

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Nº Sinistro: 3180377600

Vitima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 16/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180377600**.

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 13250642



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
Nº Sinistro: 3180377600
Vitima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
Data do Acidente: 16/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180377600**, 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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

084.360.654-17

Nome completo da vítima

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS		CPF titular da conta 084.360.654-17	Profissão SOLDADO
Endereço RUA RITA CARNEIRO DINIZ		Número 417	Complemento
Bairro GRISSEL	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58.075-419
Email			Telefone (DDD) (83) 99983.8652

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			

AGÊNCIA NRQ. 1033	D/V 0	CONTA NRQ. 52609	D/V 0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRQ.	D/V
(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.

JOÃO PESSOA, 15 de AGOSTO de 2018

Local e Data

+ YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 01960.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01960.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:19 horas do dia 24 de outubro de 2017, 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 **Yuri Gabriel da Silva Santos**, CPF nº 084.360.654-17, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Soldador, filho(a) de Adriana Costa da Silva e Israel Nogueira dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/03/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rita Carneiro Diniz, Nº 417, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Próx. Veleiros do Sul, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98742-4028.

Dados do(s) Fatos:

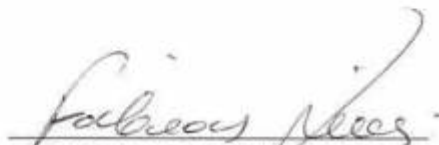
Local: Rua Irani Almeida de Menezes, Na Principal do Antigo Casarão, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/04/17 20:06h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR 160 BROS, PRETA, 2016/2017, PLACA QFV1626/PB, CHASSI 9C2KD1000HR005029, registrada em nome de ADRIANA COSTA DA SILVA, quando ao desviar de um buraco na via foi atingido no guidon esquerdo por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 11.07.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de outubro de 2017.


FABIANA DE LIMA-BEZERRA
Agente de Investigação


YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 01960.01.2017.1.00.420

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

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

CPF da Vítima

084.360.654-17

Data do Acidente

16.04.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

CPF do Representante legal

084.360.654-17

Email

Telefone (DDD)

(83) 99983.8652

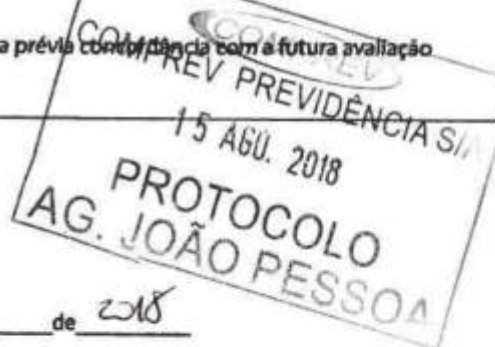
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



JOÃO PESSOA, 15 de AGOSTO de 2018

Local e Data

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 708/003, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1668126, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 16/04/2017, na Rua Irani Almeida de Menezes, Bairro: Funcionários I - João Pessoa - aproximadamente às 20:06 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 03 de Agosto de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE 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: 28/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000052609-0

Nr. da Autenticação 43A4EB24AAC72439

CAIXA

POUPANÇA

6277 8013 3699 3427

YURI BABRIEL SILVA SANTOS

10/30 01/31

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ADRIANA COSTA DA SILVA

RG nº 21955131, data de expedição 12/03/12, Órgão SSP/PB,
portador do CPF nº 055.913.647-13, com Domicílio na
cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA RITA CARNEIRO DINIZ,
nº 417, complemento, GEISEL, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS,
cujo o condutor era YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS.

Veículo: HONDA /NXR 160 BROS

Ano: 2016

Modelo: 2017

Placa: QFV 1626/PP

Chassi: 9C2KDJ000HRC05029

Data do acidente: 16.04.2017

Local e data: JOÃO PESSOA, 15 DE AGOSTO DE 2018

X Adriana Costa da Silva

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de ADRIANA COSTA DA
SILVA, [111498], J.Pessoa-PB, 03/07/2018 17:19:35 Emol
R\$9,48 Farpem:R\$0,28 Fepi:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test da
verdade. Tabela CELEIDA COMARCA DA CAPITAL, Selo
Digital AHC82833-S1F6 Consultar em
<https://selodigital.celeida.com.br>

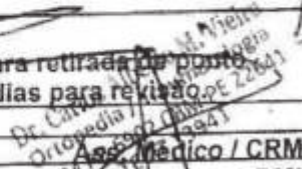


CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>JOÃO GABRIEL DA SILVA SANTOS</u>		Registro: <u>HTOP</u>	
Idade: <u>22</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Enf: <u>17</u>
Data de admissão: <u>16/04/17</u>		Data da alta: <u>25/04/17</u>	
Diagnóstico inicial: <u>FRATURA DIÁFISE HUMER (D)</u>			
Diagnóstico final: <u>LC PATELA (D)</u>			
Outros diagnósticos: <u></u>			
Principais exames: <u>RADIOGRAMA</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>TRANSILUMINACAO GNECICO DE FRATURA DA DIAPHISE DO HUMERUS DIREITO E DA FRATURA DA PATELA (D)</u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>DR. LUZ PATELA / DR. STEFFENSON</u>			
Anatomia patológica: <u></u>			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologia: <u></u>			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>FRATURA GNECICA - FLECHA FAMILIAR</u> <u>E SEM SINTOMAS</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u></u>			
Repouso: relativo em casa por, <u>30</u> dias. <u>60</u> dias.			
retorno às atividades sem esforço físico em, <u></u> dias e com maior em, <u></u> dias.			
Cuidados com a ferida operatório: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: <u>PARACETOL 700MG</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u></u> para retirada de pontos.			
Ao ambulatório <u>25</u> de <u>4</u> de <u>17</u> em 30 dias para reavaliação.			
João Pessoa: <u>25</u> de <u>4</u> de <u>17</u>			
Ass. Médico / CRM <u>DR. ESTEVE</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

DADOS DE NASCIMENTO 20/03/96

NOME DA MÃE ADRIANA COSTA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 994.331

Nº PRONTUÁRIO 101.522

DATA DO ATENDIMENTO 16/04/17

HORA DO ATENDIMENTO 21:25

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D + FRATURA DA PATELA D

CID 10 S 72.3 + S 82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), há cerca de 5hs, apresentando dor em membro inferior D e ferimento transfixante em lábio inferior. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa D - AP e P
RX do joelho D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur D + fratura da patela D aos RX. Realizado internamento, sutura e tratamento cirúrgico das fraturas no 1º tempo pelo Dr. Heisemberg Almeida e no 2º tempo tempo pelo Dr. Luiz Portela e Dr. Stefferson Diniz.

ALTA HOSPITALAR: 25/04/17

DATA DA EMISSÃO: 11/07/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CIB/HEETSH
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Identificação do paciente			
ID 863400	Nome YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 20/03/1996	Idade 21 anos 27 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe ADRIANA COSTA DA SILVA	Pai ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS - PAI		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987424028	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3481215	Nº Cns 898001230846680	
Local de procedência ERNANI SATIRO	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58080040	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Coronel Antônio Correia Brasil
Número 28	Complemento	Bairro Ernani Sátiro	
Admissão			
Data e Hora 16/04/2017 21:25:47	Número da pulseira 1000005978532	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 QUEDA / OUTROS	
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 []
<p>Dados clínicos</p> <p><i>reconstituído laboratório</i></p> <p><i>17104 TTED</i></p> <p><i>DLF</i></p> <p><i>NS</i></p>			
<p>Diagnóstico</p>			
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO			Tempo 29seg

Imprimir

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

17/04/17 - 1:20
#BMPH

Paciente v/firma de acidente motociclístico há
15h (sic). Voz normal e discurso. No momento
em BEE, eufórico, normocórico, afebril ao toque.
Ao exame físico nota-se FCC transfixante em lábio
inferior, abertura bucal satisfatória, ausência de
distopia ocular e ausência de sinais sugestivos
de fratura nos ossos do face.

(U): 1 - Exame físico

2 - Sutura de FCC transfixante em lábio inferior realizada
no Bloco Cirúrgico (Paciente em regimenteria em
procedimento pela ortopedia).

3 - Orientações

4 - Alta BMP / Aos cuidados dos demais especialistas.

Dr. Rui Medeiros, MSc
Cirurgia Bucal Máxilo-Facial
Implodontologia
CRO/PE 2261 CRO/PA 5518





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Paciente YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS		BAE 994331	Data/Hora Entrada 16/04/2017 21:25:47	Data Baixa
Data de nascimento 10/03/1996	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 898001230846680	Telefone de Contato (83) 987424028
Mãe ADRIANA COSTA DA SILVA			Prontuário	
Endereço Coronel Antônio Correia Brasil, 28		Bairro Ernani Sátiro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FLAVIO PESSOA RIBEIRO	Nº Cons. Regional 6453/PB
Data/Hora Classificação 16/04/2017 21:25:47			Data/Hora Prescrição 16/04/2017 21:33:28	

Anamnese

P: ÚLTIMA DE COLISÃO CARROXIMOTO. REFERE DOR EM MID, NEGA VÔMITOS OU DESMAIOS, NEGA USO DE BEBIDAS ALCOOLICA OU
C: NAS AO EXAME: ABD INOCENTE CD: ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Flávio P. Ribeiro
Urologia / Uro-Oncologia
Urologia / Uro-Oncologia
Flávio P. Ribeiro
(6453/PB)

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

COMPREV PREVIDÊNCIA S.
15 AGU. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



1000005978532 BE: 994331
TURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
DT. NASC.: 20/03/1996
MRE: ADRIANA COSTA DA SILVA

END.: Coronel Ant. nio Correia Brasil
N. 28 - Ernani S. Iltro
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 987424028
IDADE: 21
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: _____

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encastrado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO

PA: _____ mmHg

P: _____ bpm

SpO2: _____

Tax: _____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

Avaliação das pupilas:

☐ Consciente

☐ Inconsciente

☐ Orientado

☐ Desorientado

Simetria:

☐ Isocóricas

Tamanho:

☐ Midríase

☐ Anisocóricas

☐ Miose

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva

☐ Ventilação espontânea

☐ Vias aéreas pervias

☐ Traqueostomia

☐ Respiração rápida

☐ Obstrução parcial das vias aéreas

☐ Respiração ruidosa

☐ Suporte ventilatório não invasivo

☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso nítido

☐ Pele fria e úmida

☐ Perфуsão tissular satisfatória

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Perфуsão tissular comprometida

☐ Palidez

☐ Outros: _____

Sistema Digestório:

☐ HDA

☐ Uso de SNG

☐ Vômitos

☐ Dor à palpação superficial

☐ HDB

☐ Corpo estranho

☐ Dor à palpação profunda

Outros: _____

☐ Rigidez abdo

☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria

☐ Hematuria

☐ Oligúria

☐ Polúria

☐ SVD

☐ Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Internações ☐ Outros: _____

Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim

☐ Não

Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim

☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

16/04/17 Paciente deu entrada neste após vítima de acidente de moto. no momento consciente e orientado, encaminhado ao CDA.

DESTINO:

ENFERMEIRO

COREM:

F(NG) ENF 022-1

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Intopu

16/04/17 23:46

Acidente visto
tram com o
Rx: fratura pole
fratura femur

CD: Ao Bico
PT TTE

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
RM-PB 7118 - TEOT 13401



Cirurgia 237504

Liberado da cirurgia geral
aos cuidados do Soco e
ORTOPEDIA.

Porém se for necessário
reintervenção.


JOSÉ HELMAN PALITO
033.00.003430-0
CRM 3430

Nome: Yuri Gabriel da Silva Santa BE/Prontuário: 994331
Idade: 21 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 17/04/17
Clínica/Setor: BMT EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Reconstrução de lábio inferior
Cirurgião: Rui Medeiros 1º Assistente: Renato Santos
2º Assistente: Breno Araújo 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Reconstrução transfixante em lábio inferior</u>	<u>S01.5</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Reconstrução de lábio inferior</u>	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 AGO. 2018

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Rui Medeiros, MSc
Cirurgia Geral - Fael
CRM: _____

João Pessoa, 17/04/17

Médico/CRM: _____



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

8



HETSIL

Nome: João Gabriel de Sousa Santos BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 26/09/17
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Heisenberg 1º Assistente: MR. S. ENCA
2º Assistente: MR. S. P. L. L. 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
① Fratura distal de Fêmur	
② Fratura Patelar.	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
① Trefecção Transquelética de Fêmur	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 26/09/17



Nota de Sala Cirúrgica

HISTÓRIA

NOME DO PACIENTE: Yuri Gabriel da Silva Santos

IDADE: 21 BE: 994331 PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:

CIRURGIA: Int. cirúrgico de torção transesquelética femur D

CIRURGIÃO: Dr. Heisenberg 2º AUX:

ANESTESIA: Rapina + local

ANESTESISTA: Dr. Kamela

INSTRUMENTADOR:

DATA: 17/04/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 00:40 CIRURGIA INÍCIO: FIM: 01:20

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTÂNILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	
FENTÂNILA		PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°15	01
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°23	01
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO	OK	LÂMINA BISTURI N°24	01
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE DERMATOMO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LÂMINA DE ENXERTO	
LIDOCAÍNA C/ VASO	1	AGULHA 13X4,5	01	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	04
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	01	LUVA ESTÉRIL N°7,0	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08	01	LUVA ESTÉRIL N°7,5	03
MORFINA	1	AGULHA 40X12	01	LUVA ESTÉRIL N°8,0	
NIMBILUM		AGULHA PERIDURAL N°16	01	LUVA ESTÉRIL N°8,5	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MÁSCARA CIRÚRGICA	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		MULTIVIAS	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI N°25G		PERFURADOR DE SORO	
RAMIFENTÂNILA		AGULHA RAQUI N°26G	01	SCALP N°19	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G	01	SCALP N°21	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 3ML	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	02	SERINGA 5ML	01
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 10ML	01
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SERINGA 20ML	01
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	01	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	
CEFALOTINA	2g	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	
DIPIRONA SÓDICA	2g	CERA PARA OSSO		SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. CURTA	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	05	SONDA NASOG. LONGA	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TORNEIRINHA	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	05	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE (LATEX)	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	01	FIOS	QTD.
TENOXICAN		ESPARADRAPO	05	FIO ALGODÃO S/A N°	() ASPIRADOR
		GAZES		FIO ALGODÃO S/A N°	() BISTURI ELÉTRICO
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A N°	() CAPNOGRAFO
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A N°	() CARDIOMONITOR
		JELCO N°14			() DESFIBRILADOR
		JELCO N°16			() FOCO AUXILIAR
					() FOCO CENTRAL
					() MICROSCOPIO
					() OXÍMETRO DE PULSO
					() P/ ANESTESIA NÃO INVASIVA
					() PERFURADOR ELÉTRICO
					() SERRA
					CIRCULANTE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Coláucia Morgana

384856

FICHA DE ANESTESIA

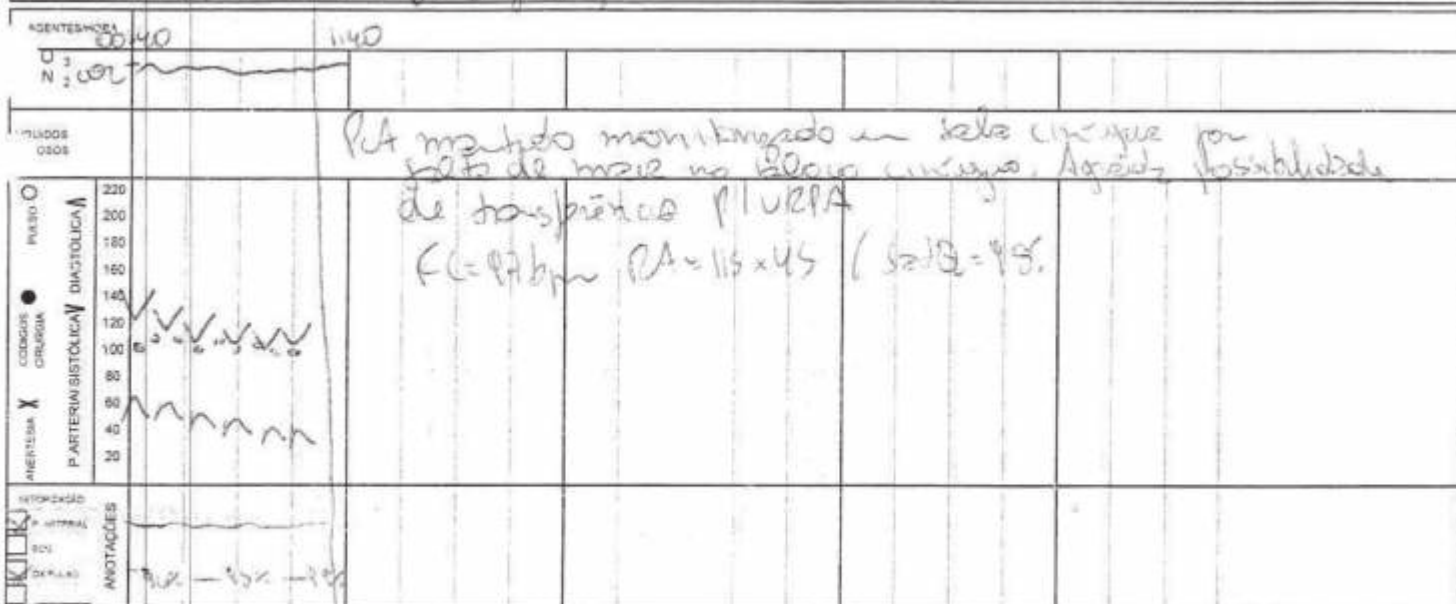
DATA: 1710417

PRONTUÁRIO:

99433

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

PACIENTE:	YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS		SEXO:	M	COR:	Pau	IDADE:	21a
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	100 bpm	RESPIRAÇÃO	16 rpm	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO	
ESTADO GERAL	X BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	() BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO					
EXAMES COMPLEMENTARES								
AP. RESPIRATÓRIO				AP. CIRCULATORIO				
AP. DIGESTIVO	C3-4-M4-M5 LIG10		ESTADO MENTAL	LOTE		DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO							ESTADO FÍSICO (ASA)	
DOSE /HORA								Ic
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FRATURA DE CARELA = FRATURA FECHADA							
CIRURGIA REALIZADA								
CIRURGIÃO	Dr. HEISENBERG.		AUXILIARES					
INÍCIO DA ANESTESIA	00:40		TÉRMINO DA ANESTESIA	1:20		DURAÇÃO DA ANESTESIA	40min	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH.			VALORES R\$		
ANESTESISTA	Dr. PÂMELA + Dr. GREGO (R1)					CRM-PB		



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ FLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
--	--	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

GRUPO	VOLUME em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

[illegible]

RESERVAÇÕES IMPORTANTES	
-------------------------	--

Put semibato, manibizado, Janseniz + entrapson, w/p pda punga de 1/2
L3-L4, 1/2 SCLITA QUINQUE 26G, LCR(2) e Campida.
Inkjet de ① + ②, e/ nivel en' T8.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Pâmela Valyssa Pacheco Lima
Medica
CRM-PB 71357 CRM-PA 81291

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em Decúbito Dorsal sobre
bancêta
- membro + antissepsia
- aplicação de garças cirúrgicas

Incisão:

Achados:

① Fratura Pélvis D + Fratura Tríplice
Fêmur D.

Conduta:

① Redução de Fio de Kirschling 4.5 em
Fêmur D. Redução de medula por
batedor após pulso do superior de
Pélvis e tração com posterior 2.5cm
superior ao polo superior de Pélvis.

Fechamento:

① Curativos estéreis

Observação:

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

João Pessoa

Médico/CRM:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1- Paciente em ADH sob anestesia
- 2- Antissepsia
- 3- Intubação local
- 4- Tabela da perna

Incisão:

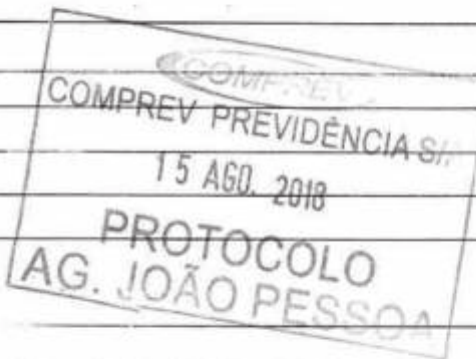
- 5- Exposição dos campos operatórios
- 6- Sutura de FCC transfixada em lábio inferior
- 7- Curativo
- 8- A UCPA

Achados:

Conduta:

Fechamento:

Observação:



Dr. Rui Medeiros, MSc
Cirurgião Geral - Fatoel
CRM/PE 1122

Dr. Rui Medeiros, MSc
Cirurgião Geral - Fatoel
CRM/PE 1122 - CROPS 5510

João Pessoa, 17/04/17

Médico/CRM: _____



Receituário Médico

LAUDO MÉDICO

REC-1-005

Atendo para os dados fornecidos
o Sr. Yuri Gabriel da Silva Junior,
foi submetido a 400 exercícios
de fortalecimento do patel (D) e
fêmur (D) há 1 ano e 6 meses.
Evoluiu com consolidação,
porém com resíduo em
hipotrofia do coto (D).

Data: 1/1 diminuição de força e

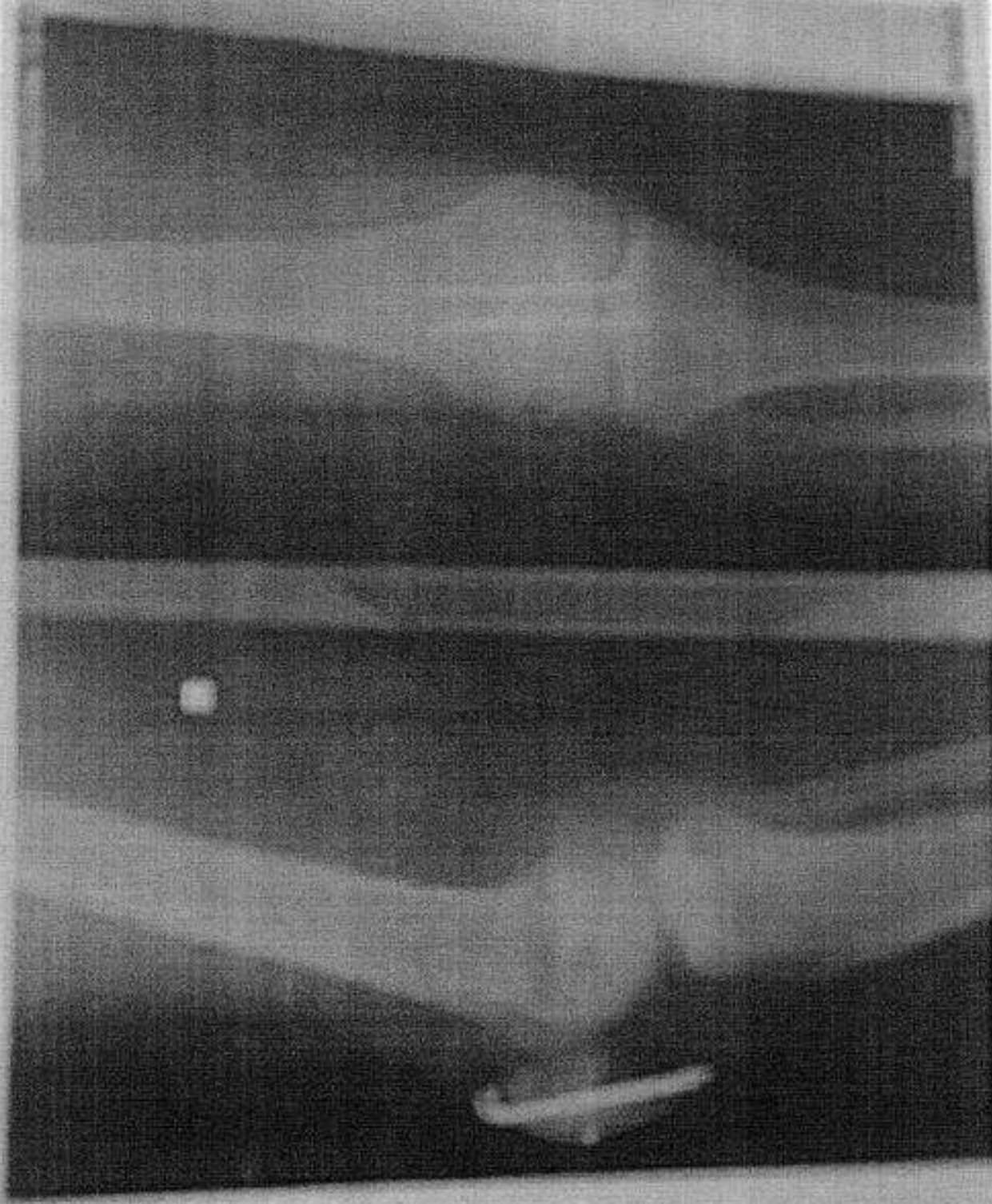
limitação de ADM

13/09/18

Médico - CRM



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

2017/2018-25.00.2017

D

Image:2 Serie

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

H

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P.C.4

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REF. Nº 1000

DATA DE EXPEDIÇÃO

NOV. **YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS**

Israel Nogueira dos Santos

PR. 1000

Adriana Costa da Silva

João Pessoa - PB

20.03.1996

NATURALIDADE

ert Nasc Nº 66.034. Fls 249. Liva 61

4º Cart de João pessoa PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013928838643

VIA 1 Cód. RENAVAM 0110759305-8 RENAME 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME ADRIANA COSTA DA SILVA

CPF / CNPJ 05591364713

PLACA ANT. / UF NOVO PB

PLACA QFV1626/PB

CHASSI 9C2KD1000HR005029

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NXR 160 BROS

CAP / POT / CIL 2 P/162 /CI

ANO FAB. 2016

ANO MOD. 2017

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA 00/00/0000

VENÇ. / COTAS 1º 2º 3º

IPVA

FAIXA IPVA *****

PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO 06/11/2017

SEGURO

PAGO

OBSERVAÇÕES

A.F. BV FINANCEIRA S.A.

LOCAL

JOAO PESSOA-PB

41955



Assinatura de Adriano Costa da Silva

DATA 20/12/2017

909670

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT
PB Nº 013928838643 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

VIA 1 CPF / CNPJ 05591364713 EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 20/12/2017

RENAVAM 01107593058

PLACA QFV1626/PB

ANO FAB. 2016

CAT. TAB. 9

MARCA / MODELO HONDA/NXR 160 BROS

Nº CHASSI 9C2KD1000HR005029

FMS (R\$) *****

PRÊMIO TARIFÁRIO

DENATRAM (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

IOF (R\$)

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

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$)

PARCELADO

PAGO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

909670-0948126-20171220

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180377600 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 16/04/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE DR LUIZ PORTELA NO DIA 13/09/18.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180377600 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 16/04/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE DO DIA 13/09/18).

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298573/18

Número do Sinistro: 3180377600

Vítima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

CPF: 084.360.654-17

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 16/04/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 17/09/2018
Nome: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
CPF: 084.360.654-17

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA