAR: 28/09/17
DATA DA EMISSÃO: 11/07/18



Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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 MICHEL DE MOURA DANTAS	BAE 1030692	Data/Hora Entrada 28/09/2017 19:02:25	Data Baixa
Data de nascimento 27/05/1978	Idade 39	Sexo Masculino	CNS
Mãe NORMANDA BARBOSA DE MOURA			Telefone de Contato (83) 988734828
Endereço JOÃO BATISTA CARVALHO MOURA, 540	Bairro JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	Nº Cons. Regional 3359/PB
Data/Hora Classificação 28/09/2017 19:02:25		Data/Hora Prescrição 28/09/2017 19:18:16	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE SOFREU ACIDENTE COM MOTOCICLETA APRESENTANDO CONTUSÃO E DEFORMIDADE NO JOELHO ESQUERDO E OMBRO ESQUERDO.

EGR, EUPNEICO, CORADO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, GLASGOW 15.

ACV E AR: NDN

ABDOMEN: FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL

MMII: PROVÁVEL FRATURA DE OSSOS DA PERNA

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 150ML DE SORO FISIOLÓGICO)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ESQUERDA (AP + LATERAL + AXIAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

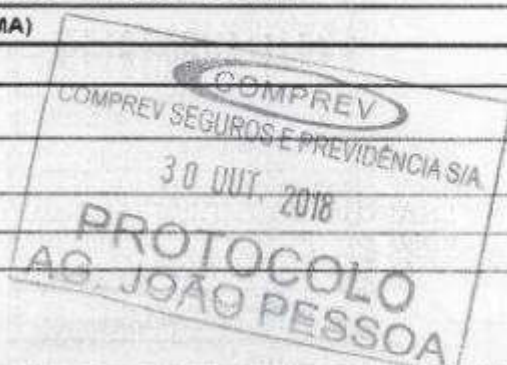
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
S83.7	Traumatismo de estruturas múltiplas do joelho

Conduta

Em observação



REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome
MICHEL DE MOURA DANTAS

Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário
27/05/1978	1030692	

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM

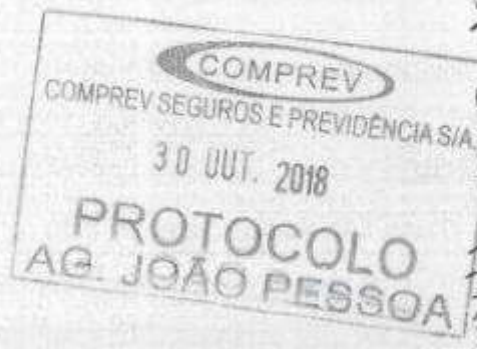
- RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA (TRAUMA)
- RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ESQUERDA (AP + LATERAL + AXIAL) (TRAUMA)
- RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA (TRAUMA)
- RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES) (TRAUMA)
- RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERIL (TRAUMA)
- RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) (TRAUMA)

João
28 09 17
19 40
grande

28 de Setembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

Transf P/HOSP. SÃO FRANCISCO





Secretaria Estadual de Saúde
Secretaria Estadual de Saúde

GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome do paciente	MICHEL DE MOURA DANTAS		Sector			Data de	27/05/1978	Idade	39	Sexo	MASCULINO	Nº	1030692	Nº		Data Prescrição	28/09/2017 19:18:16	
Ativo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA										Posto de Trabalho		Leito				Prescrição válida a	28/09/2017 19:18:16

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		AGORA	Observação DILUIR EM 150ML DE SORO FISIOLÓGICO	19.20
2 PARECER ORTO	0.0						Observação TRAUMA	

28 de Setembro de 201

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
CRM: 3359

Assinatura e Carimbo Profissional





MEMORIAL DIAGNÓSTICO

CÓD.PAC.:42548

Nº EXAME:111225

NOME:MICHEL DE MOURA DANTAS

CONVENIO:FUNASA SAUDE

PLANO:FUNASA SAUDE

MÉDICO SOL.: GIOVANNA BRONZEADO CAVALCANTI

DATA:29/09/2017

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

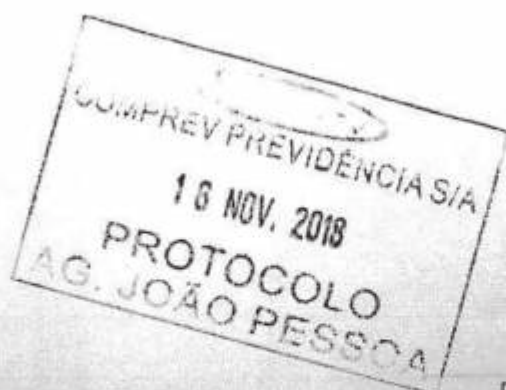
Técnica: incidência AP e perfil.

RESULTADO:

Textura óssea preservada.

Segmentos visualizados do fêmur e da fibula sem alterações

Fratura cominutiva dos platôs tibiais e da metáfise da tibia, com aumento de partes moles adjacentes.



DRA. ANA KARENINA KUMAMOTO
CRM. 6288



MEMORIAL
DIAGNÓSTICO

CÓD. PAC. 42548

Nº EXAME: 113565

NOME: MICHEL DE MOURA DANTAS

CONVENIO: FUNASA SAUDE

PLANO: FUNASA SAUDE

MÉDICO SOL.: FRANCISCO ITALO KUMAMOTO

DATA: 30/10/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

INDICAÇÃO: Dor torácica, ventilação dependente + história de cirurgia ortopédica recente.

TÉCNICA: cortes tomográficos realizados através de aquisição volumétrica do tórax, com reformatações multiplanares nos planos axial e coronal.

RESULTADO:

Estruturas vasculares mediastinais de calibres externos preservados. Não se caracterizam linfonodomegalias mediastinais.

Traquéia e brônquios principais permeáveis e de calibre conservado.

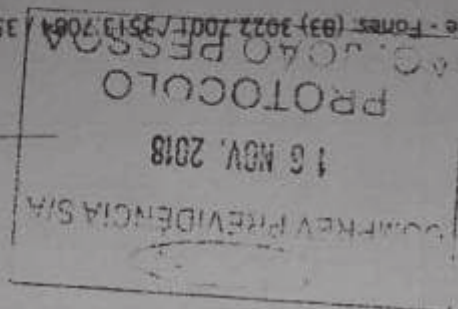
Atelectasias laminares em faixa nas bases de ambos os pulmões, com discretas opacidades em segmentos basais posteriores que podem estar relacionado ao decúbito.

Uma discreta reação pleural basal posterior bilateral, com discreto espessamento sem imagens de derrame significativo bilateralmente.

CONCLUSÃO:

Sinais de reação pleural basal posterior bilateral com leve espessamento sem derrame significativo. Múltiplas faixas atelectáticas laminares basais bilaterais.

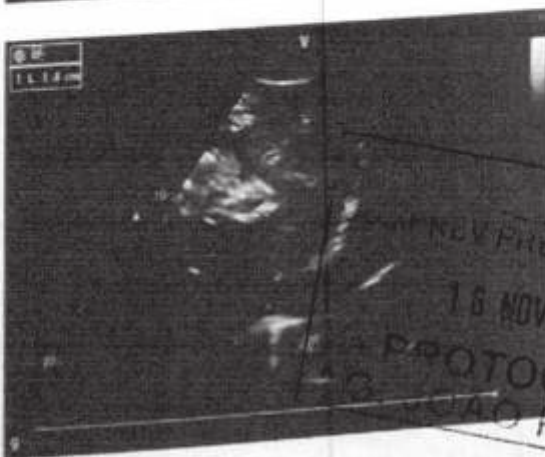
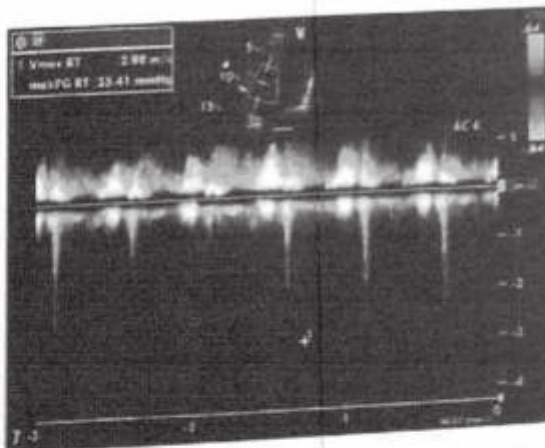
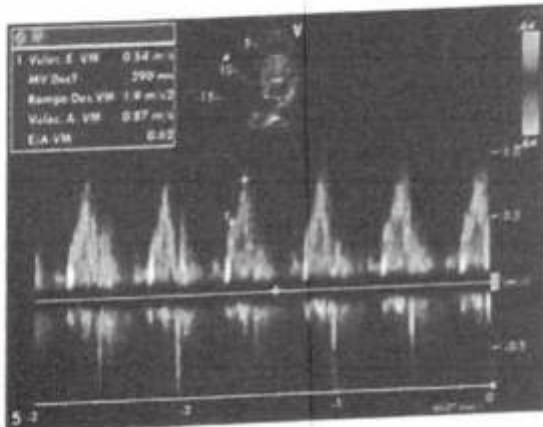
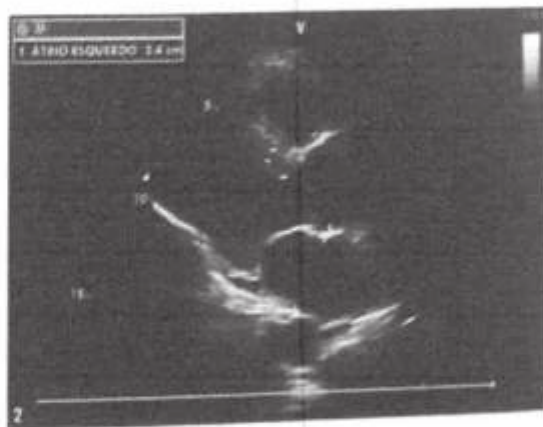
OBS: Na suspeita de tromboembolia pulmonar recomendamos realização de protocolo específico com uso de contraste endovenoso.



DRA. LARISSA KUMAMOTO
CRM: 8238

Av. Rui Barbosa, 202 - Torre - Fones: (81) 3022.1001 / 3513.7085 - CEP: 58040-491 - João Pessoa - PB

Data: 31/10/2017



NOV PREVIDÊNCIA S/A
16 NOV. 2018
PROTOCOLO
13-0000 PESSOA



MEMORIAL DIAGNÓSTICO

CÓD.PAC.:42548

Nº EXAME:113660

NOME:MICHEL DE MOURA DANTAS

CONVENIO:FUNASA SAUDE

PLANO:FUNASA SAUDE

MÉDICO SOL.: NAPOLEON RODRIGUES

DATA:31/10/2017

VALVAS CARDÍACAS (ANÁLISE BIDIMENSIONAL):

MITRAL: Morfologia normal. Folhetos com abertura e mobilidade normais.

AÓRTICA: Morfologia normal. Folhetos com abertura e mobilidade normais.

TRICÚSPIDE: Morfologia normal. Folhetos com abertura e mobilidade normais.

PULMONAR: Morfologia normal. Folhetos com abertura e mobilidade normais.

DOPPLER:

Influxo mitral com padrão de alteração de relaxamento do VE.

Refluxo valvar tricúspide fisiológico. PSAP = 39 mmHg

PERICÁRDIO:

Normal

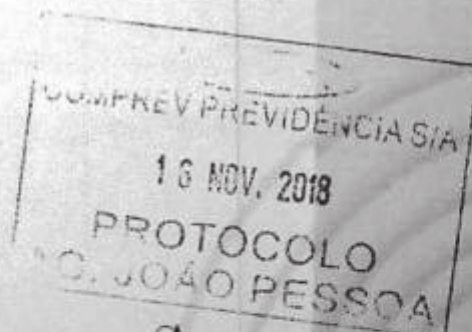
OUTRAS CONSIDERAÇÕES:

Veia cava inferior com 14 mm de diâmetro máximo e colapamento inspiratório maior do que 50%.

CONCLUSÃO

Disfunção diastólica tipo I de VE.

Hipertensão arterial pulmonar de grau leve.



DR. ANDERSON SOUZA DE LIMA
CRM: 7005



MEMORIAL DIAGNÓSTICO

CÓD.PAC.:42548

Nº EXAME:113660

NOME:MICHEL DE MOURA DANTAS

CONVENIO:FUNASA SAUDE

PLANO: FUNASA SAUDE

MÉDICO SOL.: NAPOLEON RODRIGUES

DATA:31/10/2017

LAUDO DE ECOCARDIOGRAMA

MEDIDAS:

VE(D): 56 mm VE(S): 32 mm SEPTO: 08mm P.POST. VE: 08 mm

AORTA (raiz): 37 mm AE: 34 mm

FEVE = 74% (valor normal > 55%)

Valores normais em adultos (Valores Absolutos):
AE=20 a 40mm; AO=20 a 37mm; VE(d)=35 a 56mm; Septo e parede post. VE=06 a 11mm

RITMO CARDÍACO: Regular

DIMENSÃO DAS CÂMARAS CARDÍACAS E AORTA:

DIMENSÃO DO AE: Normal

DIMENSÃO DO AD: Normal

DIMENSÃO DO VE: Normal

DIMENSÃO DO VD: Normal

DIMENSÃO DA AORTA: Normal

ESPESSURA DAS PAREDES DO VE:

Normal

MOBILIDADE SEGMENTAR DAS PAREDES DO VE:

Preservada

FUNÇÃO SISTÓLICA GLOBAL DO VE E VD:

Preservada

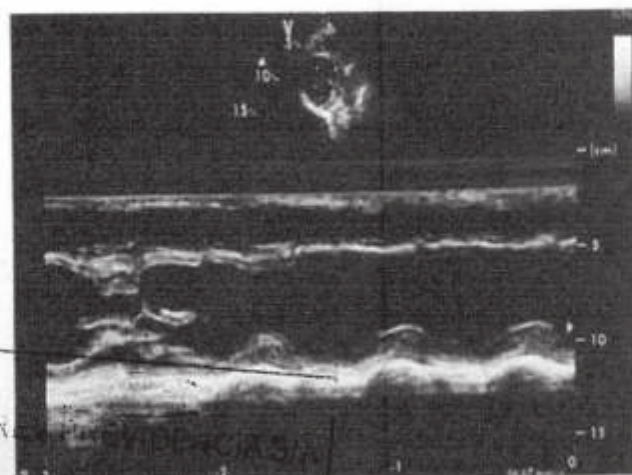
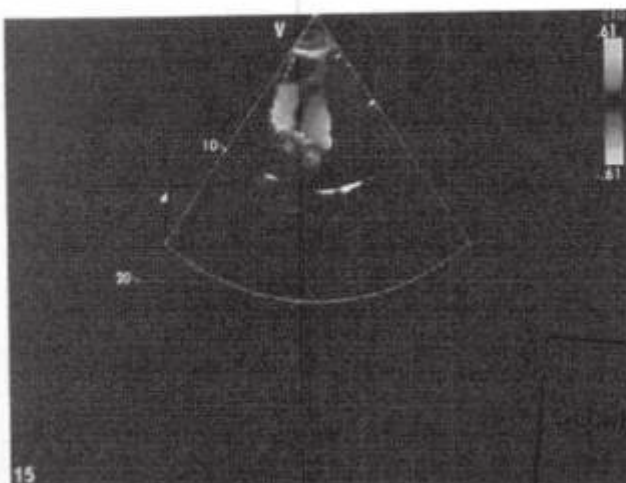
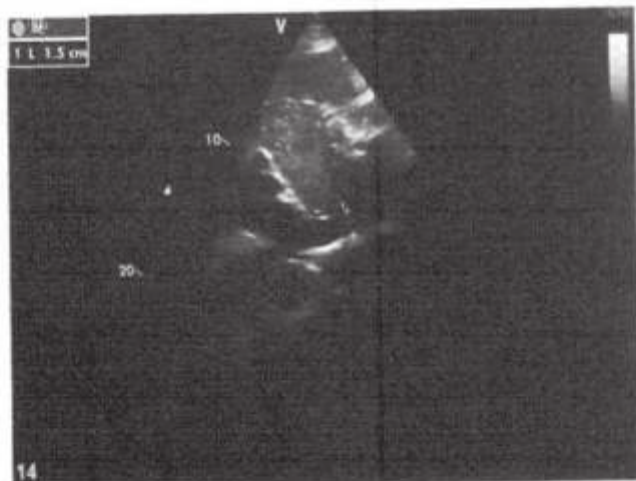
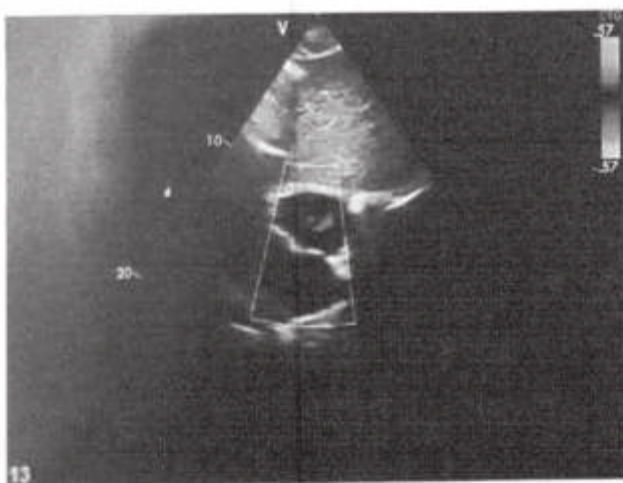
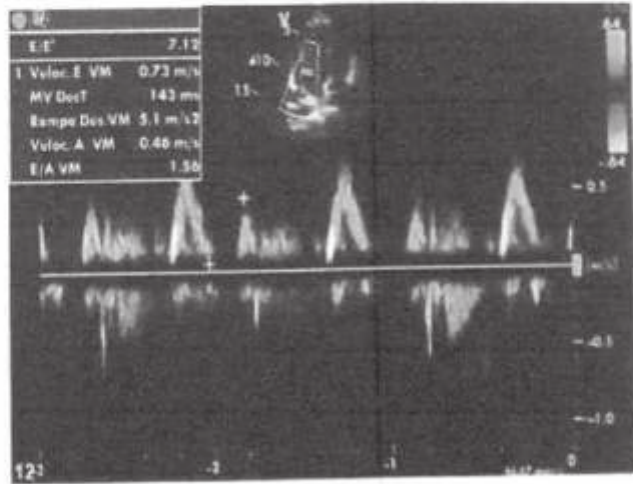
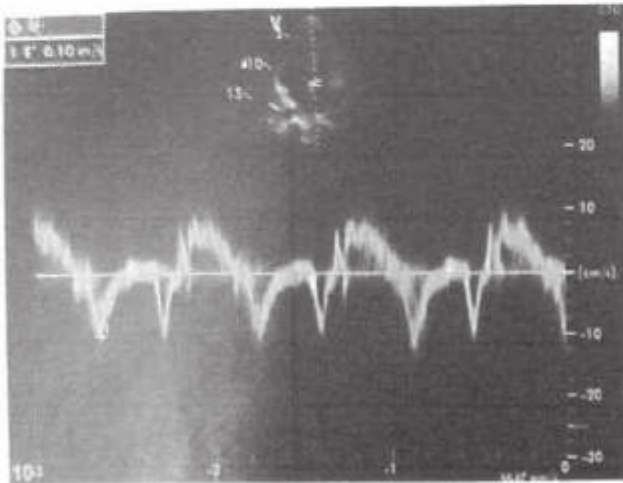
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 NOV. 2018
PROTOCOLO
C. JOÃO PESSOA

DR. ANDERSON SOUZA DE LIMA
CRM: 7005

MEMORIAL DIAGNOSTICO

Nome: DANTAS, MICHEL DE MOURA

Data: 07/11/2017

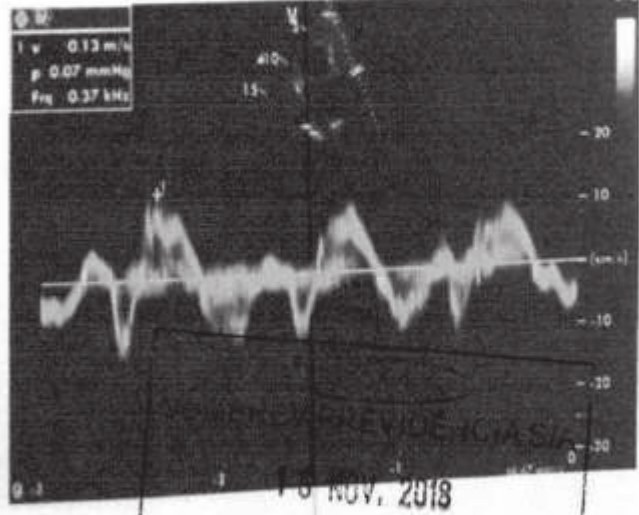
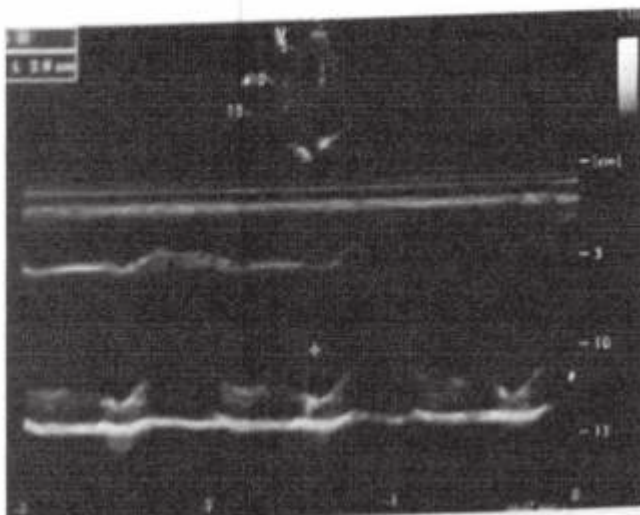
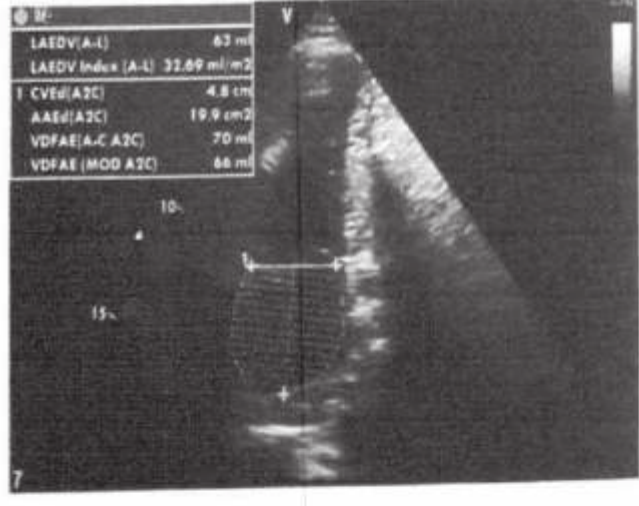
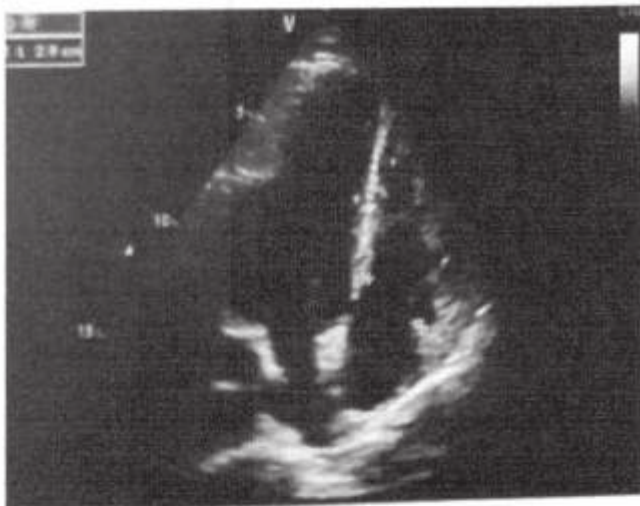
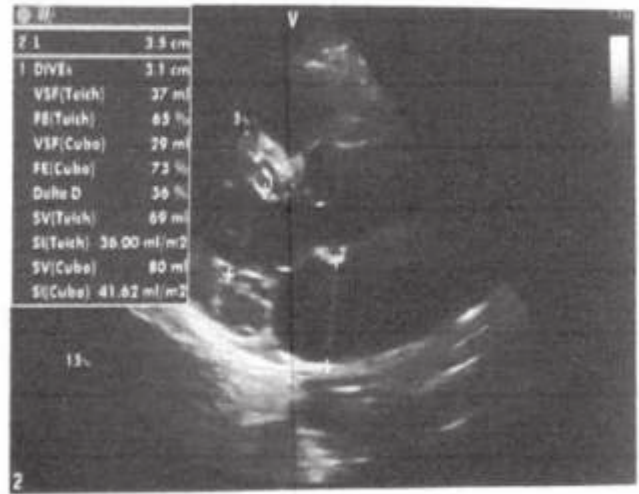
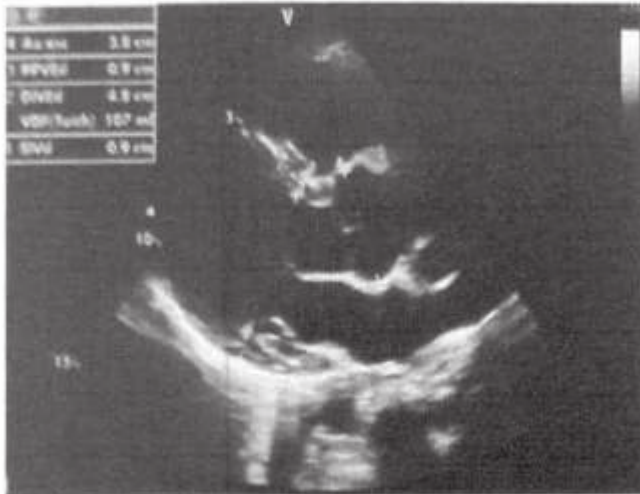


13 NOV. 2018
 PROTOCOLO
 A.G. JOAO PESSOA

MEMORIAL DIAGNOSTICO

Nome: DANTAS, MICHEL DE MOURA

Data: 07/11/2017



PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MEMORIAL DIAGNÓSTICO

CÓD.PAC.:42548

Nº EXAME:114099

NOME:MICHEL DE MOURA DANTAS

CONVENIO:FUNASA SAUDE

PLANO:FUNASA SAUDE

MÉDICO SOL.: KERCIA SARAIVA

DATA:07/11/2017

- Valva aórtica com discreto espessamento, apresentando escape ao Doppler.
- Demais valvas cardíacas sem alterações morfológicas, abertura e mobilidade preservadas. Ao Doppler, observam-se apenas refluxos fisiológicos.

HIPERTENSÃO PULMONAR (HP)

- Ausência de sinais diretos ou indiretos de HP.

AORTA TORÁCICA

- Aorta torácica com discreta dilatação da raiz, demais segmentos com calibre e aspecto normal sem sinais de dissecação.

PERICÁRDIO

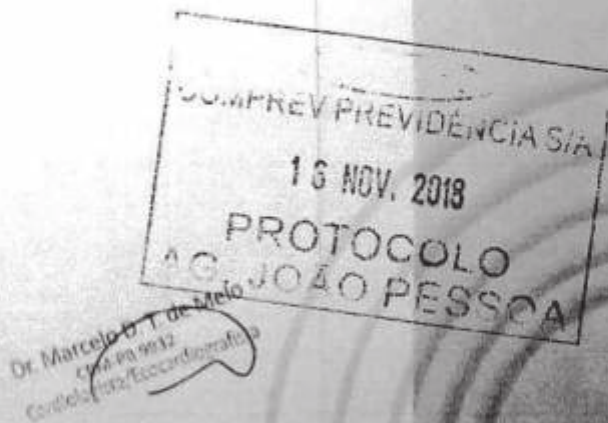
- Aspecto normal sem sinais de derrame ou espessamento.

OUTROS ACHADOS/OBSERVAÇÕES

- Ausência de trombos intracavitários ou vegetações.

CONCLUSÃO:

- Ectasia da raiz da aorta
- Insuficiência mitral discreta



DR. MARCELO TAVARES
CRM 9932



CÓD.PAC.:42548

Nº EXAME:114099

NOME:MICHEL DE MOURA DANTAS

CONVENIO:FUNASA SAUDE

PLANO: FUNASA SAUDE

MÉDICO SOL.: KERCIA SARAIVA

DATA:07/11/2017

ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLORIDO TRANSTORÁCICO

Diâmetro Diastólico do VE (mm): 48
Diâmetro Sistólico do VE (mm): 31
Septo do VE (mm): 9
Parede Posterior do VE (mm): 9
Massa indexada do VE (g/m²): 76
Espessura Relativa da Parede do VE: 0,38
Fração de Ejeção (%): 65 (Teicholz)
Aorta (mm): 38
Átrio Esquerdo: 35
Volume Indexado do Átrio Esquerdo (ml/m²): 32
Ventrículo Direito (mm): 29

OBSERVAÇÕES TÉCNICAS E QUALIDADE DAS IMAGENS OBTIDAS

- Exame realizado com paciente em ritmo cardíaco regular, janela acústica adequada e boa visualização das estruturas cardíacas.

CAVIDADES CARDÍACAS, ESPESSURA DAS PAREDES E SEPTOS INTERVENTRICULAR E INTERATRIAL

- A geometria das cavidades cardíacas, bem como suas dimensões e espessura se encontram dentro da normalidade.
- Septos interventricular e interatrial integros.

FUNÇÃO SISTÓLICA E DIASTÓLICA DO VE (Ventrículo Esquerdo)

- A função sistólica do VE se encontra preservada e a diastólica se apresenta normal através da análise do fluxo transmitral e do Doppler tecidual. Pressões de enchimento em câmaras esquerdas normais no repouso; E/e': < 8

AValiação Segmentar da Contratilidade do VE

- Contratilidade miocárdica do VE sem alterações segmentares em repouso.

AValiação da Função Sistólica do VD (Ventrículo Direito) e Pressão do AD (átrio direito)

- Análise subjetiva da contratilidade do VD dentro da normalidade. TAPSE: 29 mm (alterado < 17), S': 13 cm/s (alterado < 9,5). Pressão estimada do átrio direito: 5 mmHg. PSAP: 24 mmHg

OBSERVAÇÃO SOBRE A PRESSÃO DO AD: veia cava inferior < 21 mm e variando > 50% com a respiração: 5 mmHg; veia cava inferior < 21 mm e variando < 50% com a respiração ou > 21 mm e variando > 50%: 10 mmHg; veia cava inferior > 21 mm e variando < 50% com a respiração: 15 mmHg.

AValiação Morfológica e Funcional das Valvas Cardíacas

- Valva mitral com discreto espessamento, apresentando refluxo discreto ao Doppler.

PROTÓCOLO
16 NOV 2018
DR. MARCELO TAVARES
CRM: 9932



HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Sua Vida em Boas Mãos

ATESTADO MÉDICO

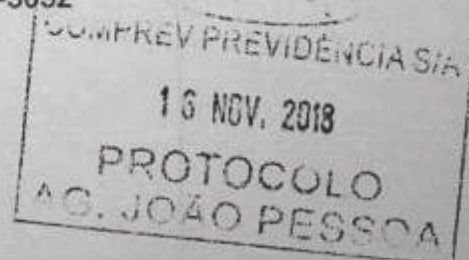
Atesto para os devidos fins que o paciente Michel de Moura Dantas, esteve interno nessa instituição no período de 30/10/17 a 08/11/17, com CID I26, devendo ficar afastado de suas atividades laborativa, pelo período 60 dias, a partir de hoje.

Sandra Maria C.C. Esteves
CRM 3607
CPF: 306.356.114-04

Dra. Sandra da Cunha Esteves-CRM3607

João Pessoa, 08 de novembro de 2017.

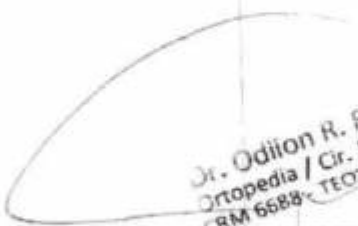
Hospital Memorial São Francisco-Avenida Rui Barbosa, 198-Torre/João Pessoa-Pb.
CEP: 58.040-490-Telefones (83) 4009-6100 FAX (83) 3225-3032



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o (a) Sr(a)
MICHEL DE MOURA DANTAS
foi submetido a tratamento cirúrgico, na data de
29/09/2017, devido à patologia CID-10 **S82.1**,
devendo permanecer afastado de suas atividades por
90 (noventa) dias.

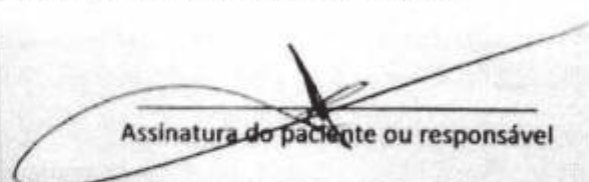
João Pessoa, 30/09/2017

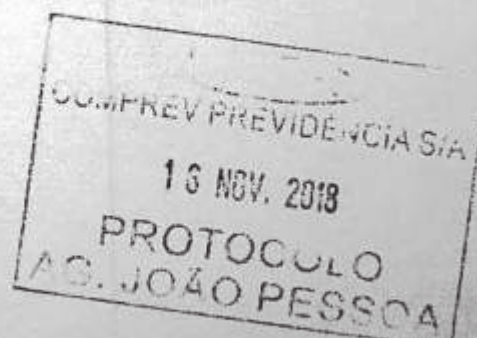

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 6688 - TEOT 17957

Dr. Odilon filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6688

AUTORIZAÇÃO

Eu, **MICHEL DE MOURA DANTAS**, autorizo
o médico **ANDRIER FARIAS DE ANDRADE** a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico


Assinatura do paciente ou responsável





Clínica Ortopédica
e Cirurgia do Joelho
Clínica TOP

TOP

Para: MICHEL DE MOURA DANTAS
MICHEL DE MOURA DANTAS

LAUDO MÉDICO

PACIENTE SOFREU GRAVE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO EM 28/09/17 + FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO COM PLACAS E PARAFUSOS. ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO ORTOPÉDICO REALIZANDO FISIOTERAPIA AINDA COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERAS, NÃO PODENDO PISAR AO SOLO POR NO MÍNIMO 3 MESES. DEVERÁ AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 180(CENTO E OITENTA) DIAS.
CID: S82.1 + S42

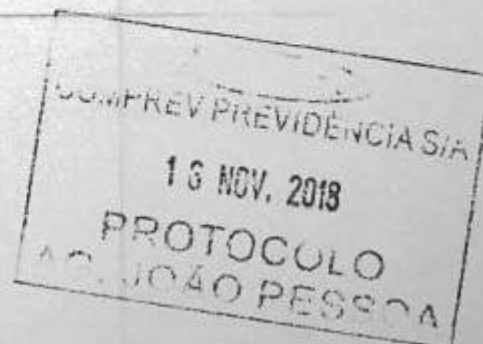
JOÃO PESSOA, 28 DE SETEMBRO DE 2017

DR ODILON FILHO
CRM 6688
ORTOPEDIA E CIRURGIA DO JOELHO

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 6688 - TEOT 12957

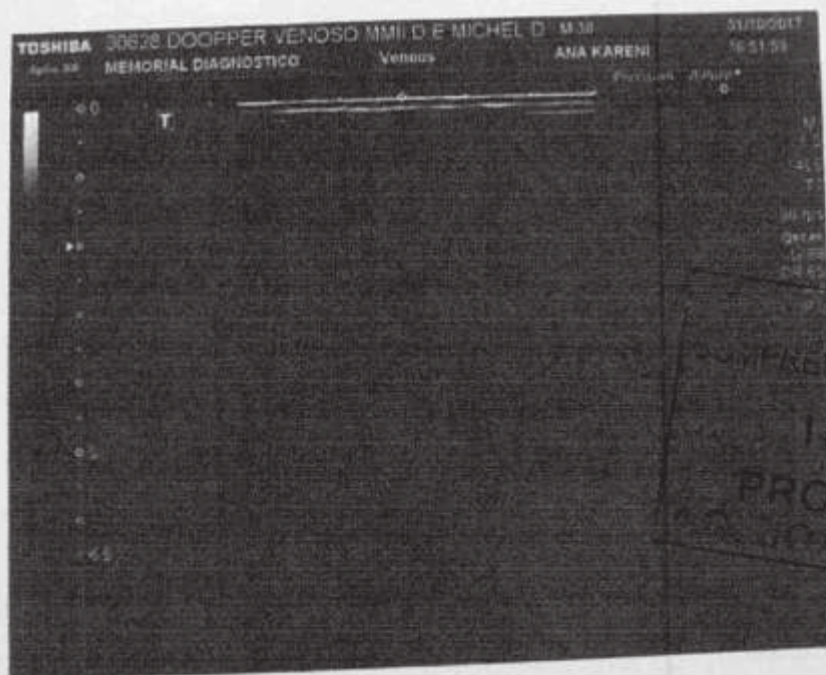
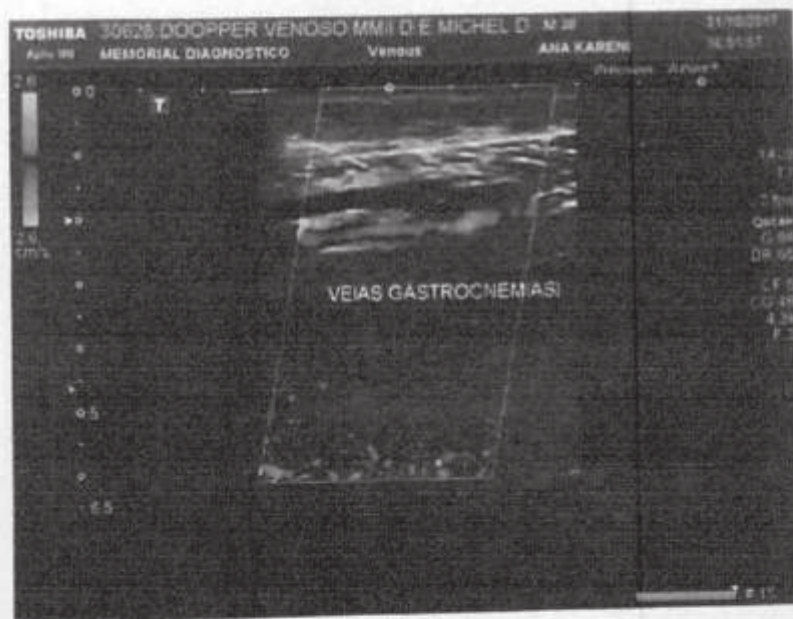
JOÃO PESSOA, 10/10/2017.

Rua Professor Joaquim Veloso Galvão, 1810 - Pedro Gondim - João Pessoa/PB - (83) 3244-6537 / 3244-6317
www.clinicatop.com



MEMORIAL DIAGNOSTICO
AV. RUI BARBOSA, 202 - TORRE
JOAO PESSOA-PB

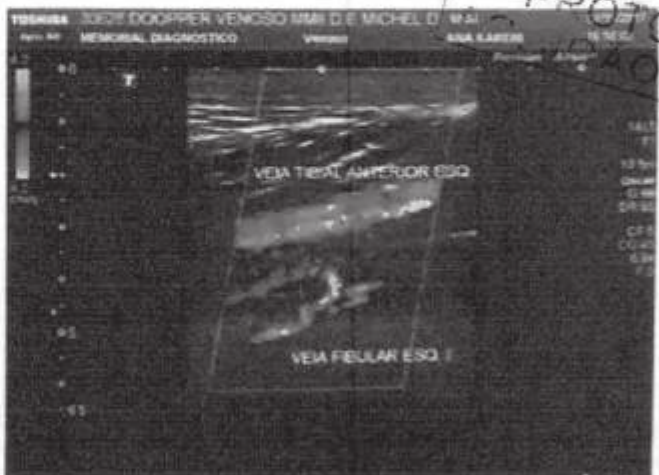
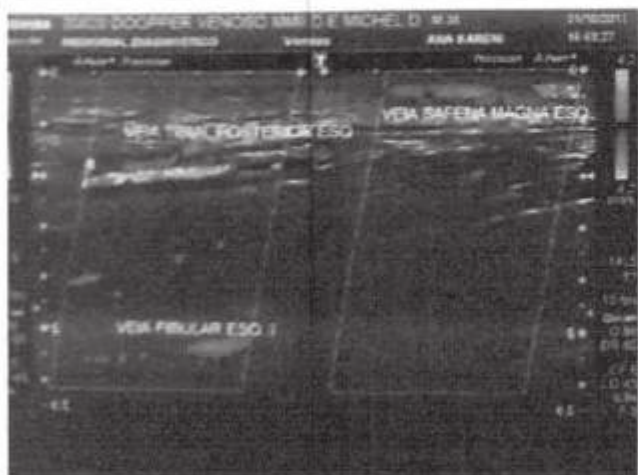
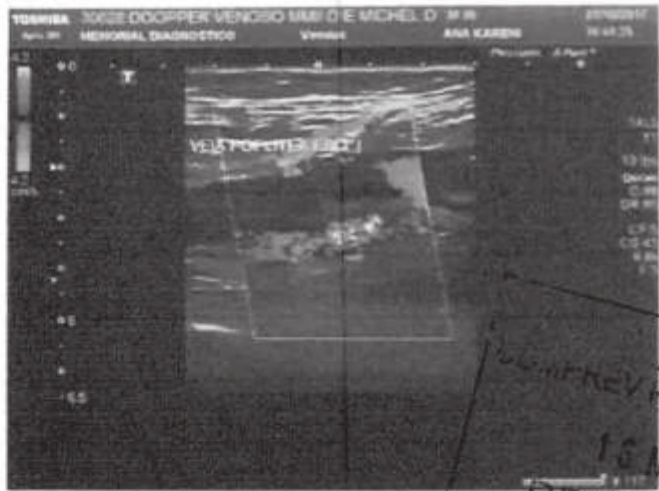
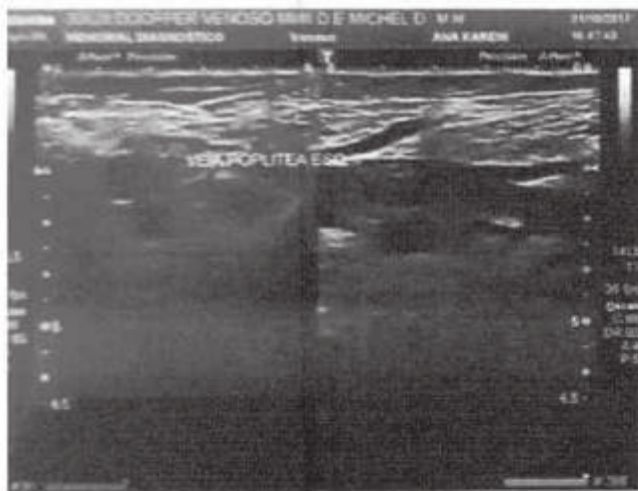
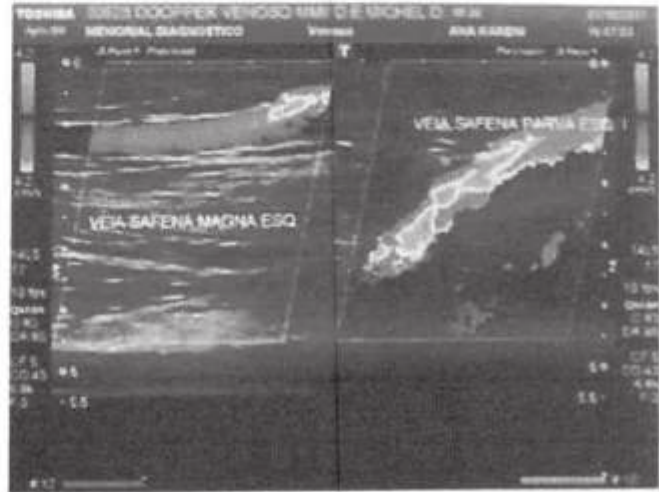
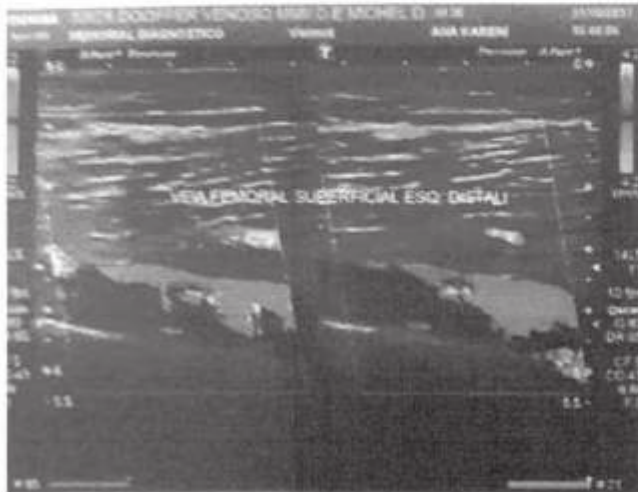
d : 30628
Nome : MICHEL DE MOURA DANTAS DOOPPER VENOSO MMII D.E
Exame :
Data : 31/10/2017



COMPREV PREVIDENCIA S/A
16 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

MEMORIAL DIAGNÓSTICO
AV. RUI BARBOSA, 202 - TORRE
JOÃO PESSOA-PB

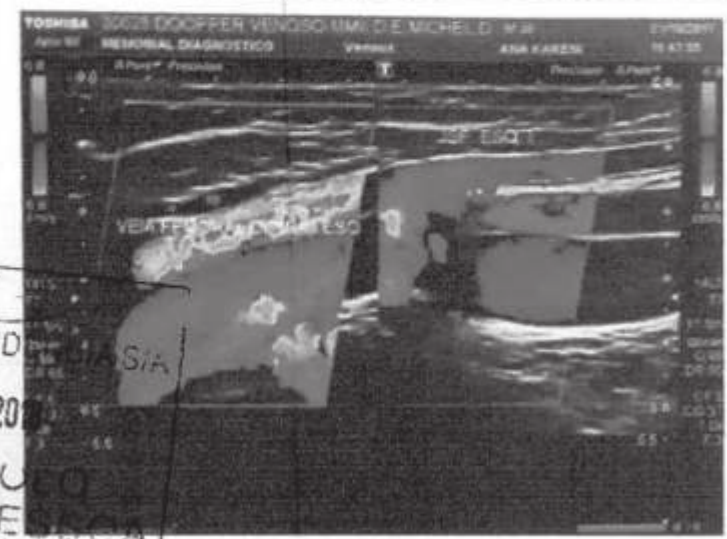
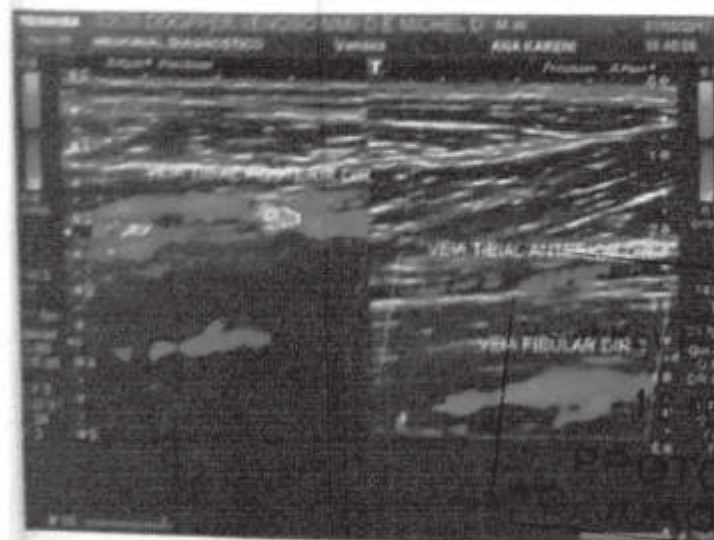
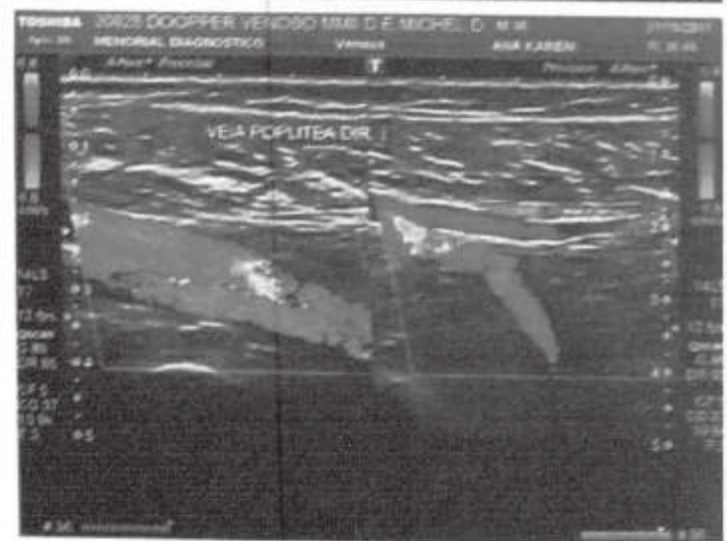
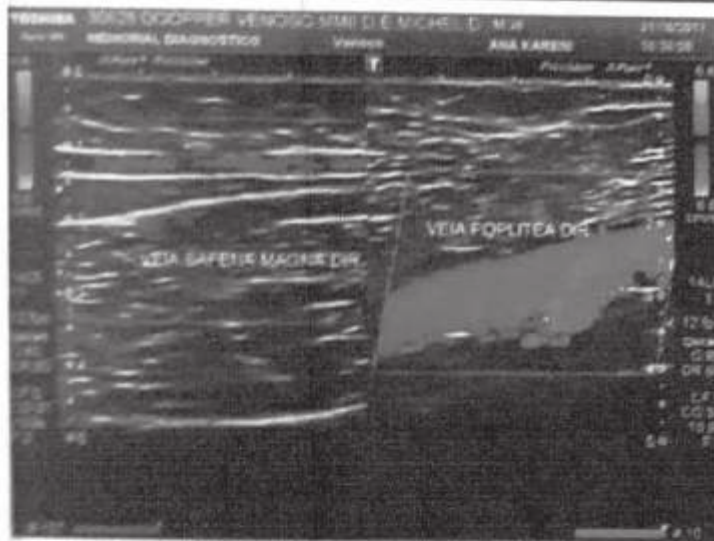
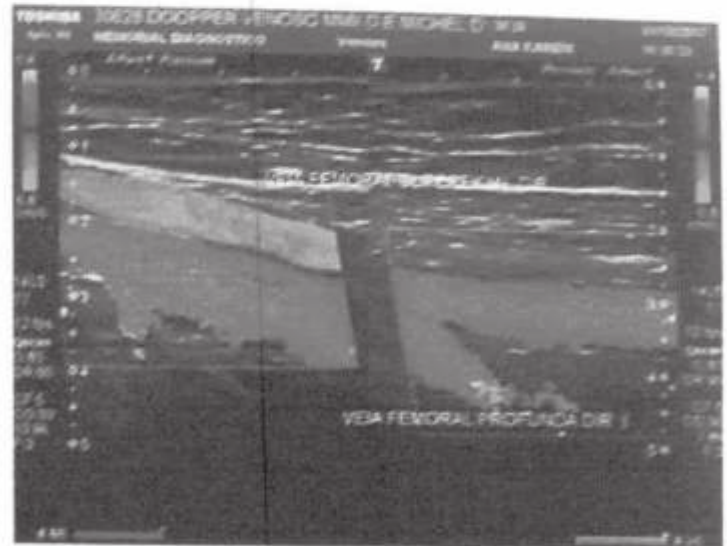
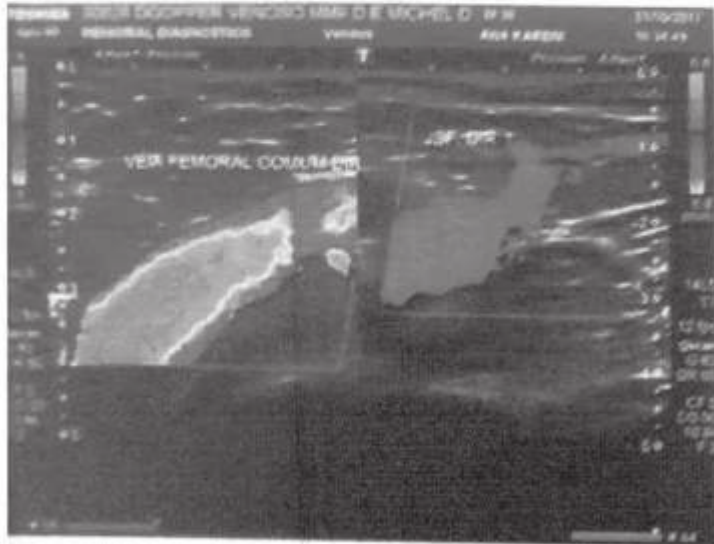
ANEXO
XMR MICHEL DE MOURA DANTAS DOPPLER VENOSO MMII D E
DATA 20/11/2017



PREVIDÊNCIA
16 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

MEMORIAL DIAGNOSTICO
A. J. PULBARBOSA MD TORRE
JUAZPENSA-PS

Id: 30628
Paciente: MICHEL DE MOURA DANTAS DOOPFER VENOSO MM D E
Data: 31/10/2017



EVIDENCIA
10/20
CURA
JUAZPENSA



MEMORIAL
DIAGNÓSTICO

CÓD.PAC.:42548

Nº EXAME:113662

NOME:MICHEL DE MOURA DANTAS
CONVENIO:FUNASA SAUDE
MÉDICO SOL.: NAPOLEON RODRIGUES

PLANO: FUNASA SAUDE

DATA:31/10/2017

DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Indicação: TVP.

Exame realizado em aparelho Toshiba Aplio MX, com equipamento dinâmico, de varredura linear, na frequência de 7,5 Mhz.

Feito estudo das veias: femorais, poplitea, tibiais, fibular e safenas:

Edema subcutâneo na perna.

Veia femoral comum compressível, com fluxos preservados, sem imagens de trombo em seu interior

Veia femoral superficial compressível, com fluxos preservados, sem imagens de trombo em seu interior, até o seu terço distal, onde observamos redução da compressibilidade bem como material ecogênico, que preenche parcialmente sua luz.

Veia poplitea não compressível com imagem de trombo em seu interior, que se estende pela veia gastrocnemia lateral

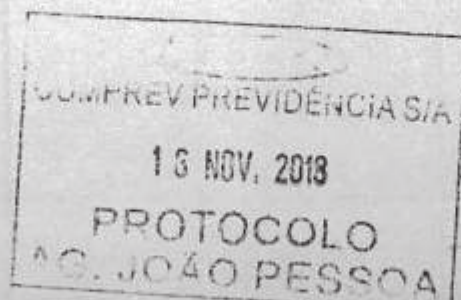
Veias tibiais anteriores e posteriores e veias fibulares sem alterações nos seus fluxos.

Veias safena interna com fluxo preservado.

Veias safena externa com fluxo preservado.

CONCLUSÃO:

- Edema subcutâneo na perna.
- Sinais de trombose venosa acometendo as veias femoral superficial distal, poplitea e gastrocnemia lateral.



DRA. ANA KARENINA KUMAMOTO
CRM: 6288



**MEMORIAL
DIAGNÓSTICO**

CÓD.PAC.:42548

Nº EXAME:113661

NOME:MICHEL DE MOURA DANTAS

CONVENIO:FUNASA SAUDE

PLANO: FUNASA SAUDE

MÉDICO SOL.: NAPOLEON RODRIGUES

DATA:31/10/2017

DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Indicação: TVP.

Exame realizado em aparelho *Toshiba Aplio MX*, com equipamento dinâmico, de varredura linear, na frequência de 7,5 Mhz.

Feito estudo das veias: femorais, poplitea, tibiais, fibular e safenas:

Exame direcionado para a pesquisa de TVP.

Compressibilidade do sistema venoso profundo sem alterações.

Veias femorais comum e superficial compressíveis, com fluxos preservados, sem imagens de trombo em seu interior.

Veia poplitea pérvia, com fluxo preservado, sem imagens de trombo em seu interior.

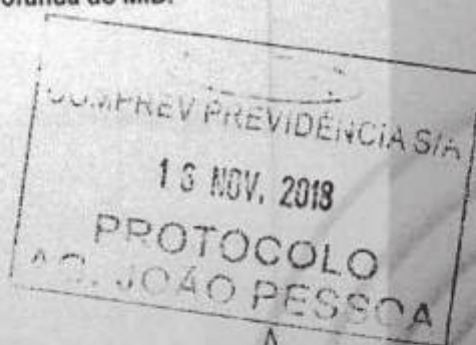
Veias tibiais anteriores e posteriores e veias fibulares sem alterações nos seus fluxos.

Veias safena interna com fluxo preservado.

Veias safena externa com fluxo preservado.

CONCLUSÃO:

- Ausência de sinais de trombose venosa superficial e/ ou profunda do MID.



DRA. ANA KARENINA KUMAMOTO
CRM. 8288



MEMORIAL DIAGNÓSTICO

CÓD.PAC.:42548

Nº EXAME:113614

NOME:MICHEL DE MOURA DANTAS

CONVENIO:FUNASA SAUDE

PLANO:FUNASA SAUDE

MÉDICO SOL.: JOSÉ CORREIA DE SOUZA

DATA:31/10/2017

ANGIOTOMOGRAFIA DO TÓRAX COM PROTOCOLO PARA TEP

INDICAÇÃO: Suspeita de tromboembolia pulmonar.

TÉCNICA: cortes tomográficos realizados por aquisição volumétrica do tórax, após injeção de meio de contraste, com reformatações multiplanares.

RESULTADO:

Observam-se sinais de extensa tromboembolia pulmonar aguda bilateral caracterizados por falhas de enchimento na artéria pulmonar principal a direita e ramos para lobo superior direito, artéria interlobar bem como ramos segmentares e subsegmentares para o lobo inferior ipsilateral. Observam-se ainda falhas de enchimento em artéria para o lobo inferior esquerdo.

Estruturas vasculares mediastinais de calibres preservados.

Ausência de linfonodomegalias.

Traquéia e brônquios principais permeáveis e de calibre conservado.

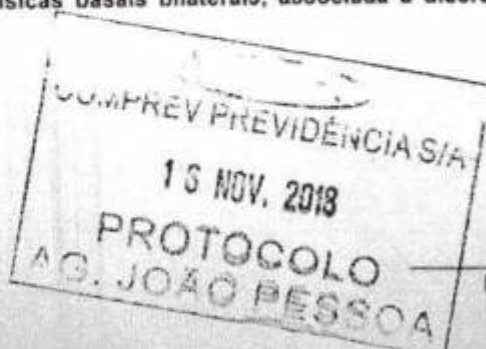
Múltiplas faixas atelectásicas basais bilaterais, associada a discreta reação pleural basal posterior bilateral.


Discretas opacidades no parênquima em regiões basais posteriores bilaterais.

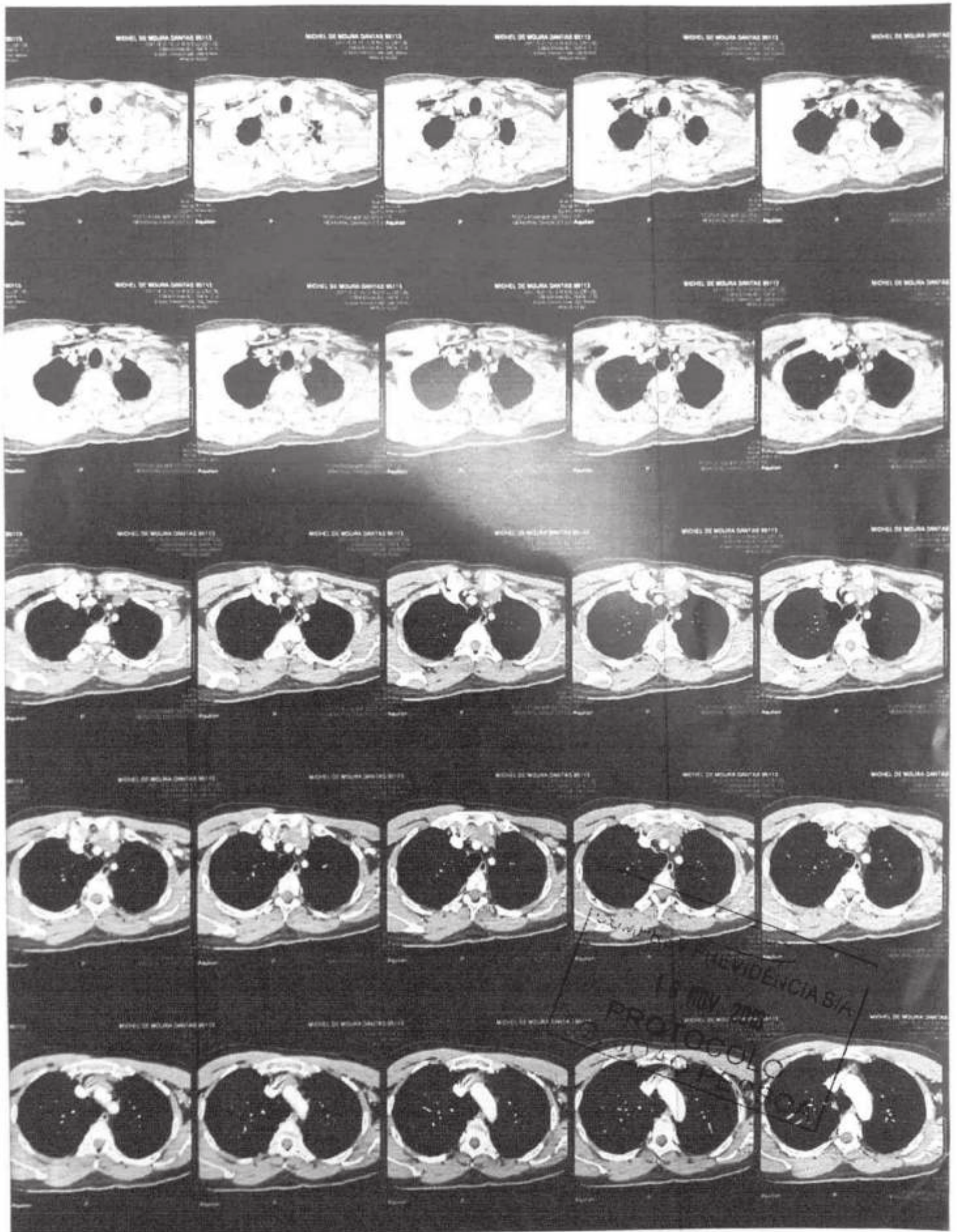
Não há imagem de derrame pleural significativo bilateralmente.

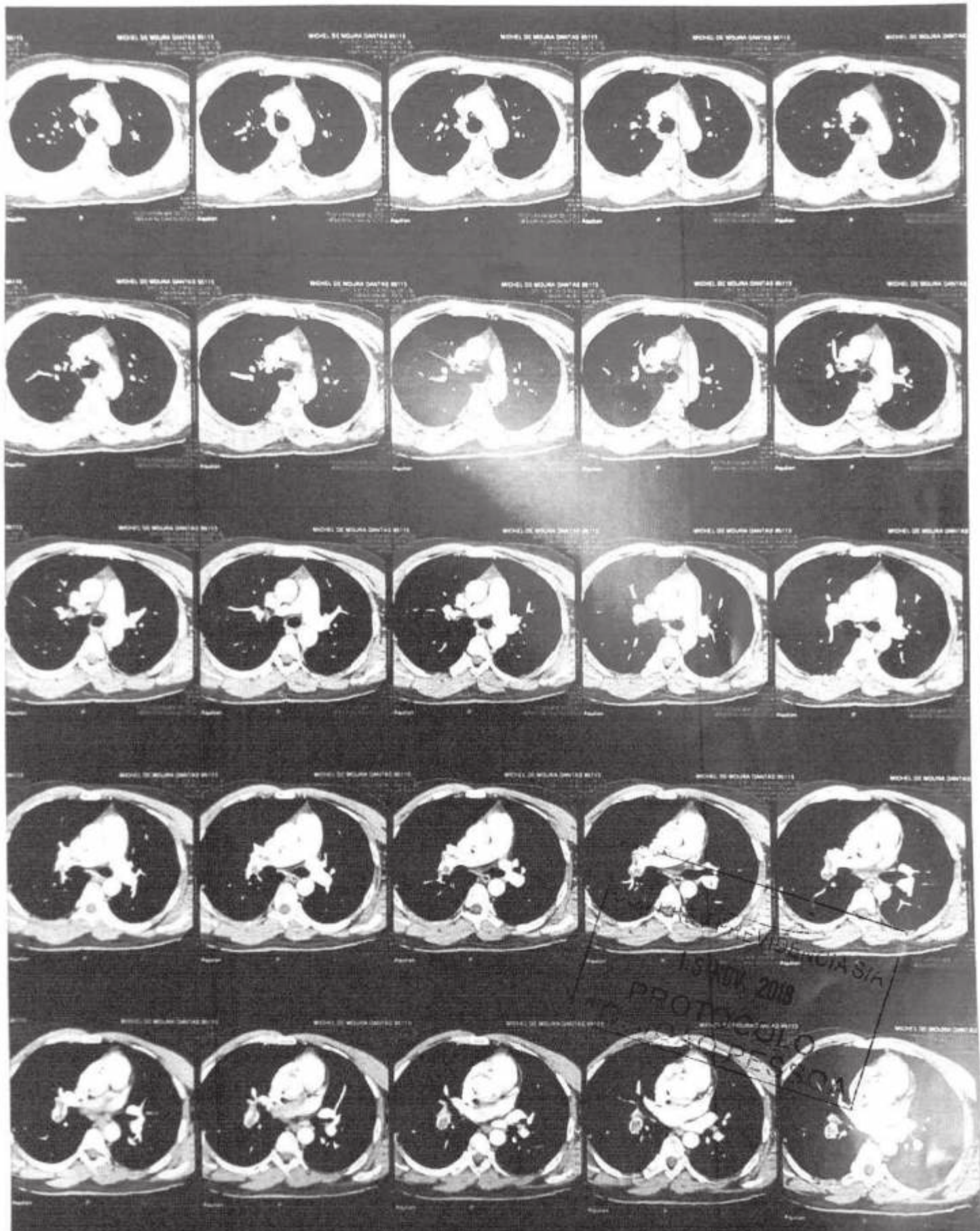
CONCLUSÃO:

- Sinais de tromboembolia pulmonar aguda maciça bilateral.
- Múltiplas faixas atelectásicas basais bilaterais, associada a discreta reação pleural basal posterior bilateral.




DRA. LARISSA KUMAMOTO
CRM: 6235

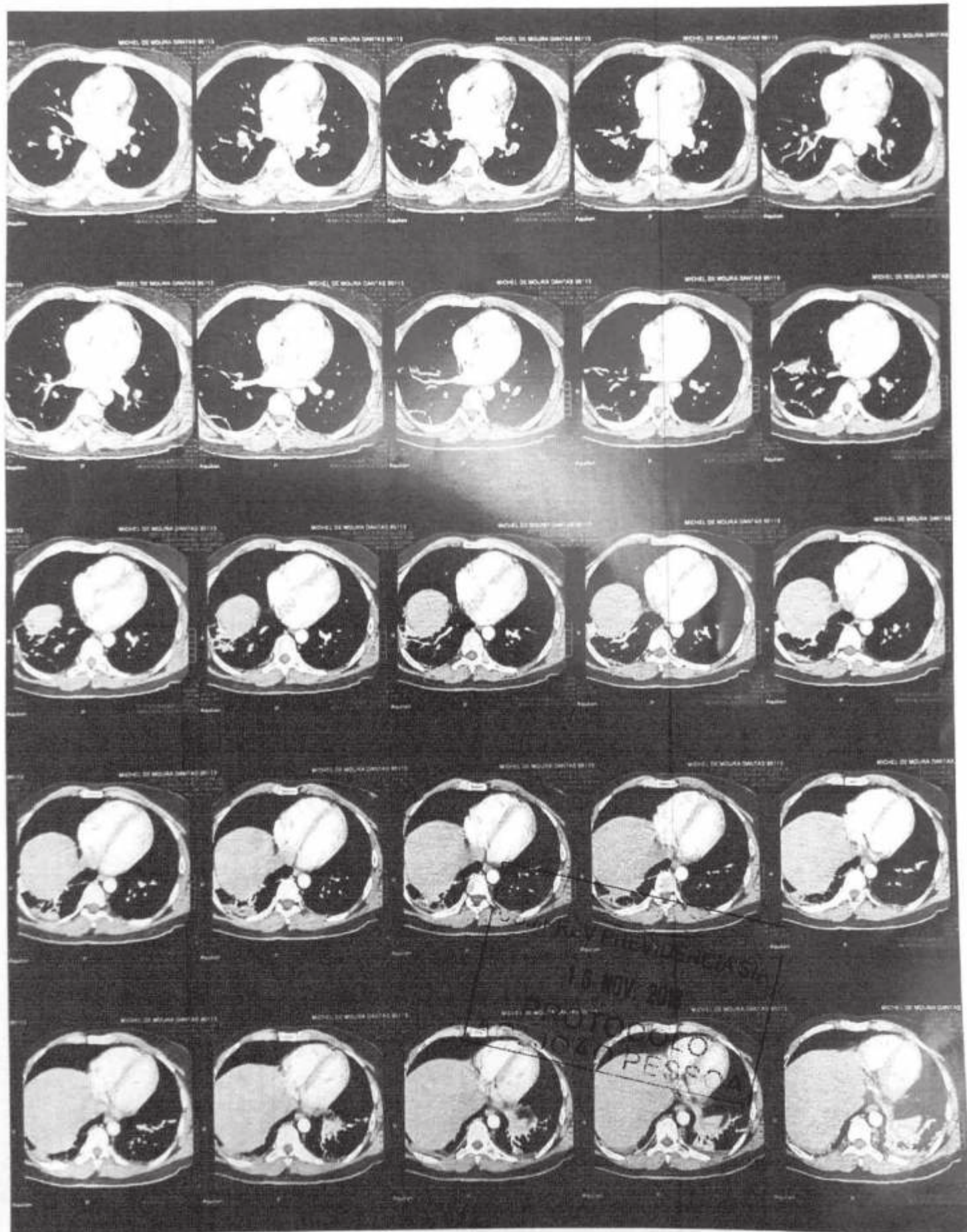




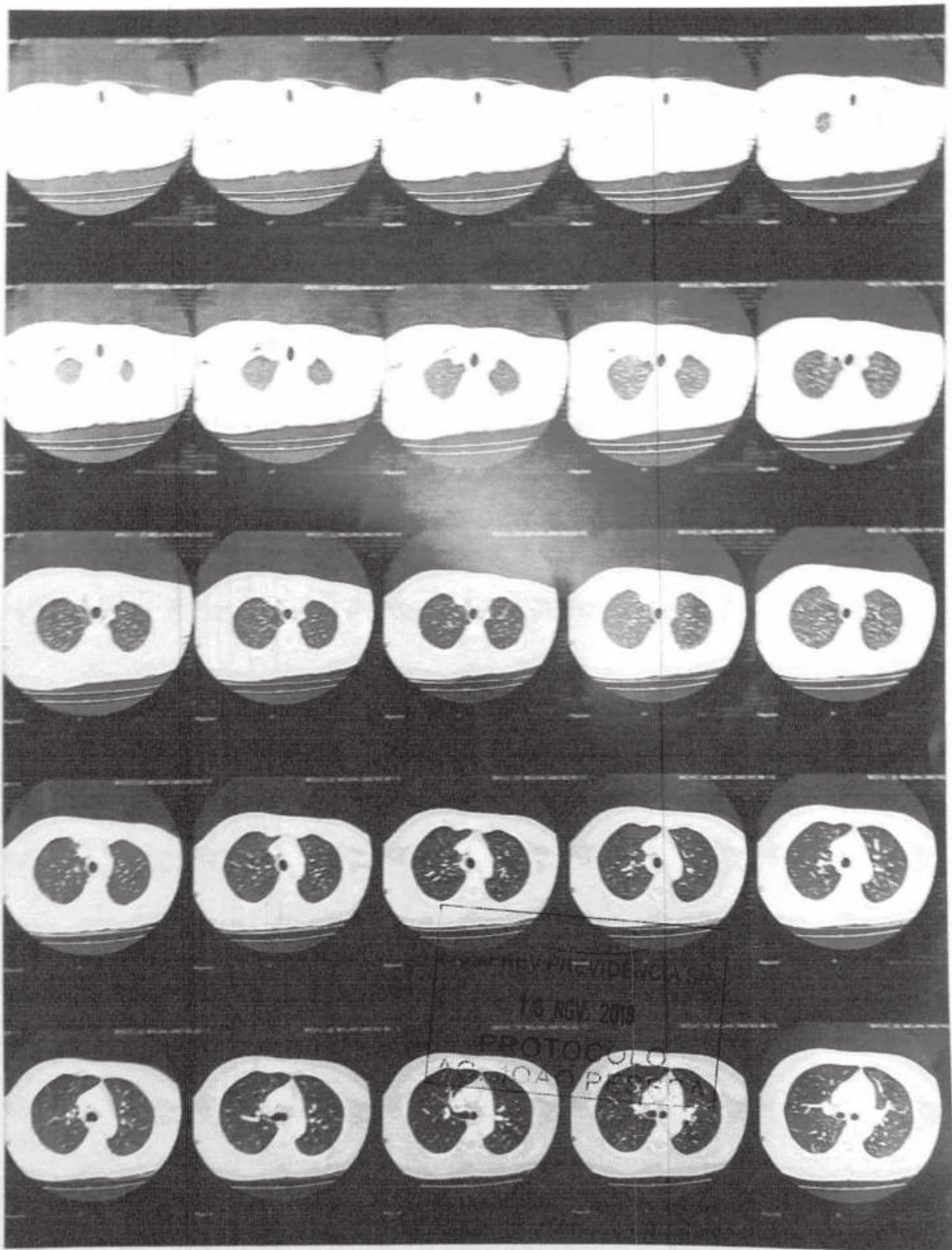
AV. RUI BARBOSA, 202 - TORRE - CEP: 58.040-491 - FONE: (83) 3513.7084 / 3022.7001 - JOÃO PESSOA - PB



MEMORIAL DIAGNOSTICO



AV. RUI BARBOSA, 202 - TORRE - CEP: 58.040-491 - FONE: (83) 3513.7084 / 3022.7001 - JOÃO PESSOA - PB



AV. RUI BARBOSA, 202 - TORRE - CEP: 58.040-491 - FONE: (83) 3513.7084 / 3022.7001 - JOÃO PESSOA - PB



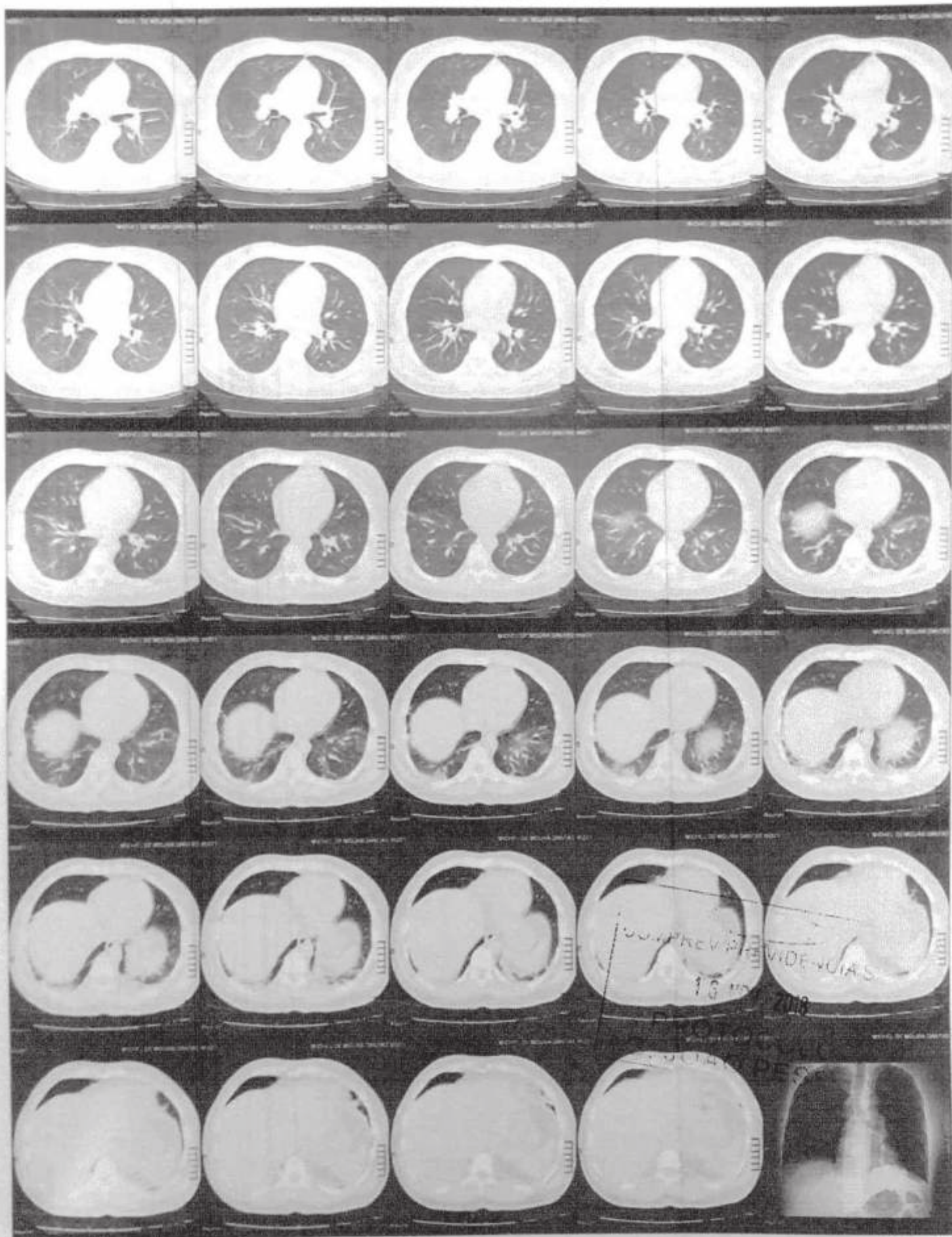
MEMORIAL
DIAGNÓSTICO



AV. RUI BARBOSA, 202 - TORRE - CEP: 58.040-491 - FONE: (83) 3513.7084 / 3022.7001 - JOÃO PESSOA - PB



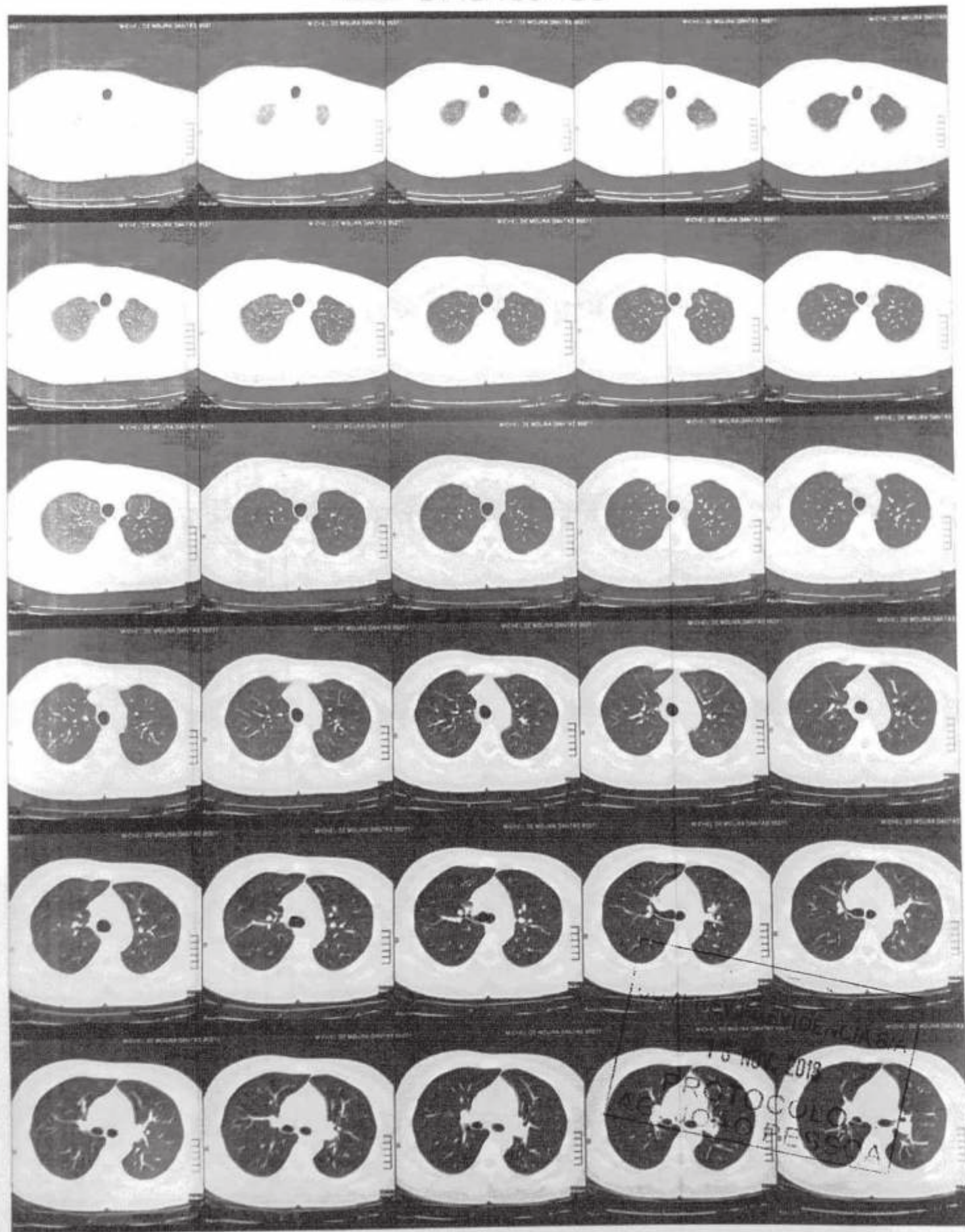
MEMORIAL
DIAGNÓSTICO



AV. RUI BARBOSA, 202 - TORRE - CEP: 58.040-491 - FONE: (83) 3513.7084 / 3022.7001 - JOÃO PESSOA - PB



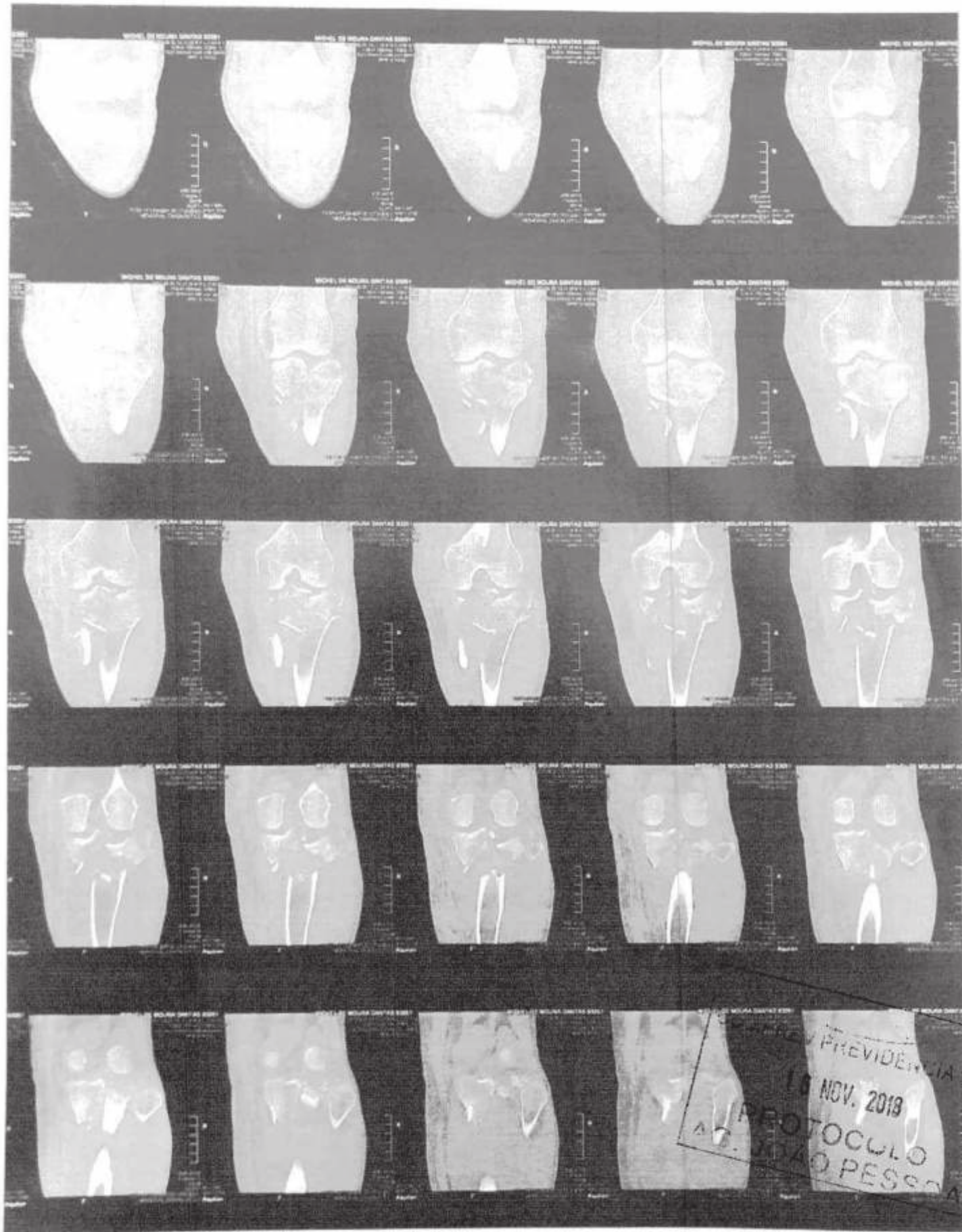
MEMORIAL DIAGNÓSTICO



AV. RUI BARBOSA, 202 - TORRE - CEP: 58.040-491 - FONE: (83) 3513.7084 / 3022.7001 - JOÃO PESSOA - PB



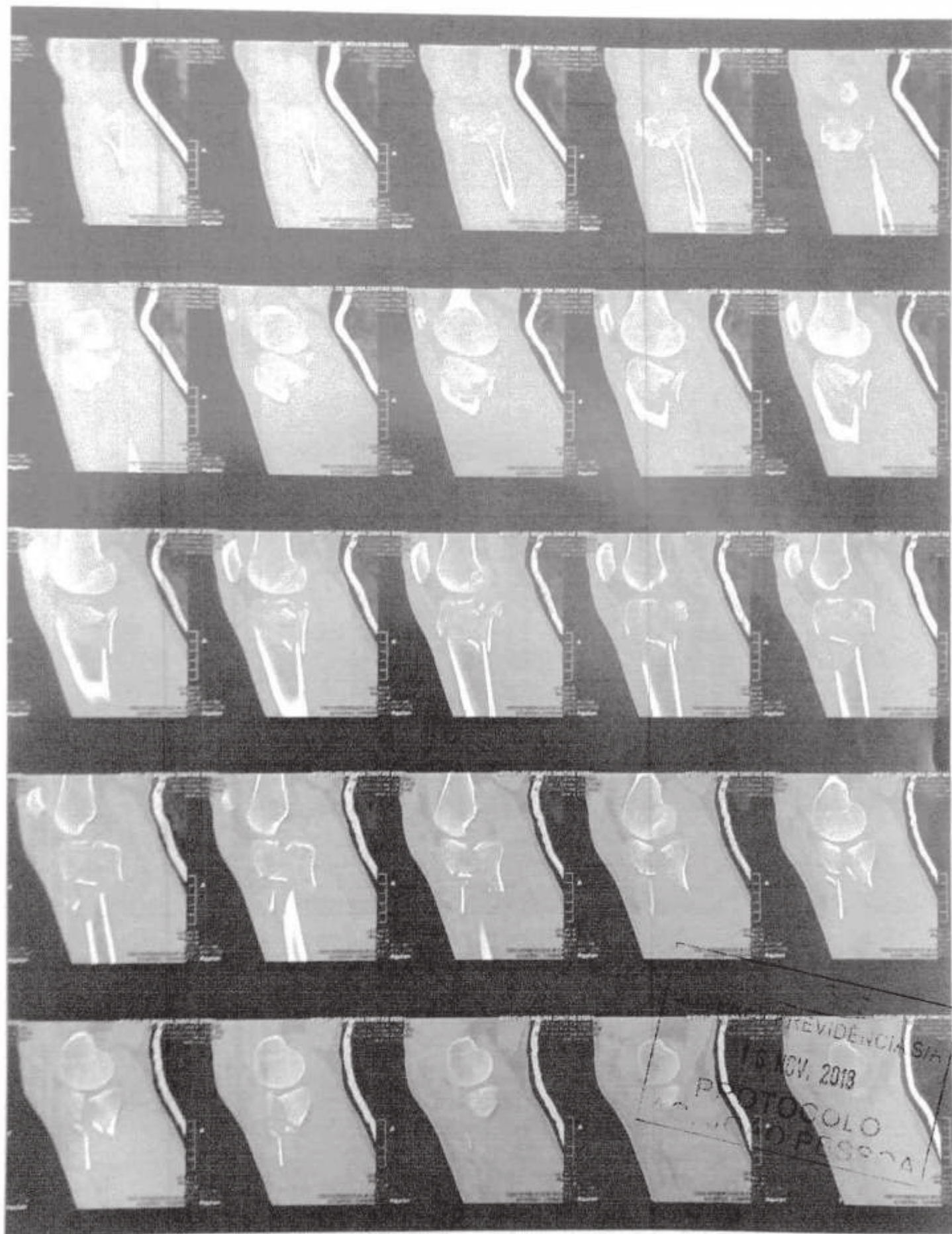
2. RUI BARBOSA, 202 - TORRE - CEP: 58.040-481 - FONE: (83) 3513.7084 / 3022.7001 - JOÃO PESSOA - PB



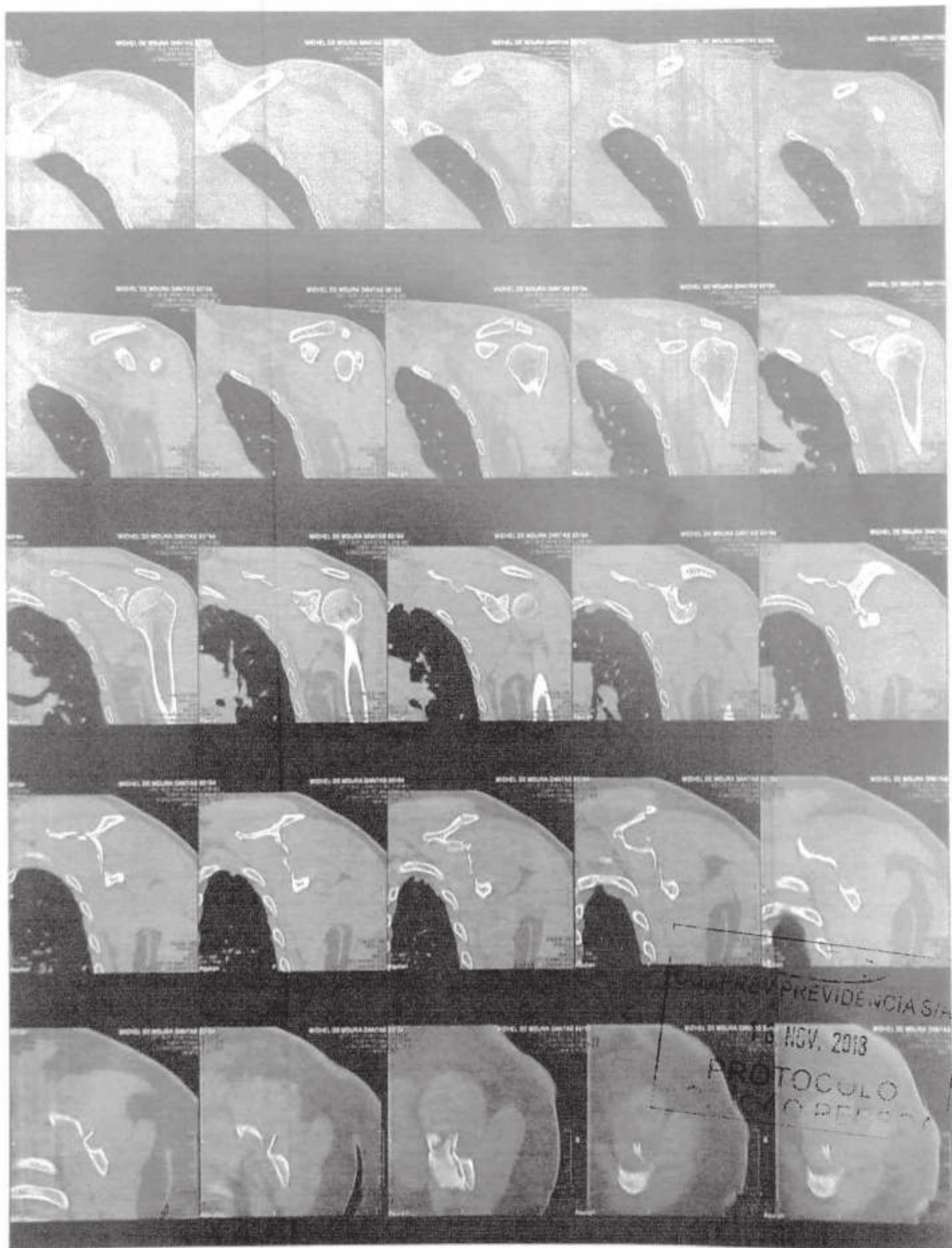
AV. RUI BARBOSA, 202 - TORRE - CEP: 58.040-491 - FONE: (83) 3513.7084 / 3022.7001 - JOÃO PESSOA - PB



AV. RUI BARBOSA, 202 - TORRE - CEP: 58.040-491 - FONE: (83) 3513.7084 / 3022.7001 - JOÃO PESSOA - PB



PREVIDÊNCIA S/A
16 NOV, 2013
PROTOCOLO
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA



AV. RUI BARBOSA, 202 - TORRE - CEP: 58.040-491 - FONE: (83) 3513.7084 / 3022.7001 - JOÃO PESSOA - PB



AV. RUI BARBOSA, 202 - TORRE - CEP: 58.040-491 - FONE: (83) 3513.7084 / 3022.7001 - JOÃO PESSOA - PB



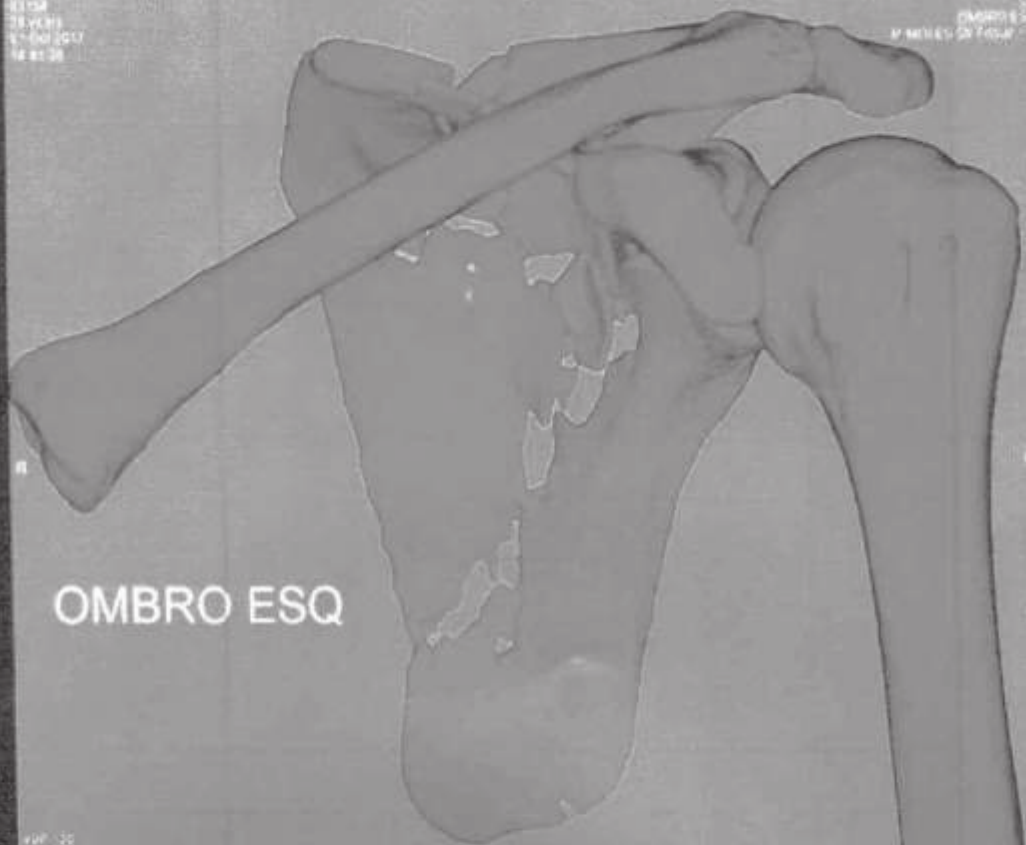


MEMORIAL DIAGNOSTICO

RICHELI DE MOURA SANTOS
01/54
28/08/13
17/09/2017
14 01 38

5

MEMORIAL DIAGNOSTICO
OMBRO ESQ
P. MILES DA FOLHA 10

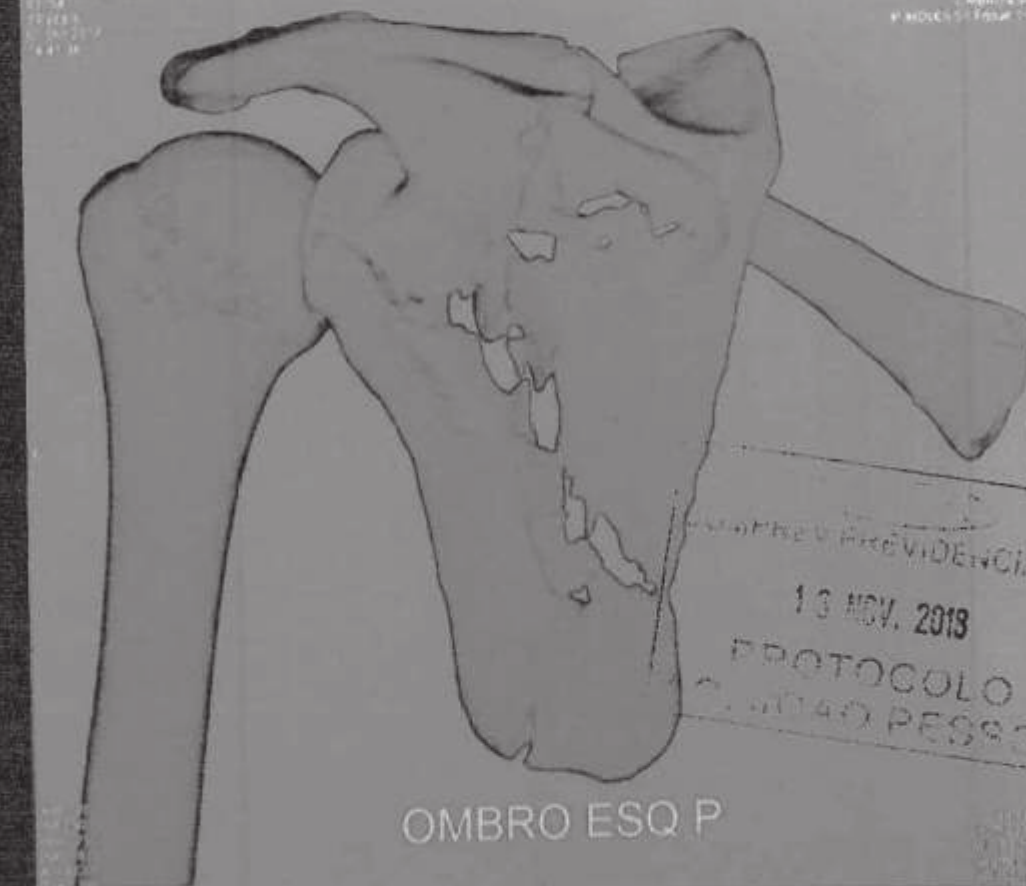


OMBRO ESQ

PAF 130
PAF 250
PAF 250
PAF 187
PAF 208
PAF 175

RICHELI DE MOURA SANTOS
01/54
28/08/13
17/09/2017
14 01 38

MEMORIAL DIAGNOSTICO
OMBRO ESQ
P. MILES DA FOLHA 10



OMBRO ESQ P

COMPREV-PROVIDENCIA
13 NOV. 2013
PROTOCOLO
2.0040 PESSOA



MEMORIAL DIAGNOSTICO



ESCÁPULA ESQ



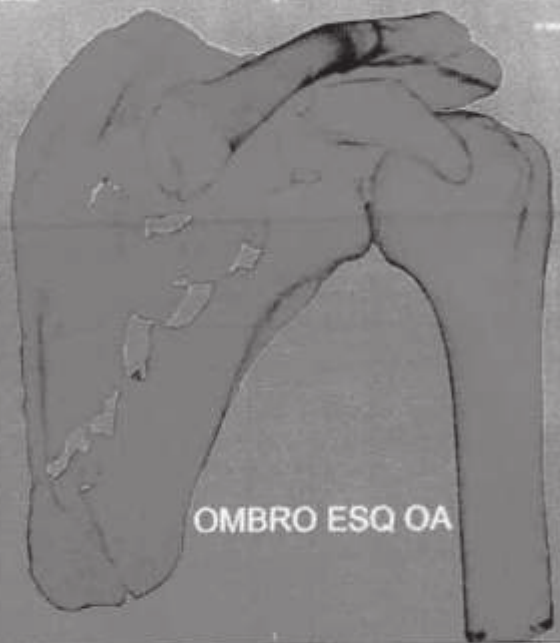
COMP. REV. PREVIDENCIA SIA
16 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



MEMORIAL DIAGNOSTICO

IDENTIFICACAO
NOME: _____
NOME DO PAZIENTE: _____
NOME DO PAZIENTE: _____
NOME DO PAZIENTE: _____

IDENTIFICACAO
NOME: _____
NOME DO PAZIENTE: _____
NOME DO PAZIENTE: _____
NOME DO PAZIENTE: _____



OMBRO ESQ OA

IDENTIFICACAO
NOME: _____
NOME DO PAZIENTE: _____
NOME DO PAZIENTE: _____
NOME DO PAZIENTE: _____

IDENTIFICACAO
NOME: _____
NOME DO PAZIENTE: _____
NOME DO PAZIENTE: _____
NOME DO PAZIENTE: _____

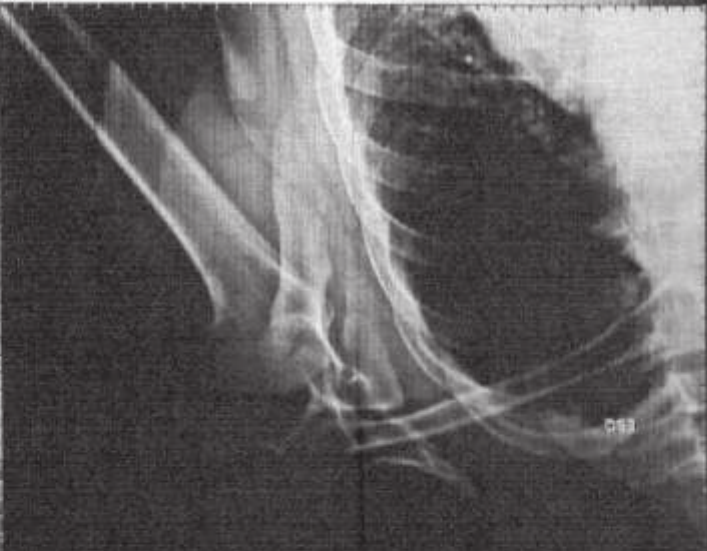
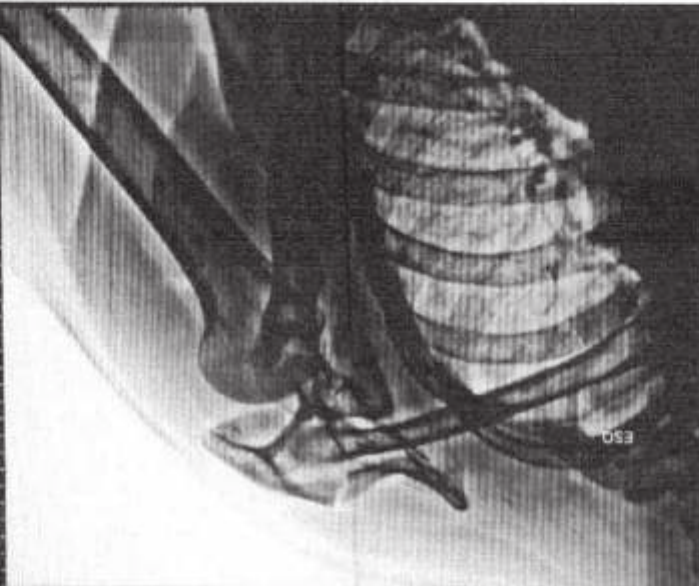
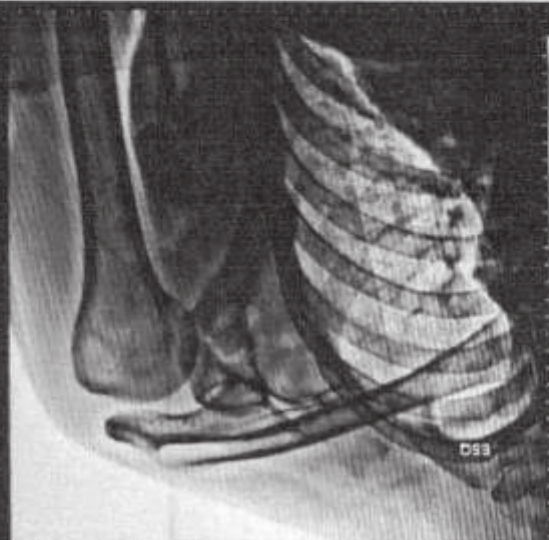


OMBRO ESQ

IDENTIFICACAO
NOME: _____
NOME DO PAZIENTE: _____
NOME DO PAZIENTE: _____
NOME DO PAZIENTE: _____

IDENTIFICACAO
NOME: _____
NOME DO PAZIENTE: _____
NOME DO PAZIENTE: _____
NOME DO PAZIENTE: _____

COMPLEX PNEUMONIA SIM
16 NOV. 2018
PROTÓCOLO
A. J. JOAO PESSOA



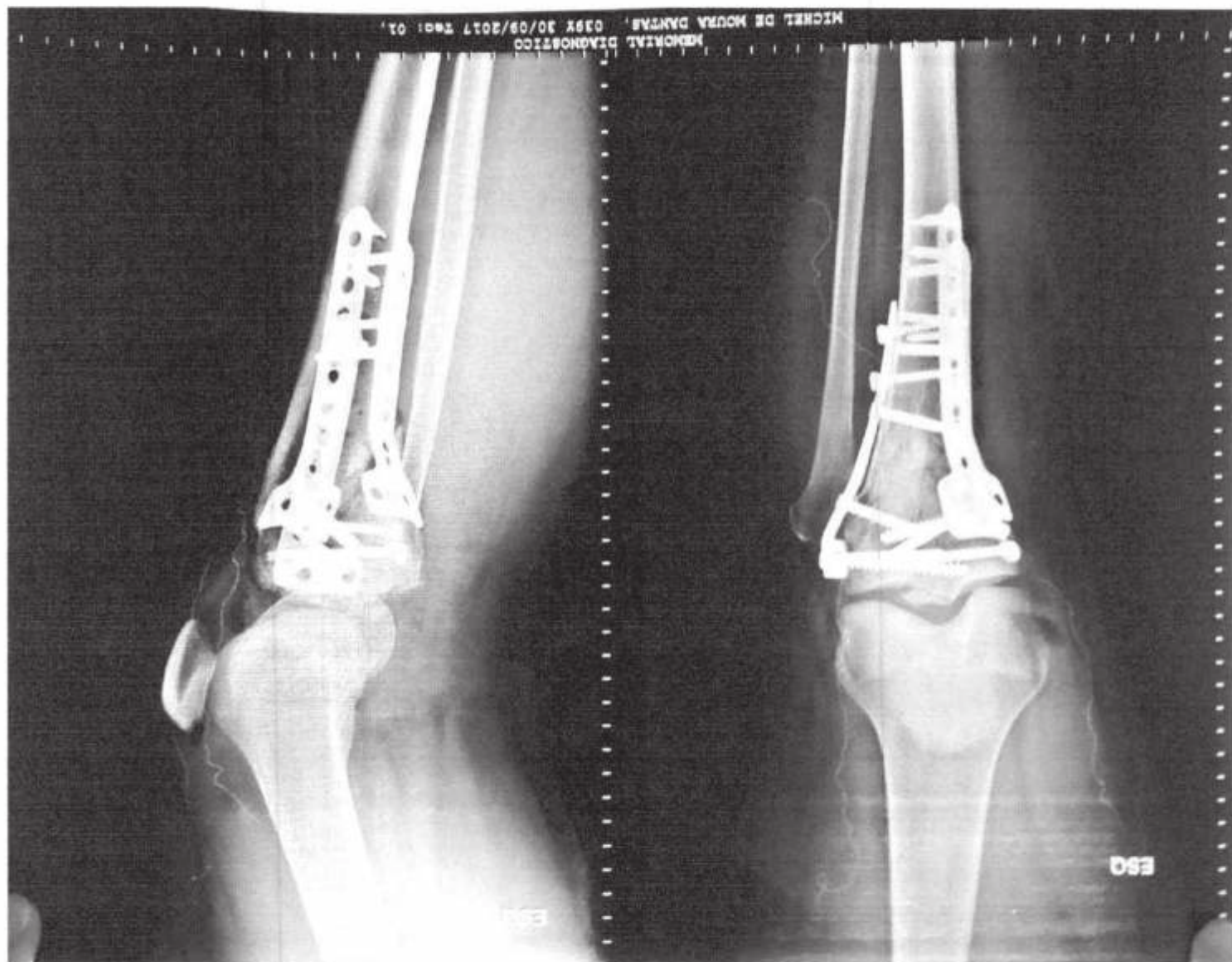
MEMORIAL DIAGNOSTICO
MICHEL DE MOURA DANTAS, 0194 30/09/2017 Tec: 01.

COMPREV PREVIDENCIA S/A
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
Nº. 0040 PESSOA

MEMORIAL DIAGNOSTICO
MICHEL DE MOURA DANTAS, 039Y 29/09/2017 Tec: 18,



COMPANHIA PREVIDENCIA S/A
PROTOCOLO
16 NOV. 2018
M. PESSOA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS	
DETTRAN - PB		Nº 01420151545B	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		08/09/2018	
VEÍCULO: 00352667466		00/00/0000	
SUELLEN RIVIA DA SILVA FERREIRA		08/09/2018	
05582667466		NOKS824/PB	
NOVO		902304820BR077073	
EAS/MOTONETA/NAO APLIC		ALCO/ENSOI	
HONDA/BIZ 125 ES		2011 2011	
CAP/PC/CL		CATEGORIA	
2 P/124 /CI		FRETE	
COTA ÚNICA		00/00/0000	
P		2	
V		3	
A		3	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
*****		*****	
SEGURO		P A G O	
08/04/2018		08/04/2018	
A.F. BV FINANÇEIRA S.A.		0	
JCAO PESSOA-PB		06/09/2018	
32280		989274	

PB Nº 01420151545B		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT		PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO	
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204		08/09/2018	
05582667466		NOKS824/PB	
HONDA/BIZ 125 ES		2011 2011	
CAP/PC/CL		CATEGORIA	
2 P/124 /CI		FRETE	
COTA ÚNICA		00/00/0000	
P		2	
V		3	
A		3	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
*****		*****	
SEGURO		P A G O	
08/04/2018		08/04/2018	
A.F. BV FINANÇEIRA S.A.		0	
JCAO PESSOA-PB		06/09/2018	
32280		989274	

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 30 JUL. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

TERMO DE DECLARAÇÃO E QUITAÇÃO

Na qualidade de beneficiário(a) do Seguro DPVAT, MICHEL DE MOURA DANTAS inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 02263248400, portador(a) da carteira de identidade nº 1874063, domiciliado(a) na cidade de João Pessoa onde resido na(o) Rua João Batista C. Moura N. 540. A0402, declaro e reconheço que as despesas médicas e suplementares (DAMS) incorridas no Hospital Memorial S. Francisco, em virtude de atendimento prestado por força do acidente de trânsito havido em 28/09/2018 envolvendo o veículo de placa no WAK 5828, foram integralmente quitadas por MICHEL DE MOURA DANTAS, proprietário(a) do veículo envolvido no acidente de trânsito e responsável pelo pagamento do prêmio do seguro DPVAT.

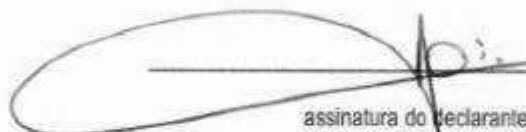
Dou, assim, plena, rasa, geral e irrevogável quitação ao proprietário(a) do veículo no que diz respeito ao pagamento das despesas médicas e suplementares (DAMS) relativas ao tratamento recebido no mencionado hospital.

Declaro ter ciência de que, por força de terem sido integralmente liquidadas as despesas médicas e suplementares (DAMS) mencionadas neste documento, o direito ao reembolso dessas despesas, previsto na Lei nº 6.194/74, art. 3º, III, foi sub-rogado, nos termos do art. 346, III, do Código Civil, ao proprietário(a) do veículo.

Por fim, autorizo o proprietário do veículo a fornecer os meus dados à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. com o propósito de que seja encaminhada correspondência aos meus cuidados informando o valor exato reembolsado pela Seguradora Líder DPVAT ao proprietário(a) do veículo em virtude das despesas aqui tratadas.

João Pessoa 25 de outubro de 2018

local e data


assinatura do declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180510839 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHEL DE MOURA DANTAS **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.
FRATURA DE ESCÁPULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE - JOELHO).
TRATAMENTO CONSERVADOR(OMBRO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396876/18

Vítima: MICHEL DE MOURA DANTAS

CPF: 022.632.494-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2017

Titular do CPF: MICHEL DE MOURA DANTAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MICHEL DE MOURA DANTAS : 022.632.494-00

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 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: 30/10/2018
Nome: MICHEL DE MOURA DANTAS
CPF: 022.632.494-00

MICHEL DE MOURA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA