
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



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.seguradoraslider.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 SOLDADOR
Endereço RUA RITA CARNEIRO DINIZ		Número 417	Complemento —
Bairro Graças	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58.075-419
Email —		Telefone (DDD) (83) 99983-8650	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

AGENCIA

 NRO.
1033

D/V

CONTA

 NRO.
52.609

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA	CONTA	NRO.
NRO. 1033	NRO. 52.609	NRO. 0
D/V	D/V	D/V
(Informar dígito se existir)		

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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 guidão 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.seguradoraslider.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) 99183.8652

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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º 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.

COL. PREV PREVIDÊNCIAS,
 15 AGU. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



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/5º Região: 10171

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 AGU. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ADRIANA COSTA DA SILVA

RG nº 21955131, data de expedição 21/03/12, 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) AV. RITA CARMÉLO 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: 9CZK01000HR005029

Data do acidente: 16/04/2017

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

Adriana Costa da Silva

**Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)**

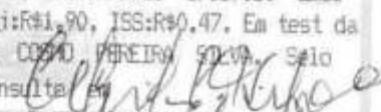
**Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)** Descrição do Status

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

CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

RUA JOSÉ ELIAS KLEIN, 200 - FONE: (83) 3221-4079
RECONHEÇA PDR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ADRIANA COSTA DA SILVA, [111498], J. Pessoa-PB, 03/07/2018 17:19:35 Emol.
R\$9,48 Farpen:R\$0,28 Fepi:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA CONS. PNEIRY SOUZA. Selo
Digital AHD2833-S1F6 Consulta: 
https://selodigital.tjpb.jus.br/certificado/certificado_celeida.com.br



CRAZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: JUVENTINIANO GOMES						Registro:
Idade: 22	Sexo: M	Cor:	Clinica: DNP	Enf: 17	Leito: 05	
Data de admissão: 16/06/17			Data da alta: 25/06/17			
Diagnóstico inicial: PULMÃO DIÁFRAGMATEMUR (D)						
Diagnóstico final: (C) PULMÃO (D)						
Outros diagnósticos:						
Principais exames: RENDOGRAFIA						
Cirurgia realizada - data e equipe: TUMORECTOMIA DA PULMÃO DA PATEA (D)						
Terapêutica medicamentosa: D2. (C)2 PULMÃO / D2. STEFENSON						
Anatomia patológica:						
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()						
Resultado bacteriologia:						
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()						
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: JUVENTINIANO GOMES FERIDA FAYLOR É SIM SINTOMAS						
Orientações Pós Alta						
Dieta:	15 AGO. 2018					
Reposo:	PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA					
relativo em casa por, 30 dias.	60 dias.	COMPREV PREVIDÊNCIAS				
retorno às atividades sem esforço físico em,						
retorno às atividades com esforço físico leve,						
Cuidados com a ferida operatória: 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:	HOP					
Retorno:	DR. ESTEFANO					
Ao posto de saúde em	DR. (C)2 PULMÃO					
Ao ambulatório	DR. (C)2 PULMÃO					
João Pessoa: de 1 de 7	DR. (C)2 PULMÃO					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.						



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



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
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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 994331



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	Prontuário
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 Crs 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 18/04/2017 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	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasomografia []	COMPREV PREVIDÊNCIAS / 15 AGU. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
Dados clínicos acostumado a levar mal 17104 + TTED Df (2) NS (2)							
Diagnóstico							GID
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO							Tempo 29seg

Imprimir

17/04/17 - 1:20
#BMPH

Paciente vítima de acidente motociclistico hc
ISh(6). Agora normato e desmio. No momento
em BEG, eupneico, normocorante, afibril ao toque.
No exame fisico nota-se FCC transfixante em bochecho
inferior, dentum bucal satisfatório, ausência de
distopias oculares e ausência de sinus superiores
de fratura nos ossos da face.

(i): 1- Exame fisico

2- Sutura da FCC transfixante em bochecho superior realizada
no Bloco Cirúrgico (paciente em regimento com
procedimento pela Ortopedia).

3- Orientações

4- Alta BMP / aos cuidados dos demais especialistas.

Dr. Rui Medeiros, Mac
Cirurgia Bucorriñio-Facial
Implantodontia
CRO/PE #226-CRO/PB 5518



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 03/03/1996	Idade 21	CNS 898001230846680	Telefone de Contato (83) 987424028
Mãe ADRIANA COSTA DA SILVA			
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: VITIMA DE COLISAO CARROXMOTO. REFERE DOR EM MID, NEGA VOMITOS OU DESMAIOS, NEGA USO DE BEBIDAS ALCOOLICA OU
D: NOS EXAMES: 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
Endoscopia / Urogastroscopia
FLAVIO PESSOA RIBEIRO
(6453/PB)

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS





AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

1000005970032 BE 994331

TURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

DT. NASC.: 20/03/1996

NRE: ADRIANIR COSTA DA SILVA

END: Coronel Antônio Correia Brasil

N. 28 - Ermal S. Itira

JOÃO PESSOA

FONE: (83) 387424028

CELULAR: (83) 987424028

CID: 21

DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input type="checkbox"/> Ambulância SAMU	<input type="checkbox"/> Polícia	
TIPO DE ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento
	<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Outros:
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada	<input type="checkbox"/> Ferimento aberto	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Queimadura
	<input type="checkbox"/> Mordedura	<input type="checkbox"/> Objeto encravado	<input type="checkbox"/> Ferimento contínuo	<input type="checkbox"/> Amputação membro	<input type="checkbox"/> Outros:
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros:				
DADOS CLÍNICOS (sintomas)					

DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS:

EXAME FÍSICO PA: _____ mmHg P: _____ bpm SpO2: _____ Tax: _____

Sistema Neurológico:	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado
Nível de Consciência:				
Avaliação das pupilas:	Simetria: <input type="checkbox"/> Isocônicas	Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase		
	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Miose		
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	<input type="checkbox"/> Vias aéreas pétivas	
	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Respiração rápida	<input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas	
	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo	<input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas	<input type="checkbox"/> Perfusão tissular satisfatória
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pulso ausente	<input type="checkbox"/> Pele fria e úmida	<input type="checkbox"/> Perfusão tissular comprometida	
	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia		
	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outros:		
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> HDA	<input type="checkbox"/> Uso de SNG	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial
	<input type="checkbox"/> HDB		<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda
	Outros:		<input type="checkbox"/> Rrigidez abdômen	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Distúria	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Poliúria
			<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: Hipertensão Diabetes Câncer Alergias Cirurgias 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 ato vítima de
acidente de moto no momento convulso e
ourenido, inconsciente ao CDa.

DESTINO:

ENFERMEIRO *Carvalho*
CORPO DE BOMBEIROS *Carvalho*

COREM:

P(NG) ENF 022-1

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Introdução

16/04/17 23:46

Acidente visto

traz como ①

px: fratura patela
fratura femur

co: Ao Bento

Pl TTE

Roberto Fries de Almeida
Ortopedista / Traumatologista
Cirurgia do Joelho
RM-PB 7118 - TEOT 13401



Cirurgia: 232504

Liberado da cirurgia geral
aos cuidados da Seco e
Ortopedia.

Posso se for necessário
recolorações.

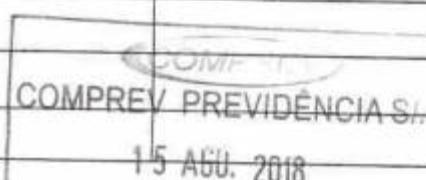

JOSE HELMAN PALITO
033.00.003430-0
CRM 3430

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Yuri Gabriel da Silva Santos BE/Prontuário: 994331
 Idade: 21 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 17/10/17
 Clínica/Setor: BMP EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Reconstrução de lábio inferior
 Cirurgião: Rui Medeiros 1º Assistente: Renato Santos
 2º Assistente: Bruna Araújo 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

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

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



PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

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

Dr. Rui Medeiros, Msc
 Cirurgião Plástico Facial
 CRM: 1516

Médico/CRM:

João Pessoa, 17/10/17



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

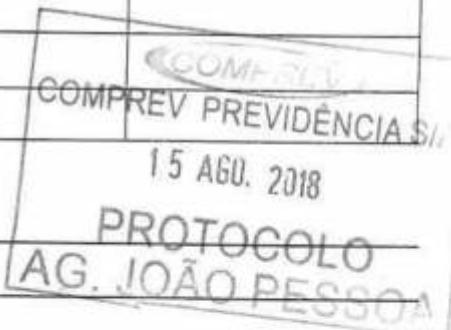


Nome: Yuri galvão de souza soto BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 16/09/17
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: Dr. Heinenberg 1º Assistente: Mr. S. Enas
 2º Assistente: Mr. I. Pinto Leite 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Diáfise de Femur</u>	
<u>Fratura Pecto D.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento Transequestrado do Femur D.</u>	

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: 16/09/17

João Pessoa, 16/09/17

88

NOME DO PACIENTE: Yuri Gabriel da Silveira Santos
 IDADE: 21 BE 99433 PRONTUÁRIO: ENFERMAGEM: LEITO:
 CIRURGIA: Int. cirúrgico de fratura transversaletica femur D
 CIRURGÃO: Dr. Heisenberg ZAUX:
 ANESTESIA: Racine + local
 ANESTESISTA: André Pimenta

INSTRUMENTADOR:

 DATA: 17/04/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO: 00:40 CIRURGIA: INICIO: 03:20 FIM:

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.
ALFENTANILA		SRL 500 ML	01	JELCO Nº18	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		5% 0,9% 500 ML	02	JELCO Nº20	
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22	
CETAMINA				JELCO Nº24	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI Nº15	01
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº23	01
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº24	01
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	04
LIDOCAINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	01	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 25X07	01	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08	01	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
MORFINA		AGULHA 40X12	01	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
NIMBİUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRÚRGICA	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	MATERIAL ESPECIAL
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	QTD.
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	CIMENTO CIRÚRGICO
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	01	SCALP Nº21	CLIP TITÂNIO LIGADURA
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	02	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº
TROPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	FIO STEINMAN Nº
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	HEMOST. ABSORVÍVEL
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	03	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ATROFOPINA		CATETER ENBOLEC ARTERIAL N		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	PRÓTESE VASCULAR
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	KIT PAM
CEFAZOLINA	28	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	FIXADOR EXTERNO
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	EMPRESA
DIPIRONA SÓDICA	25	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICIAIS
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICIAIS
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	05	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPOÑOSO
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPOÑOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	05	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	05	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	03	FIOS	QTD.
TENOXICAN		ESPARADRIPO	OK	FIO ALGODÃO S/A Nº	() ASPIRADOR
		GAZES	05	FIO ALGODÃO S/A Nº	() BISTURI ELÉTRICO
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº	() CAPNÓGRAFO
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº	() CARDIOMONITOR
		JELCO Nº14		FIO ALGODÃO C/A Nº	() DESFIBRILADOR
		JELCO Nº16			() FOCO AUXILIAR
					() FOCO CENTRAL
					() MICROSCOPIO
					() OXÍMETRO DE PULSO
					() PIA INVASIVA NÃO INVASIVA
					() PERFURADOR ELÉTRICO
					() SERRA CIRCULANTE
					384856

15 AGO. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA
 COMPREV PREVIDÊNCIAS

15 AGO. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/04/17

PRONTUÁRIO:

99433

PACIENTE: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS SEXO: M COR: FAVO IDADE: 21a

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 100 mm RESPIRAÇÃO 18/MIN TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL BOM ()REGULAR ()MAU ()PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ()BOM ()REGULAR ()MAU ()PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

ESTADO MENTAL

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRL-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)

I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de clavícula + Fratura fémur D

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGIAO Dr. HEISENBERG

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 00:40

TÉRMINO DA ANESTESIA 1:20

DURAÇÃO DA ANESTESIA 40min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

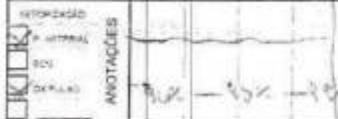
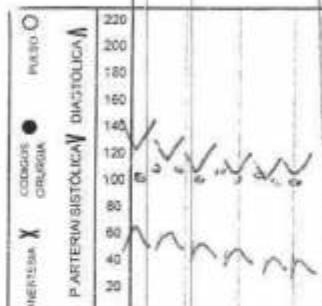
VALORES R\$

ANESTESISTA Dr. PAMELA + Dr. Brey (R1)

CRM-PB

AGENTES/HORA 00:40 01:40
D: 00:40
N: 00:40

FLUXOS 00:40

Pct mantido monitorizado em sala cirúrgica por
pct de mao na balaia cirúrgica. Agora possibilidadede transplante pluripotente
FC = 87 bpm PA = 115 x 45 (S = 13 - 95).
 ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOQ PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS

DOSIS Volume em ml

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLICOSE

1. QUEDALMA 1000ML 1000ml

11

SANGUE

2. DİMONF 100ml

12

RINGER

3. LEFAZOLINA 250

13

TOTAL

4. Dexametasona 10mg

14

DESTITO DO PACIENTE

5. DIURINA 250

15

APT* ENFERMARIA

6. Anestesia 1000ml

16

UTI RESIDÉNCIA

7. 1000ml

17

 OUTROS SALA URINARIA

8. 1000ml

18

10. 1000ml

9. 1000ml

19

10. 1000ml

10. 1000ml

20

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESENVOLVIMENTOS IMPORTANTES

Pct semiteto, monitorizado, respirador + antiáugos, infusão glicose 10%

L3-L4, agulha quirúrgica 26G, ICP(+) ligeira.

Injeção de (1)+(2), etanol em T8.

Pamela Valyssa Pacheco Lima

CRM-PB 7135 / CRM-PB 3129

Fone: 2303-3221

ASSINATURA DO ANESTESISTA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em Decúbito Dorsal Solu
- Arestação
- Cefálico + Anterógrado
- Afixação de Lâminas contrárias

Incisão:

Achados:

① Fratura Petelo D + Fratura Diófisis
Físsura D.

Conduta:

① Passagem de fio de trânsito 4,5 mm
femoral + Passagem de metal para
botões apesar pulpar o elo superior de
Petelo + Thompson bem posterior + com
Superior do Peto superior de Petelo

Fechamento:

① Curativos estérveis

Observação:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

16/09/18
João Pessoa

Médico/CRM:

17/09/18
CRM 10700

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1- Paciente em CADIT sob anestesia 2- Turgescência 3- Sutura local 4- Tensão da ferida
Incisão:	5- Posição dos campos operatórios 6- Sutura de FCC fixando em fibra inferior 7- Curativo 8- A UCPA
Achados:	
Conduta:	
Fechamento:	
Observação:	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 AGO. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Rui Medeiros, Msc
Cirurgia Bico-Mandibular
CRMPE 226 - CRM/PB 5510
5510

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 17/04/17

Receitório Médico

LARDO MÉDICO

0
RECEITÓRIO

Atende para os fins de sua
saudade Dr. Lando M. Lando
foi submetido a 800 cíngulos
de fixação de pates (6)

é fêmea (6) tem 1 mês e 6 meses
evoluiu com consolidação
fractura com fratura em
hipofractura de coto (6)
dissimilação de franges e

Data: 1/1

Médico - CRM

Assinatura de ADM

13/09/18



LUMPREV PREVIDÊNCIA SIA
17 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

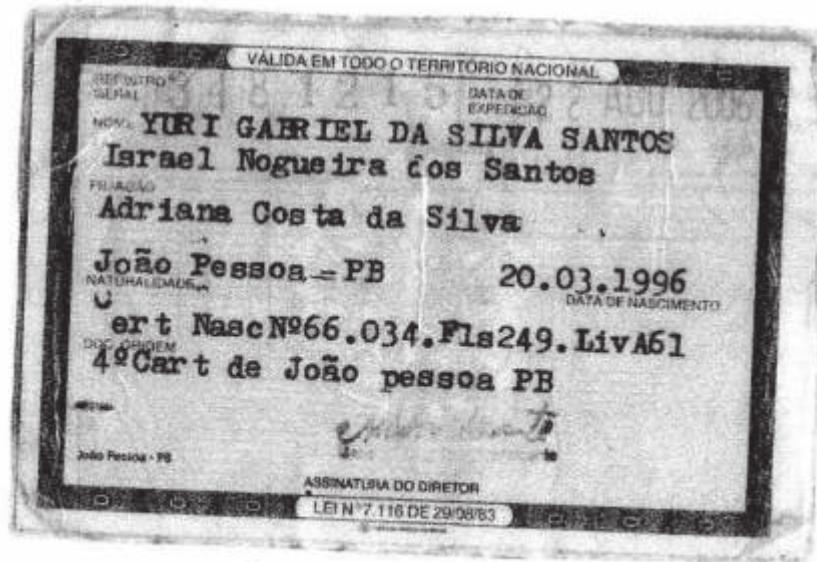
1000PREV PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

2019-09-26 00:00:17

D

Image:2 Serie

H
COMPRA FIDEVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA



DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA PLACA CÓD. RENAVAM PRT 20170004389276
1 0110759305-8 00/00000000 2017

ADRIANA COSTA DA SILVA

NOME

CPF / CNPJ

05591364713

PLACA

QFV1626/PB

CHASSI

9C2KD1000HR005029

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

ANO FAB.

2016

ANO MOD.

2017

MARCA / MODELO

HONDA/NXR 160 BROS

CAP / POT / CIL

2 P/162 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENO / COTAS

1^o

2^o

3^o

PARCELAMENTO / COTAS

0

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/04/2017

Titular do CPF: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA