

16 JUL 2019  
LIFE ASSURANCE  
CORRETORA DE SEGUROS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

33436092

DATA DE  
EXPIÇÃO

NOME ADRIANO CAMELO DA SILVA

FILIAÇÃO Severino Camelo do Espírito Santo

Maria Dalva da Silva

Pitimbu-PB  
NATURALIDADE

07.04.1988  
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 3888-Fls. 378-Liv. A4-Cart.  
DOC ORIGEM  
Pitimbu-PB

CPF

João Pessoa - PB

*M. M. M. M. M.*

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



EU, Adriano Camelo da Silva, BRASILEIRO, CASADO, ELETRICISTA  
RG- 3343684 SSP/PB, CPF- 08719840403, RESIDENTE NA  
RUA DA BICA, S/N, TAQUARA, PITIMBU, PARAIBA, DECLARA QUE  
O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE QUE SOFRI  
NO DIA 19-05-18, SE RECUSA A ASSINAR O DOCUMENTO DE  
PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EXIGIDO PELA SEGURADORA LIDER

SOLICITO QUE O REFERIDO DOCUMENTO SEJA SUBSTITUÍDO  
POR ESTA DECLARAÇÃO FEITA DE PRÓPRIO PUNHO PARA O RECEBIMENTO  
DO SEGURO DPVAT.

JOÃO PESSOA - 12/07/2019

Adriano Camelo da Silva   
08719840403





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ADRIANO CAMELO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 07/04/88

NOME DA MÃE MARIA DALVA DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 19609

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1083111

DATA DO ATENDIMENTO 19/05/18

HORA DO ATENDIMENTO 14:11

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

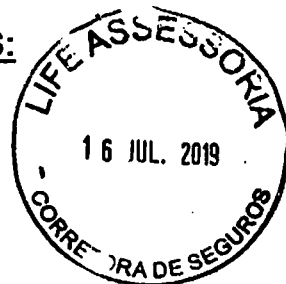
CID 10 S73.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM DOR NA COXA ESQUERDO, DEVIDO A CONTUSÃO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX COXA COXA ESQ,



### RESULTADOS DOS EXAMES:

FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR EAQUERDO

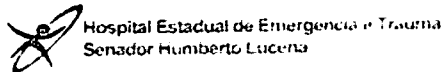
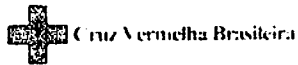
### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

ALTA HOSPITALAR: 24/05/18

DATA DA EMISSÃO: 20/07/18

*Elivaldo Sales de Toledo*  
Cirurgião Geral  
CVB/HEETSHL  
CRM 1873/PB  
Dr. ELIVALDO SALÉS DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB



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

Boletim de Atendimento: 1083111



## Identificação do paciente

|                                          |                                                                       |                                  |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| ID<br><b>219270</b>                      | Nome<br><b>ADRIANO CAMELO DA SILVA</b>                                | Sexo<br><b>Masculino</b>         |
| Data de nascimento<br><b>07/04/1988</b>  | Idade<br><b>30 anos 1 mes 12 dias</b>                                 | Estado civil<br><b>Religião</b>  |
| Mãe<br><b>MARIA DALVA DA SILVA</b>       | Pai<br><b>SEVERINO CAMELO DO E.SANTO</b>                              | Prontuário<br><b>19609</b>       |
| Escolandade                              | Responsável (Parentesco)<br><b>ADRIANO CAMELO DA SILVA - IRMAO(A)</b> |                                  |
| DDD Móvel<br><b>83</b>                   | Fone Móvel<br><b>993734683</b>                                        | DDD Fixo<br><b>Fone Fixo</b>     |
| Tipo documento<br><b>RG (IDENTIDADE)</b> | Número documento<br><b>3343689</b>                                    | Nº Cnh<br><b>898001953846582</b> |
| Local de procedência<br><b>PITIMBU</b>   | Tipo<br><b>MUNICIPIO</b>                                              | UF<br><b>PB</b>                  |
| Email                                    | Naturalidade<br><b>PITIMBU</b>                                        | CBO/R                            |

## Endereço

|                        |                                           |                         |                                     |
|------------------------|-------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| CEP<br><b>58324972</b> | Município de residência<br><b>PITIMBU</b> | UF<br><b>PB</b>         | Logradouro<br><b>NOVA VIDA, S/N</b> |
| Número<br><b>SN</b>    | Complemento                               | Bairro<br><b>CENTRC</b> |                                     |

## Admissão

|                                           |                                            |                        |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|
| Data e Hora<br><b>19/05/2018 14:11:54</b> | Número da pulseira<br><b>1000059881062</b> | Convênio<br><b>SUS</b> |
| Especialidade<br><b>CIRURGIA GERAL</b>    | Clinica                                    |                        |
| Classificação de risco                    | Origem do paciente<br><b>RUA</b>           |                        |

## Caráter de atendimento

|                        |                                                         |                                             |
|------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Detalhe do acidente<br><b>MOTO X ANIMAL</b> |
|------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

## Indicadoras e Transporte

|                                   |                              |                                 |
|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Caso policial<br><b>Não</b>       | Plano de saúde<br><b>Não</b> | Vem de ambulância<br><b>Não</b> |
| Mero de transporte<br><b>SAMU</b> | Quem transportou             |                                 |

## Sinais Vitais

|      |       |             |
|------|-------|-------------|
| PA   | Pulso | Temperatura |
| X    |       |             |
| mmHg |       |             |

## Exames complementares

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

## Dados clínicos

*Acidente com história de colisão com poste de concreto com lesões na coxa, antebraço, S.O. 99 TC: 110  
Roxo 15.*

## Diagnóstico

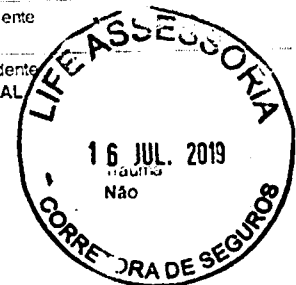
Atendido por  
**PRISCILA JORGE DA SILVA**

*Priscila J. de Souza*  
Enfermeiro  
COREN-PB 500757

CID

Tempo  
**01min 02seg**

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

|                                                       |                                          |                                                 |                                                    |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Paciente<br><b>ADRIANO CAMELO DA SILVA</b>            | BAE<br><b>1083111</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>19/05/2018 14:11:54</b> | Data Baixa                                         |
| Data de nascimento<br><b>07/04/1988</b>               | Idade<br><b>30a 1m 12d</b>               | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | CNS<br><b>898001953846582</b>                      |
| Mãe<br><b>MARIA DALVA DA SILVA</b>                    |                                          |                                                 | Telefone de Contato<br><b>(83) 993734683</b>       |
| Endereço<br><b>NOVA VIDA, S/N, SN</b>                 | Bairro<br><b>CENTRO</b>                  | Município<br><b>PITIMBU</b>                     | Prontuário<br><b>19609</b>                         |
| Acidente<br><b>MOTO X ANIMAL</b>                      | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>DANIEL CONSERVA ARRUDA</b>   | UF<br><b>PB</b>                                    |
| Data/Hora Classificação<br><b>19/05/2018 14:11:54</b> |                                          | Nº Cons. Regional<br><b>11134/PB</b>            | Data/Hora Prescrição<br><b>19/05/2018 15:40:31</b> |

## Anamnese

Paciente com história de cirurgia prévia no femur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda. queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do membro  
estado geral comprometido, hipocorado, eupneico,

PACIENTE COM DOR A PALPAÇÃO DE MIE

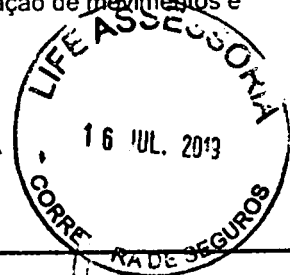
RX MONSTRANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO A CIMA DA PLACA

CD:

CENTRO CIRURGICO TRAÇÃO

## Conduta

Em observação

Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

ADRIANO CAMELO DA SILVA

DANIEL CONSERVA ARRUDA  
(CRM: 11134/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

|                                                       |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>ADRIANO CAMELO DA SILVA</b>            |                                          | BAE<br><b>1083111</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>19/05/2018 14:11:54</b> | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>07/04/1988</b>               | Idade<br><b>30a 1m 12d</b>               | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS<br><b>898001953846582</b>                   | Telefone de Contato<br><b>(83) 993734683</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DALVA DA SILVA</b>                    |                                          |                                                    |                                                 | Prontuário<br><b>19609</b>                   |
| Endereço<br><b>NOVA VIDA, S/N, SN</b>                 |                                          | Bairro<br><b>CENTRO</b>                            | Município<br><b>PITIMBU</b>                     | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>MOTO X ANIMAL</b>                      | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>DANIEL CONSERVA ARRUDA</b>      |                                                 | Nº Cons. Regional<br><b>11134/PB</b>         |
| Data/Hora Classificação<br><b>19/05/2018 14:11:54</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>19/05/2018 17:49:55</b> |                                                 |                                              |

**Anamnese**

paciente com história de cirurgia prévia no femur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda. queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do membro  
estado geral comprometido, hipocorado, eupneico.

PACIENTE COM DOR A PALPÇÃO DE MIE  
RX MONSTRANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO A CIMA DA PLACA

CD:  
CENTRO CIRURGICO TRAÇÃO

**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA  
CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H  
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

**CUIDADOS**

SSVV + CCGG

**CURATIVO****EXAME LABORATORIAL**

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

UREIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

HEMOGRAMA

**Conduta**

Internar Paciente



Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM 11114



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

|                                                       |                                          |                                                       |                                                 |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>ADRIANO CAMELO DA SILVA</b>            |                                          | BAE<br><b>1083111</b>                                 | Data/Hora Entrada<br><b>19/05/2018 14:11:54</b> | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>07/04/1988</b>               | Idade<br><b>30a 1m 12d</b>               | Sexo<br><b>Masculino</b>                              | CNS<br><b>898001953846582</b>                   | Telefone de Contato<br><b>(83) 993734683</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DALVA DA SILVA</b>                    |                                          |                                                       |                                                 | Prontuário<br><b>19609</b>                   |
| Endereço<br><b>NOVA VIDA, S/N, SN</b>                 |                                          | Bairro<br><b>CENTRO</b>                               | Município<br><b>PITIMBU</b>                     | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>MOTO X ANIMAL</b>                      | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO</b> |                                                 | Nº Cons. Regional<br><b>3945/PB</b>          |
| Data/Hora Classificação<br><b>19/05/2018 14:11:54</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>19/05/2018 14:22:22</b>    |                                                 |                                              |

## Anamnese

paciente com história de cirurgia prévia no fêmur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda, queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do membro  
estado geral comprometido, hipocorado, eupneico,  
torax ndn  
abdome m ndn.  
crânio: ndn.

HD: FRATURA DE FEMUR ESQUERDO(RE-FRATURA).

ALTA DA CIRURGIA GERAL

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)  
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

## CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

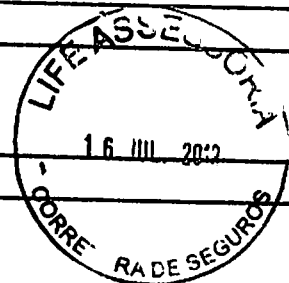
RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

## CID10

| Código | Descrição                   |
|--------|-----------------------------|
| S72.3  | Fratura da diáfise do fêmur |

## Conduta

Em observação



ADRIANO CAMELO DA SILVA

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO  
(CRM: 3945/PB)

FFTE.80r

1940

Paciente: Debra de Castro da Silva 12  
 Procedimento: no. cr. tracheostomia e traqueostomia

et metit in a. r. t. (p. 100) et

Mr. Carlos Affronte, Jr. Selin Bruno

[illegible]

Dr. Carlos Alberto N. Villar  
Traumología / Traumatología  
444-55-9802 (Rafael 27641  
1401 1343)

ASSINATURA EMBRANCA - COREX

ASSINATURA CIRCOLO MAGGIORE

ENCLOSURE



SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha  
1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HIO P

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HIO P

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adriano Carneiro de Siqueira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1083333

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO  
N° DO TELEFONE

DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

cx 4,5

Placa de P. briga de 10 pontos (ob.)

Permissão articular n° 30/3 - 32/4 - 34/3 - 36/3 - 38/3

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
22/05/18

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

45 - CDD ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



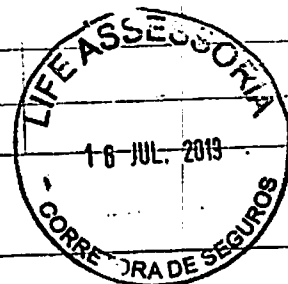
# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Adriano Camelo da Silva BE/Prontuário: 1093111  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1 / 1 / \_\_\_\_\_  
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Tratamento de fratura de fêmur  
Cirurgião: Dr. Marcelo 1º Assistente: Dr. Zeno  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: Local Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório    | CID |
|-------------------------------|-----|
| <u>S. de fratura de fêmur</u> |     |
|                               |     |
|                               |     |
|                               |     |
|                               |     |
|                               |     |
|                               |     |

| Procedimentos Cirúrgicos              | Código |
|---------------------------------------|--------|
| <u>Tratamento de fratura de fêmur</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

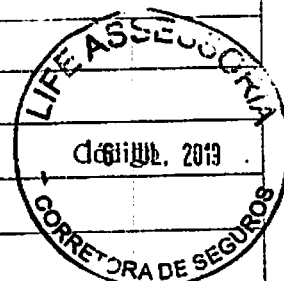
Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Nome: Feliciano Cordeiro de Almeida BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1 / 1 / 1  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Femur de Fêmur  
 Cirurgião: D. Carlos 1º Assistente: D. Jairo  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: ---  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|----------------------------|-----|
| <u>Femur de Fêmur</u>      |     |
|                            |     |
|                            |     |
|                            |     |
|                            |     |
|                            |     |
|                            |     |

| Procedimentos Cirúrgicos |  |
|--------------------------|--|
| <u>RATF</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

João Pessoa,    /    /   

Médico/CRM: \_\_\_\_\_





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Formulário 100

Número: 1083441  
Paciente: Arturino Camilo da Silva  
Procedimento: Tratamento ortodôntico em HIG  
SUS: Y NED SUS: 1  
Vencido: Maio + Junho (12)  
Proprietário: 1083441  
Data: 19/05/18  
Fornecedor:   
Cálculo Provisório:

DISPENSÇÃO CME

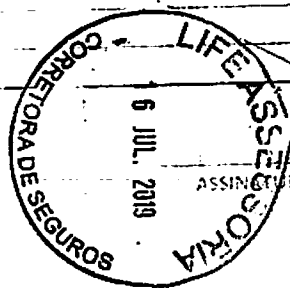
| Fornecedor       | Descrição do Produto                | Quantidade | Código SUS | Marca |
|------------------|-------------------------------------|------------|------------|-------|
| <u>Art Inter</u> | <u>CD Elástico de Estanho M=4,0</u> | <u>01</u>  |            |       |
|                  |                                     |            |            |       |
|                  |                                     |            |            |       |
|                  |                                     |            |            |       |
|                  |                                     |            |            |       |
|                  |                                     |            |            |       |
|                  |                                     |            |            |       |
|                  |                                     |            |            |       |
|                  |                                     |            |            |       |
|                  |                                     |            |            |       |

DISPENSÇÃO CME

| Fornecedor       | Descrição do Produto | Quantidade | Código SUS | Marca |
|------------------|----------------------|------------|------------|-------|
| <u>Art Inter</u> |                      |            |            |       |
|                  |                      |            |            |       |
|                  |                      |            |            |       |
|                  |                      |            |            |       |
|                  |                      |            |            |       |
|                  |                      |            |            |       |
|                  |                      |            |            |       |
|                  |                      |            |            |       |
|                  |                      |            |            |       |
|                  |                      |            |            |       |

Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM 11134



ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Andreza Bezerra D.R. Silva  
Téc. em Enfermagem  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

(RNG) APC 1134

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Antebraço sup. lav  
P/L DPH  
anestesia local  
antissepsia e drapejo

Incisão:

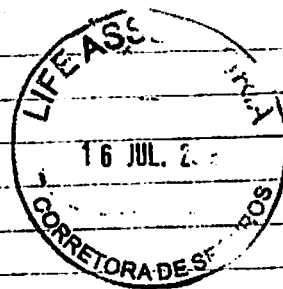
Princípio de T.C. 4cm em P/L DPH  
curva 180°

Po. contendo

Achados:

FK 4x2cm fístula

Conduta:



Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

  
Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM 11134

João Pessoa, 14/07/2014



# FICHA DE ANESTESIA

PRONTUARIO:

DATA: 22/05/12

1083111

PACIENTE: ADRIANO CARLOS DA SILVA SEXO: M COR: BRN IDADE: 39 ANOS

TEMPERATURA: 36,5°C RESPIRAÇÃO: 18/min PESO: 75kg GRUPO SANGÜÍNEO: A Rh+ RISCO CIRÚRGICO: (X) BOM ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: AP. RESPIRATÓRIO: (X) AP. CIRCULATÓRIO: (X)

AP. DIGESTIVO: (X) ESTADO MENSTRUAL: LOTE: VPM

PRE-ANESTÉSICO: Dexametasona 8mg IV de 30

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Fratura da diáfise do fêmur

CIRURGIA REALIZADA: RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE + T<sup>o</sup> CIRÚRGICO DE FÊMUR

CIRURGIÃO: Dr. Carlos A. Soares de Sávio

TIPO DA ANESTESIA: 10:30h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: VALORES RS

ANESTESISTA: L. M. F. VALE + CH (590.282.144-91) CRM-RS 4229

DATA: 22/05/12

LOCAL: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30

PROFESSOR: 11:30



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - FONE

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - CID

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA Nº)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD IGSS MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)



21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - COD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - COD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - COD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - QDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Obtido de Steiman n.º 4,0.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DO REGISTRO DO CONSELHO

( ) CNS ( ) CPF

44 - CRM

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

NECIVALDO LOURENÇO DOS SANTOS

RUA DA BICA, S/N - TAQUARA  
PITIMBU / PB CEP: 58324000 (AO 18)

Ligação: MONOFÁSICO  
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Rotelro: 6 - 19 - 210 - 1470  
Medidor: 00008183773  
Referência: Jul / 2018  
Emissão: 11/07/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 027 808 499  
Cód. para Deb. Automático: 0001435 1315

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a  
Jul / 2019

Apresentação  
11/07/2019

Data prevista da  
próxima leitura  
12/08/2019

CPF/ CNPJ/ RANI  
763.016.404-68  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1436131-5

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
[saude.gov.br/vacinabrasil](http://saude.gov.br/vacinabrasil)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0239 922/19 3 - CPF da vítima: 097.198.404-03 4 - Nome completo da vítima: Adriano Camelo de Silva

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

5 - Nome completo: Adriano Camelo de Silva 6 - CPF: 097.198.404-03  
7 - Profissão: Regr de bica (NOVA DESCOBERTA) 9 - Número: 3/N 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: 10 euaux 12 - Cidade: Pitimbu 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58324000  
15 - E-mail: - 16 - Tel.(DDD): 83491929028

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: -  
18 - CPF do Representante Legal: - 19 - Profissão do Representante Legal: -

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRANDESCO

AGÊNCIA: 1800 7 CONTA: 0536380 2  
(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: -  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: - 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: -  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: - Falecidos: - 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: - Falecidos: - 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: -

CPF: -

39 - 2ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

16 JUL. 2019

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 06-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 07769.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07769.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:53 horas do dia 12 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Adriano Camelo da Silva**, CPF nº 087.198.404-03, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Eletricista, filho(a) de Maria Dalva da Silva e Severino Camelo do Espírito Santo, natural de Pitimbu/PB, nascido(a) em 07/04/1988 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Bica, Nº S/N, tendo como ponto de referência Próximo a Barbearia do Lindo., na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99373-7531.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Zona Rural Próximo a Taquara., Pitimbu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/05/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

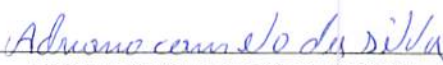
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 19/05/2018 por volta das 12:30 horas quando transitava, pelo Zona RURAL da cidade de Pitimbu-PB; nas imediações da Taquara, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS ano e modelo: 2011/2011, de cor vermelha de placa: PEF2455/PB CHASSI: 9C2JC4110BR705826 pertencente ao Sr. Givanildo Nunes da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando, um animal atravessou repentinamente à pista e que o declarante não teve tempo suficiente de frenagem vindo a colidir com o animal; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 19609, FRATURA DE FEMUR ESQUERDO CID S73.2 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO CRM 1873/PB.

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, 12 de julho de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

  
ADRIANO CAMELO DA SILVA  
Noticiante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0239 922/19 3 - CPF da vítima: 097.198.404-03 4 - Nome completo da vítima: Adriano Carmelo de Silva

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

5 - Nome completo: Adriano Carmelo da Silva 6 - CPF: 097.198.404-03  
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua da Bica (MOVA DESCOBERTA) 9 - Número: 311 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: Taquara 12 - Cidade: Pitimbu 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59324000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 991928028

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: Bradesco

AGÊNCIA: 1800 7 CONTA: 0536380 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valnascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha  
16 JUL. 2019  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 06-04-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190430381**

**Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA**

**Data do Acidente: 19/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADRIANO CAMELO DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ADRIANO CAMELO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001800-7**

Conta: **000000536380-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190430381**

**Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA**

**Data do Acidente: 19/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADRIANO CAMELO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190430381                      Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ADRIANO CAMELO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01800-7

CONTA: 000000536380-2

Nr. Autenticação

BRDESCO020820190500000000023701800000000536380236250 PAGO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239922/19

**Vítima:** ADRIANO CAMELO DA SILVA

**CPF:** 087.198.404-03

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

**Data do acidente:** 19/05/2018

**Titular do CPF:** ADRIANO CAMELO DA SILVA

**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

**ADRIANO CAMELO DA SILVA : 087.198.404-03**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019  
Nome: ADRIANO CAMELO DA SILVA  
CPF: 087.198.404-03

ADRIANO CAMELO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190430381 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO CAMELO DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

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

**Data da análise:** 23/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.4,13)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*\*ARTROPLASTIA PRÉVIA P.3

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190430381 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO CAMELO DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

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

**Data da análise:** 23/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*\*ARTROPLASTIA PRÉVIA P.3

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190430381 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO CAMELO DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisária de fêmur esquerdo

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ EM TODA A EXTENSÃO DA COXA ESQUERDA, MARCHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO DE QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS. ENCURTAMENTO < 1,0 CM

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE EM 19-05-2018  
REALIZOU OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO, RECEBENDO ALTA EM 24-05-2018 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.  
FEZ FISIOTERAPIA

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

## 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          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190430381 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO CAMELO DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisária de fêmur esquerdo

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: PRESENÇA DE CICATRIZ EM TODA A EXTENSÃO DA COXA ESQUERDA, MARCHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXO-EXTENSÃO DE QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS. ENCURTAMENTO < 1,0 CM

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE EM 19-05-2018  
REALIZOU OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO, RECEBENDO ALTA EM 24-05-2018 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.  
FEZ FISIOTERAPIA

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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          |

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Adriano Carneiro de Silva

DATA DO ACIDENTE 09.05.2019 CPF DA VÍTIMA 087.999.404.03

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É Rua de bica 1 nove dezoenta 1

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua de bica 1 nove dezoenta 1

Nº 511 COMPLEMENTO - BAIRRO Taquara

CIDADE Pitimbu UF PB CEP 58324000

E-MAIL - TELEFONE (83) 991968023

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30-07-2019

IDENTIDADE 3343 689

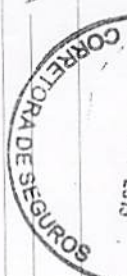
ASSINATURA Adriano Carneiro de Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 16 JUL. 2019

NOME

ASSINATURA





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

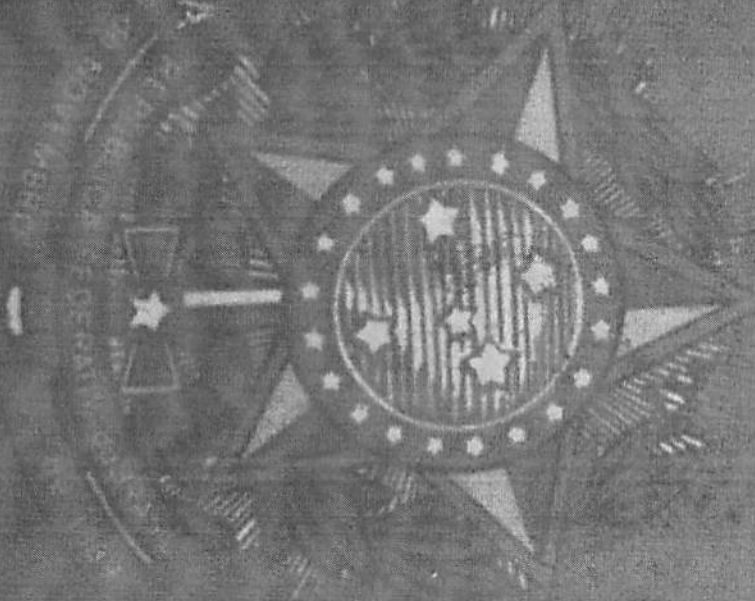
**087.198.404-03**

Nome

**ADRIANO CAMELO DA SILVA**

Nascimento

**07/04/1988**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190430381**

Nome do(a) Examinado(a): **ADRIANO CAMELO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R Da Bica - NOVA DESCOBERTA, SN - TAQUARA - Pitimbu - PB - CEP 58324-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3343689**

Data e local do acidente: [ **19/05/2018** ] **PITIMBU-PB**

Data e local do exame: [ **29/07/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**Fratura diafisária de fêmur esquerdo**

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

**ACIDENTE EM 19-05-2018 AO EXAME :PRESENÇA DE CICATRIZ EM TODA EXTENSÃO DA COXA ESQUERDA ,MACHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO DE 25% DE FLEXO EXTENSÃO DE QUADRIL E JOELHO E. ENCURTAMENTO**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**REALIZOU OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO ,RECEBENDO ALTA EM 24-05-2018 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. FEZ FISIOTERAPIA**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**LIMITAÇÃO MOTORA**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

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

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ☒ ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB