



19/08/2020

Número: **0800897-17.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SANDOVAL GUEDES RIBEIRO (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33372866	19/08/2020 11:44	2741988_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11602999

A/C: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170477573 ASL-0335805/17

Vítima: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Data Acidente: 07/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00205/00206 - carta_01



Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2017

Carta nº: 11619308

A/C: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Sinistro: 3170477573 ASL-0335805/17
Vítima: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO
Data Acidente: 07/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00009/00010 - carta_02



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11735724

A/C: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Sinistro: 3170477573 ASL-0335805/17
Vitima: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO
Data Acidente: 07/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Valor: R\$ 4.387,50

Banco: 104

Agência: 000001374

Conta: 000000116768-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.387,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autônoma 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01475/01476 - carta_15R

00030738





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SANDRO VAL GUEDES RIBEIROPORTADOR(A) DO RG Nº 3779 9565 EXPEDIDO POR SSP-PA EM 03/04/17 ECPF (518033829-13) / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO maestre de drE RENDA MENSAL DE R\$ trêscentos NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Sandroval Guedes Ribeiro AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 0001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00000000000000000000

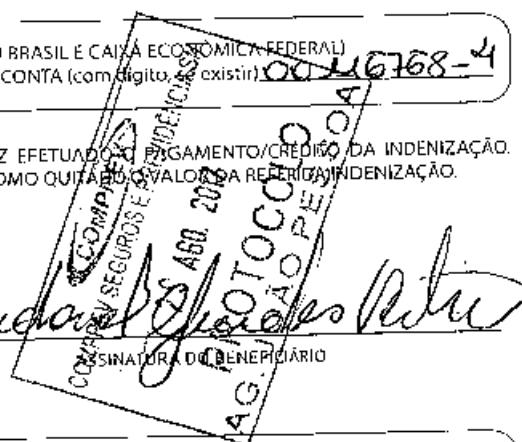
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1391 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00000000000000000000

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Guarebino, 03 de outubro de 2016

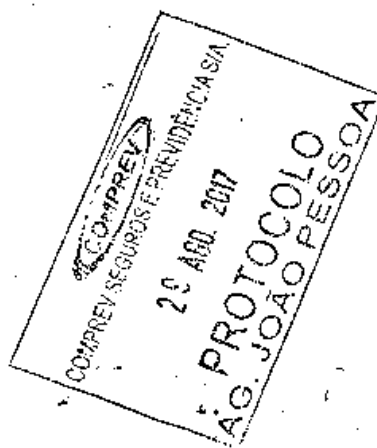
LOCAL E DATA



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa



GOVERNO
DA PARAÍBA



Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04435.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04435.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 05 dias do mês de Outubro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigação, às 10:52 horas, compareceu **SANDOVAL GUEDES RIBEIRO**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão MESTRE DE OBRAS, naturalidade Guarabira/Paraíba, data de nascimento 05 de Fevereiro de 1966, idade 50, filiação VALDETE GUEDES e SEBASTIÃO GALDINO RIBEIRO, Documento - CPF: 518.433.824-15, residente R. BRAULIO MARTINS, 126[NÃO INFORMANDO], Centro, na cidade de Guarabira/PB, telefone (83) 98887-9399.

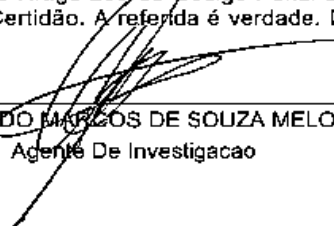
Dados dos Fatos:

(1) - Local: [NÃO INFORMADO], número: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Centro, Baía da Traição - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 07/09/16 14:00

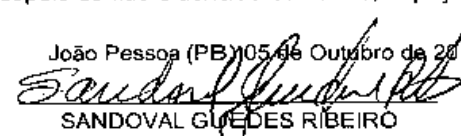
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

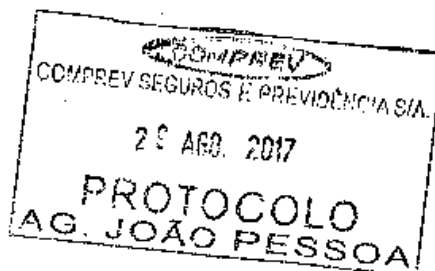
Que, no dia 07/09/2016, por volta das 14:00 horas quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESI, ano 2009/2010, de cor vermelha, placa NQJ4460/PB, chassi 9C2KC1550AR020814, Registrada em nome de José Romualdo da Silva, por uma rua no Arco de entrada da cidade de Baía da Traição/PB, o notificante informa que desmaiou quando conduzia a motocicleta, perdendo o controle de direção caindo ao solo, e em decorrência desse fato sofreu Traumatismo Craniano, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma, Senador Humberto Lucena, nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente De Investigação

João Pessoa (PB) 05 de Outubro de 2016


SANDOVAL GUEDES RIBEIRO
Notificante



Procedimento: 04435.01.2016.1.91.000





DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Sandoval Guedes Ribeiro, portador da carteira de identidade nº 33799565 e inscrito no CPF sob o nº 518.433.824-15 residente e domiciliado na Brasília Martins, 126 - 5^{ta} Tereremha, Cidade Guarabira, Estado Paraíba, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

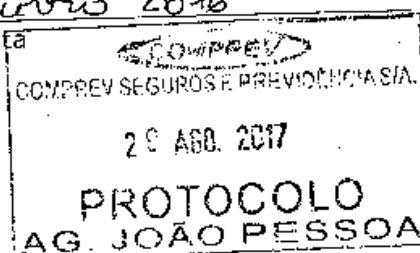
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

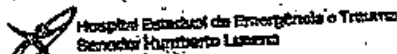
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sandoval Guedes Ribeiro
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Guarabira, 03 outubro 2016

Local e data

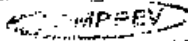




GOVERNO DA PARAIBA

Bolstirn de Atendimento: 845761



Identificação do paciente			
ID 1078061	Nome SANDOVAL GUEDES RIBEIRO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 01/01/1984	Idade 62 anos 8 meses 6 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe VALDETE GUEDES		Pai SEBASTIAO GALDINO RIBEIRO	
Escolaridade NAO INFORMADO		Responsável (Parentesco) CELIO GALDINO RIBEIRO - IRMAO(A)	
DDD Móvel 63	Fone Móvel 988622654	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência MANANGUAPE		Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade GUARABIRA	CSOR	
Endereço			
CEP 58200000	Município de residência GUARABIRA	UF PB	Logradouro BRAULIO
Número 126	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 07/09/2016 19:47:38	Número da pulseira 100005648549	Convênio SUS	
Especialidade TRAUMATOLOGISTA		Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Centro de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou SAMU	
Sinais Vitais			
PA	X mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Rio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos		 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A. 20 AGO. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Diagnóstico Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA SOUSA		CID Tempo 03min 28seg	

TO: AERAFIA
 de: Trans
 11/09/2010

TOMOGRAFIA
DEET PACC
DATA: 08, 09, 16
07/09/2016

07/09/2016 19:



08/09/20

14:00

Sondoul, 52 anos

Último de acidente motociclístico com TCE, ontem à noite. Relato de confusão mental.

Exame: Glasgow 14

Pupilo no/peto

Movimentando os 4 membros

TC de crânio

HSA T

Pequena contusão temporal D.

g - Internação

- Liberado para procedimento ortopédico com bloqueio local ou anestesia geral.

- Acompanhamento conjunto com Neurocirurgia e Ortopedia

- Suporte clínico + observação neurológica

Leonardo da Costa Matias
Neurologia
CRM - PB 2028



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: 22/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.387,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01374

CONTA: 000000116768-4

Nr. da Autenticação 85FE8F9E109B37F6



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sandoval Guedes Ribeiro

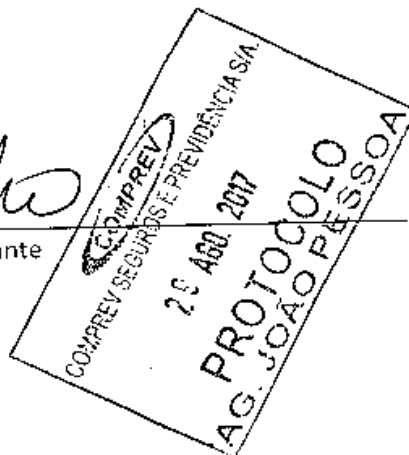
RG nº 377995 65, data de expedição 03/04/2017,
Órgão SSP-PB, CPF nº 518.433.824-15, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

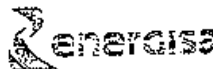
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Braulio Martins</u>
Número	<u>126</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>5ª Ten Zinha</u>
Cidade	<u>Guarabira</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58200000</u>
Telefone de contato	<u>83-9342-1170/99105-5363/3512-8500</u>
E-mail	<u>alexandrecesarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guarabira / PB, 03/10/2016

Sandoval Guedes Ribeiro
Assinatura do Declarante





GUARAPÁ / PPEC - 920600 (AG-42)

ENERGIA PARALISA - CONTRATADO DE ENERGIA S

CriarSubsc: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASEO 220V X=26-Carta Rescatador: 28/07/2007 PE-DEF 28/07/2007
Relatório: 22-25-9930 Referência AGC 2017
M medidas: 00001224287 Emissão AGC 28/07/17

Note que não consta de energia e emissão 000001 05

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196. Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima leitura:	CPF/ CNPJ/ RANI:
--------------------	---------------	-----------------------------------	------------------

Ago / 2017 08/08/2017 05/09/2017 36759643453

UC (Unidade Consumidora): 5/49804-8

Canal de contacto

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Letra	Data	Letra						
06/07/11	2324	06/06/17	23453						
Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Taxa Unit.	Valor Base (R\$)	Alfa. Mens (R\$)	Base Calc. (R\$)	Parcela (R\$)	Base Calc. (R\$)	Coef. (R\$)
				Parcela (R\$)	CONSUMO	CONSUMO	Parcela (R\$)	CONSUMO	CONSUMO
0501	Consumo em kWh	249,022	0,543780	106,23	106,23	27	43,28	106,23	1,59
0501	Adic. B. Amortiza			5,58	5,58	27	1,50	5,58	0,25
0501	Adic. B. Veremista			2,70	2,70	27	0,75	2,70	0,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0857	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA			13,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0858	JUROS DE MORA 07/2017			2,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0858	JUROS DE MORA 07/2017			0,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0858	MULTA 05/2017			4,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0858	MULTA 07/2017			3,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCB Código de Classificação do Item	TOTAL	190,39	199,59	45,51	189,59	1,93	1,94
Medida elétrica (kWh)	VENCIMENTO	190,39	TOTAL A PAGAR				
26/08/2017	R\$ 190,39						
Histórico do Consumo (kWh)							

284	330	228	302	366	278	287	334	311	274	228	306
Jan/17	Feb/17	Mar/17	Apr/17	May/17	Jun/17	Jul/17	Aug/17	Sep/17	Oct/17	Nov/17	Dec/17

RESERVED TO DISCO
2650.3a3c.2965.8ef9.57e9.6634.5a7a.903f.

Indicadores de Qualidade			Composição do Custo	
Limites Apurados - Limite de Tensão do ANEEL			Discriminação	Valor (R\$)
DEMONST	5,81	0,00	Sempre de Orig. de Energia/FB	40,38
DE TRIVESTAL	11,92		Consumo de Energia	2,91
DE ANUAL	23,04		Serviço de Transmissão	2,61
DE TRIVESTAL	2,01		Encargos de Distribuição	16,74
DE TRIVESTAL	0,97		Encargos de Perdas e Encargos	2,00
DE ANUAL	12,95		Outros Serviços	2,00
DE TRIVESTAL	0,00		Total	290,39

ATENÇÃO

• Letter to the Editor

100

13

CONFIDENTIAL

SALVAMENTO		TOTAL A PAGAR	
------------	--	---------------	--

Retorno PARADA 28/08/2017 R\$ 190,39

83690000001-6 90390054000-1 00498042017-0 08300220018-0

Valor	%
(R\$)	
45,38	45,38%
55,30	55,30%
2,81	2,81%
14,74	14,74%
10,00	10,00%
100,39	100,00

AT

em anexo

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

29 ABR 2017

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

PAGAR

00,39



Comprovante de residência



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IBGE
CNPJ 15.480.888/0001-90
RUA DO RIO NOVO, 2.245 - JARDIM BOTÂNICO
Cidade de Rio de Janeiro - RJ, CEP 22250-020

JOSE EDUARDO DA SILVA
R. JOAQUIM LACERDA 388
SALA CENTRO
68019-520 JOÃO PESSOA PE

Atendimento Clientes
Atendimento ao Cliente
SA VIVA - 0800 010 0000

RECEBUEIRO
20 Ago 2017
PROTOCOLADO
AG. JOAQUIM LACERDA





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

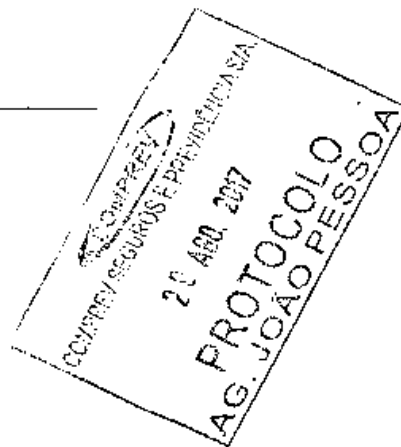
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Saudoual Queiroz Ribeiro do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Saudoual Queiroz Ribeiro, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

[Assinatura]
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do proprietário do veículo

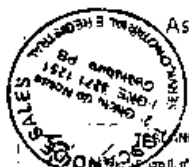
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Romualdo da Silva
RG nº 2520013, data de expedição 14/12/2015
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 040.013.674-08 com
domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Guarani, nº 26,
complemento conduto, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sandoraal Guedes Ribeiro o condutor era
Sandoraal Guedes Ribeiro.

Veículo: moto
Modelo: HONDA/CG 150 FAN
Ano: 2009/2010
Placa: NQ34460/PB
Chassi: 9CAKC1550APD20814
Data do Acidente: 07-09-2016
Local e Data: Guarabira, 14-10-16

Assinatura do Declarante

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



TESTAMENTO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDRIA TOSCANO DE SALES - TITULAR
Cano II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (33) 3273-1251

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....
JOSE ROMUALDO DA SILVA.....
Em test, da verdade. Guarabira-PB 14/10/2016 10:25
Romero Fernandes Costa Filho - Escrevente
(2016-008557) JENR:RS XB,49, CARPENTER, 0,25, FEE:10,11, 0,19, 0,42
SELO DIGITAL: AEB91549-NOTE- TOSCANO DE SALES
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Wardria Toscano de Sales
Tabelante



LAUDO MÉDICO

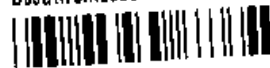
INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE SANDOVAL GUEDES RIBEIRO
DATA DE NASCIMENTO 05/02/86
NOME DA MÃE VALDETE GUEDES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 945.761
Nº PRONTUÁRIO 97.401
DATA DO ATENDIMENTO 07/09/16
HORA DO ATENDIMENTO 19:47

Documentação médico-hospitalar



MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) + CONTUSÃO CEREBRAL TEMPORAL D (PEQUENA) + HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE TRAUMÁTICA + LUXAÇÃO ESPOSTA DO 5º METACARPO E

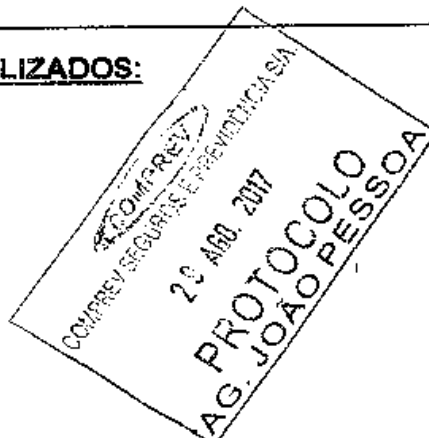
CID 10 S 01.7 + S 06.3 + S 06.6 + S 63.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando TCE com relato de agitação mental + trauma de face com vários ferimentos, além de fratura exposta em mão E. Glasgow 12. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX da mão E - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Contusão cerebral temporal D (pequena) + hemorragia subaracnóide traumática à TC do crânio. Luxação exposta do 5º metacarpo E ao RX. Sem alteração à TC da face, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Rômulo Castro.

ALTA HOSPITALAR: 13/09/16
DATA DA EMISSÃO: 20/02/17

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





Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

150233640546
SINDOMIO GUEDES RIBEIRO
DT. NASC.: 01/01/1994
NRE: VALDOTE GUEDES
END.: BRASILEIRO
N. 125 - CENTRO
SUPERIOR
POREI (1)
CELULAR: (62) 998522594
IDONE: 02
DT. EXTERNA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Ator de acidente a motocicleta apontando
frente em face e fútil exposto na mas
argente. Parado agitado e mas catabolismo

AME PRIMARIO

AS ☒ Nervias ☐ Obstruídas
AÉREAS ☒ Sim ☐ Não
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
2- RUÍDOS
☒ Sim
HTD: ☒ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
HTE: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
imp S₂O₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RITMO: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
SÚLHAS: ☒ Normotônicas ☐ Hipotônicas
☐ Hipertônicas ☐ Ausente
SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU B4: ☐ Sim ☐ Não
FC: ____ bpm. PA: ____ X ____ mmHg T: ____ °C
ECG: _____

ABDOMEN:

Pleno a palpau

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = ____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:		12			

F(NG).CC.001-1

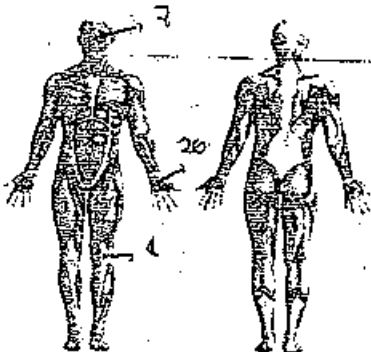


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: () Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: () Não () Sim: _____
 PATOLOGIA: () Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Insurgimento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendonária |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efusão subcutânea | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encaixado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Parestia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corte-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias () Lavado peritoneal
 () Ultrassonografia (FAST) () Gasometria arterial
 () Tomografia computadorizada () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>Intubação</i>		<i>[Assinatura]</i>
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da *Outra pessoa* / *Nenhum* às _____ do dia ____
 Solicito parecer da *Outra pessoa* / *Nenhum* às _____ do dia ____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

() Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor) _____
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavaliar () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

FINGI.CC.DD1-1

PRZEWODNIK
ELETRICIDADE

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

122255240846 BE: 845761
SANDRAVAL GUEDES RIBEIRO
DT. NASC.: 01/01/1954
NOME: VALDETE GUEDES
END.: BRASLIA
N. 125 - CENTRO
GARAFIADA
FONE: (61)
CELULAR: (61) 325522664
IDADE: 62
DT. ENTRADA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08.09.16	00:50	π BMT = Paciente admissa de acidente motorizado há aproximadamente 06 horas (S.T.C) No momento apresenta-se desorientado, agitado e com dor em uma das pernas. Paciente não apresenta a avaliação clínica, realização de exames e coleta de sangue em laboratório. C.O. @ Aguardo melhora de quadro clínico para neurologia da BMT. Roberto Silva CRO 4041
10/09/16	2:40	BMT Paciente em B.E.G. suturas em pontos. Permeando em perfuração dos rins de urina, gelado com queimação de urina. C.O. @ Aguardo liberação da dor por imobilização por meio de BMT Orlando Ruy L. Mendonça Cirurgia e Traumatologia Belo Horizonte - Minas Gerais CRO 4145
11/09/16	09:00	Paciente em B.E.G. e aguardando aguardando cirurgia. Orlando Ruy L. Mendonça Cirurgia e Traumatologia Belo Horizonte - Minas Gerais CRO 4145

F(NG).ENF.018-1

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
11-09-2016		3. Social Ossinado pelo de Responsa- bilidade p/ Pacientes Maiores e Capazes. Exercido o plantão No.
		<i>Atividade</i>
		BME 31/09/16 Plantão em sistema de de 12h, com período de 12h horas de trabalho para prevenir
		<i>Atividade</i>
		31/09/16 Plantão realizado após retorno do aluno a partir de sua retirada do trabalho, retornando de novo, retornando, sendo, por isso.
		<i>Atividade</i>
		<i>Atividade</i>

(NG).ENF.018-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HISTÓRICO

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/07/16	16:40	#B.M.F.# Paciente vítima de acidente me- cânico. Encontra-se lucido orientado ao exame clínico de FCC. apresenta Ed. em osso parietal @, equimose peri-orbita- l @, F.C.C. em face anterior, escoriações na tórax. Acidente ve- hicular, vítima de colisão com sujeito desconhecido, via aérea permeável, vitalidade mandibular preservada. Ao exame de imagem apresenta fratura de corpo lateral d. orbita @ - perf. posterior de sela (explor @) C.D. @ Resposta após Admissão Grupo de Alergia @ Ruptura d. Sutura
11/07/16	14:00	#NCR de H&A - contusões temp- Clinicamente estável sem intercorrências Evolução sem déficits novos TCC de controle com mínimas contusões temporais (D) em recheck em: TCC - NCR

Dr. George A. C. Mendes
Neurocirurgia / Neurologia
Intervencionista
CRM-PB 8348

F(NG).ENF.018-1



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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>SUELIO MOREIRA TORRES</u>			Registro:		
Idade: <u>30</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica: <u>EMF</u>	EMP:	LR:
Data: <u>08.09.16</u>	Cirurgião: <u>Dr. SUELIO</u>		1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo de Anestesia: <u>Local</u>	Hora Início: <u>16:45</u>	Hora término: <u>17:00</u>	

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<u>MÚLTIPLOS FERIMENTOS EM FACE</u>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<u>Sutura em face</u>	

Acidente durante ato cirúrgico	Descreva:
1º sim 2º não	
Biopsia de congelação:	1º sim 2º não
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1º enfermaria 2º terapia intensiva 3º residência 4º óbito durante ato cirúrgico

<u>08 109 1206</u>
João Pessoa - Data

<u>SUELIO MOREIRA TORRES</u> Ass. do Médico / CRM
--



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) PACIENTE EM DDH

2) LUXOTOMIA

Incisão:

3) APÓS O CAMPO OPERATORIO

4) HASTAS COM ACESSO COM VASO

Achados:

5) SUTURA POR PULOS AUTOMÁTICOS

6) RETORNO DE CAMPO OPERATORIO

Conduta:

7) PACIENTE LUXOTOMIA AO ILPP

Fechamento:

Observação:

Data, João Pessoa

08 de SETEMBRO de 2016

Assinatura/carimbo

Adriano
Bucur
CRES 1.70.655.405.440.005
CRO 2442/PB





RELATÓRIO DE CIRURGIA

REVISÃO

Nome: 49 anos m Bruno Ribeiro BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução da luxação do 5º dedo mão (D)
Cirurgião: Dr. Bruno 1º Assistente: Dr. Martins (R3)
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. (R6)
Tipo de Anestesia: Analgesia Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>1) Luxação de articulação metacarpal-falange proximal do 5º dedo da mão (D) + Luxação distal</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>1) redução luxação do 5º dedo distal</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensiva ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Nathan Vazart
CRM 196

João Pessoa, 08/09/16

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

8

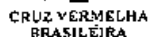
NOME DO PACIENTE: <u>Enondal Guedes Ribeiro</u>		ENFERMARIA: _____		LEITO: _____	
IDADE: <u>30</u> DE <u>QUATRO</u>					
CIRURGIÃO: <u>Dr. Ronaldo + Dr. Matheus + Dr. Adriano Guimarães</u>					
ANESTESIA: <u>Local</u>					
ANESTESISTA: <u>Dr. Selenus</u>					
INSTRUMENTADOR: _____					
DATA: <u>08/08/2020</u>		CIRURGIA: <u>16-440 - T 17:00 - 2</u>			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASA V ()					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.					
ALFENTANIL		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
RUPIVACAÍNA ISOSARICA		HELCO Nº 20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA PESADA		HELCO Nº 21		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
CETAMINA		HELCO Nº 22		FIO DE ACO Nº	
PROPÉRIDOL		HELCO Nº 23		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº 11		FIO DE NYLON Nº	
PENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº 15		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº 23		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA BISTURI Nº 24		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPUPIVACAÍNA S/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº 7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAN		LUVA ESTÉRIL Nº 7,5		FIO POLIGLACTINA Nº	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº 8,0		FIO SEDA Nº	
NIMBÍUM		LUVA ESTÉRIL Nº 8,5		BITA CARDÍACA	
PANCURÔNIO		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PETIDINA		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PROPOFOL		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
RAMIFENTANIL		SCALP Nº 19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ROCURÔNIO		SCALP Nº 21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
AURENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ÁGUA DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12		PRÓTESE VASCULAR	
BEXTRA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14		KIT. PAM	
CEFALOTINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16		FIXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12		EMPRESA	
DIPIRONA SÓDICA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº 14			
EFEDRINA		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
GLICOSE 50%		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
HIIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
ONDASENTRONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
PLASIL		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PROSTIGMINE				EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA				() ASPIRADOR	
TENOXCAN				() BISTURI ELÉTRICO	
				() CAPNÓGRAFO	
				() CÁRDIOMONITOR	
				() DESFIBRILADOR	
				() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCÓPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Maria Elizabeth da S. Pereira
Téc. Anestesiologia
COREN 151004

Dr. Selenus

Form. ASCITE 021-3





PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Sandra G. Ribeiro</u>		SEXO: <u>m</u>	COR: <u>brn</u>	IDADE: <u>30c</u>																																																																																																																																																																																																																		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: <u>110/100</u>	RESPIRAÇÃO: <u>12</u>	TEMPERATURA	PESO																																																																																																																																																																																																																		
ESTADO GERAL () BOM (<u>X</u>) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM (<u>X</u>) REGULAR () MAU () PÉSSIMO																																																																																																																																																																																																																				
EXAMES COMPLEMENTARES																																																																																																																																																																																																																						
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO																																																																																																																																																																																																																				
AP. DIGESTIVO <u>bufo</u>		ESTADO MENTAL <u>1000/1000</u>																																																																																																																																																																																																																				
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA		DROGAS EM USO																																																																																																																																																																																																																				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>ACE / Lipo-fase / Infarto I, 2do mto (E)</u>		ESTADO FÍSICO (ASA)																																																																																																																																																																																																																				
CIRURGIA REALIZADA <u>Pro. de crânio + sutura de face</u>																																																																																																																																																																																																																						
CIRURGIÃO <u>Ribeiro, son</u>		AUXILIARES <u>Adriano / ma. fab.</u>																																																																																																																																																																																																																				
INÍCIO DA ANESTESIA <u>15:10</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA																																																																																																																																																																																																																		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS																																																																																																																																																																																																																		
ANESTESISTA <u>Clóvis Aratani</u>		CPF		CRM-PB <u>10-297</u>																																																																																																																																																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>ANESTESIA</td> <td><u>15:50</u></td> <td><u>16</u></td> <td><u>30</u></td> </tr> <tr> <td>O₂</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N₂O</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LÍQUIDOS VENDIDOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANESTESIA X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSUMO CÍRURGIA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P. ARTERIAL SISTÓLICA V. DIÁSTÓLICA V.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANOTAÇÕES</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					ANESTESIA	<u>15:50</u>	<u>16</u>	<u>30</u>	O ₂				N ₂ O				LÍQUIDOS VENDIDOS				ANESTESIA X				CONSUMO CÍRURGIA				P. ARTERIAL SISTÓLICA V. DIÁSTÓLICA V.				ANOTAÇÕES																																																																																																																																																																																					
ANESTESIA	<u>15:50</u>	<u>16</u>	<u>30</u>																																																																																																																																																																																																																			
O ₂																																																																																																																																																																																																																						
N ₂ O																																																																																																																																																																																																																						
LÍQUIDOS VENDIDOS																																																																																																																																																																																																																						
ANESTESIA X																																																																																																																																																																																																																						
CONSUMO CÍRURGIA																																																																																																																																																																																																																						
P. ARTERIAL SISTÓLICA V. DIÁSTÓLICA V.																																																																																																																																																																																																																						
ANOTAÇÕES																																																																																																																																																																																																																						
☐ ANESTESIA GERAL ☐ RACIUDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☒ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS																																																																																																																																																																																																																						
TÉCNICA <u>BL. Nervo ulnar (E)</u>																																																																																																																																																																																																																						
<table border="1"> <tr> <td>QUANTIDADE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>CL. CODE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NOME</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SERIAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PREZ.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DESTINO DO PACIENTE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ APT</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ UTI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ OUTROS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					QUANTIDADE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	CL. CODE																					NOME																					SERIAL																					PREZ.																					TOTAL																					DESTINO DO PACIENTE																					☐ APT																					☐ UTI																					☐ OUTROS																				
QUANTIDADE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																																																																																																																																																																																		
CL. CODE																																																																																																																																																																																																																						
NOME																																																																																																																																																																																																																						
SERIAL																																																																																																																																																																																																																						
PREZ.																																																																																																																																																																																																																						
TOTAL																																																																																																																																																																																																																						
DESTINO DO PACIENTE																																																																																																																																																																																																																						
☐ APT																																																																																																																																																																																																																						
☐ UTI																																																																																																																																																																																																																						
☐ OUTROS																																																																																																																																																																																																																						
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO																																																																																																																																																																																																																						
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><u>Lido 150</u></td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><u>15ml</u></td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><u>cateter 28</u></td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td>20</td> </tr> </table>					1	<u>Lido 150</u>	11	2	<u>15ml</u>	12	3	<u>cateter 28</u>	13	4		14	5		15	6		16	7		17	8		18	9		19	10		20																																																																																																																																																																																				
1	<u>Lido 150</u>	11																																																																																																																																																																																																																				
2	<u>15ml</u>	12																																																																																																																																																																																																																				
3	<u>cateter 28</u>	13																																																																																																																																																																																																																				
4		14																																																																																																																																																																																																																				
5		15																																																																																																																																																																																																																				
6		16																																																																																																																																																																																																																				
7		17																																																																																																																																																																																																																				
8		18																																																																																																																																																																																																																				
9		19																																																																																																																																																																																																																				
10		20																																																																																																																																																																																																																				
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES																																																																																																																																																																																																																						
<u>Clóvis V. Aratani</u> Médico Anestesiologista CRM 10.297/PB																																																																																																																																																																																																																						



 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA		LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA	
SANDOVAL, GUEDES RIEIRO		REGISTRO 945761	
SEXO MASCULINO	COR	CURSA NEUROCIRURGIA	RESL. 1 EPITIO 1
DATA DE ADMISSÃO 07/09/2016	DATA DE ALTA 13/09/2016	TEMPO DE INTERNAÇÃO 9	
TRAUMATISMO CRANIANO/CONTUSÃO CEREBRAL		VALOR \$46,9	
HSA TRAUMÁTICA			
TC CRÂNIO: PEQUENA CONTUSÃO TEMPORAL, DIREITA, HSA TRAUMÁTICA, SEM DESVIO DA LINHA MÉDIA OU EFEITO COMPRESSIONÁRIO			
PACIENTE APRESENTOU BOA EVOLUÇÃO NEUROLÓGICA DURANTE SEGUIMENTO. AFEBRIL			
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMATISMO CRANIANO			
GLASGOW 15, SEM DEFICIT FOCAL			
ORIENTADO SOBRE NECESSIDADE DE RETORNO AMBULATORIAL			
ALTA PARA SEGUIMENTO MÉDICO NO HTOP (AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA)			
ORIENTAÇÕES POS ALTA			
DIETA:	LIVRE		
REPOUSO:	Retorno ao trabalho por 30 dias Retorno às atividades com esforço físico em 60 dias Retorno às atividades com esforço físico leve em 90 dias e com esforço intenso em 180 dias		
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado"			
Se não se sentir bem, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sen. Humberto Lucena			
MEDICAÇÕES PARA CASA: em anexo.			
RETORNO AO HTOP, AMBULATORIO DA NEUROCIRURGIA (LIGAR PARA AGENDAR) 3214-2911			
RECIBE ALTA DA NEUROCIRURGIA NESTA DATA		DR. EMERSON MAGNO - CRM-6213	
Este documento destina-se à comprovação de internamento hospitalar. Para DMIL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			

Dr. Emerson Magno de Andrade
 NEUROCIRURGIA FUNCIONAL
 CRM-PB 6213



 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA					
CLÍNICA NEUROCIRÚRGICA					
NOME	SANDOVAL GUEDES RIEIRO				
ENF.	6	LEITO	I	DATA	13/09/2016

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR.
SANDOVAL GUEDES RIEIRO ESTEVE INTERNADO
NESTE HOSPITAL DE 07/09/2016 A 13/09/2016
DEVENDO PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 120 DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ALTA HOSPITALAR.
CID: S06.9

Dr. Emerson Magno de Andrade
NEUROCIRURGO FUNCIONAL
CRM-PB 6215

	DR. EMERSON MAGNO CRM-PB 6215		
--	----------------------------------	--	--



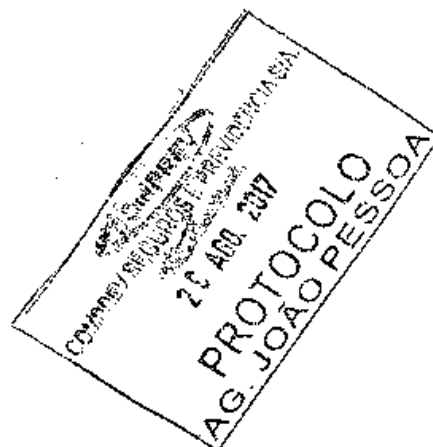
Documentos de identificação



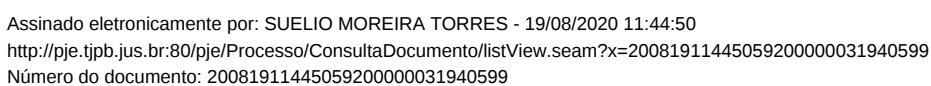
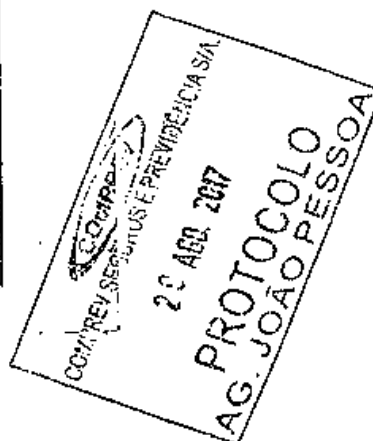
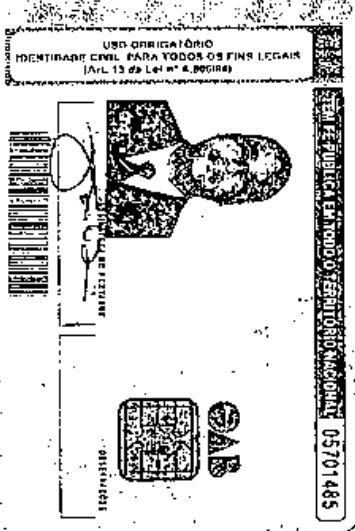
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
SANDOVAL GUEDES RIBEIRO	
	DOC. IDENTIDADE / Org. DOSSIER / LIT 37799565 SSP/SP
	DT. NASCIMENTO 519.433.824-15 05/02/1966
	FILIAÇÃO SEBASTIAO GALDINO RIBEIRO VALDETE GUEDES
	INSCRIÇÃO 01660369584
VALIDADE 03/04/2022	
DATA EXPIRAÇÃO 29/06/2001	
OBSERVAÇÕES	
Assinatura do portador: <i>Sandoval Guedes Ribeiro</i>	
LOCAL SÃO PAULO, SP	DATA EMISSÃO 03/04/2017
Assinatura do emissor: <i>Weli</i> 20708262461 SP650813912	
SÃO PAULO	

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1430535810

PROIBIDO PLASTIFICAR
1430535810



RESEARCH DESIGN



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477573 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO **Data do acidente:** 07/09/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA QUANTO AS POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477573 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO **Data do acidente:** 07/09/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO-FACIAL (FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA E FACE), CONTUSÃO CEREBRAL TEMPORAL DIREITA (PEQUENA), COM HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA TRAUMÁTICA) E FRATURA LUXAÇÃO ABERTA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE CEFALÉIA CRÔNICA, TONTURAS, SÍNCOPEs FREQUENTES E AGITAÇÃO PSICOMOTORA, CONSTATADA NA ENTREVISTA PERICIAL. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MÚLTIPLAS CICATRIZES FACIAIS, SEM REPERCUSSÕES FUNCIONAIS. CICATRIZ CIRÚRGICA NO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM RETRAÇÃO TECIDUAL, PSEUDO ARTROSE E DEFORMIDADE DA FALANGE MÉDIA, LIMITAÇÃO DA FORÇA E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TRAUMA CRANIANO E SUTURAS DA FACE. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E OSTEOSÍNTESE PARA A FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO QUE EVOLUIU COM RETRAÇÃO TECIDUAL, PSEUDO ARTROSE E DEFORMIDADE DA FALANGE MÉDIA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/09/2017

Conduta mantida:

Observações: SEQUELAS PÓS TRAUMÁTICAS DE HEMATOMA SUBARACNOIDE, COM REPERCUSSÕES NA FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. DEFORMIDADE ANATÔMICA E FUNCIONAL DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Luiz Antonio Serodio



Procuração

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Sandoval Guedes Ribeiro
 brasileiro(a), estado civil solteiro profissão
mestre de obra, CI RG nº 37799565
 CPF/MF nº 518.433.824-15, residente e domiciliado(a) à Rua
Braulio Martins, 125 - 5ª Terezinha
 Cidade de Guarabira Estado
Paraíba, CEP: 58200000 telefone
83-99342-1170, 83-3512-8500.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

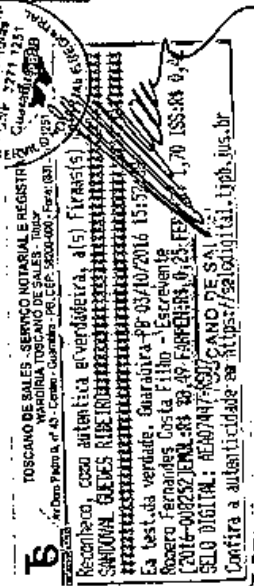
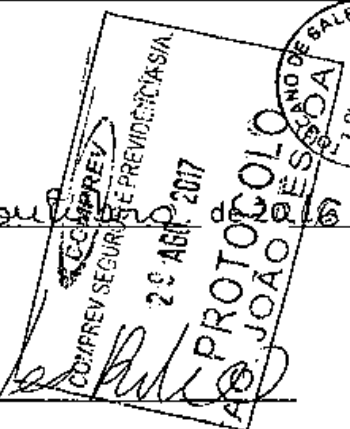
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Guarabira

03 de outubro

2017

Sandoval Guedes Ribeiro
 OUTORGANTE



**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

Nome do(a) Examinado(a): **SANDOVAL GUEDES RIBEIRO** Sinistro: **3170477573** Data: **07/09/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **BRAULIO MARTINS, 126 - STA TEREZINHA - Guarabira - PB - CEP 58200-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / SP**] **37799565**

Data local do exame: [**13/09/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **TRAUMA CRÂNIO-FACIAL (FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA E FACE), CONTUSÃO CEREBRAL TEMPORAL DIREITA (PEQUENA), COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMÁTICA) E FRATURA LUXAÇÃO ABERTA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. A VÍTIMA REFERE CEFALÉIA CRÔNICA, TONTURAS, SÍNCOPE FRAQUENTES E AGITAÇÃO PSICOMOTORA, CONSTATA NA ENTREVISTA PERICIAL. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MÚLTIPLAS CICATRIZES FACIAIS, SEM REPERCUSSÕES FUNCIONAIS. CICATRIZ CIRÚRGICA NO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM RETRAÇÃO TECIDUAL, PSEUDO ARTROSE E DEFORMIDADE DA FALANGE MÉDIA, LIMITAÇÃO DA FORÇA E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TRAUMA CRANIANO E SUTURAS DA FACE. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E OSTEOSSÍNTESE PARA A FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO QUE EVOLUIU COM RETRAÇÃO TECIDUAL, PSEUDO ARTROSE E DEFORMIDADE DA FALANGE MÉDIA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano neurológico, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Sistema Nervoso Central

% do dano: () 10% residual (**X**) 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):
5º quirodáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

SEQUELAS PÓS TRAUMÁTICAS DE HEMATOMA SUBARACNOIDE, COM REPERCUSSÕES NA FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. DEFORMIDADE ANATÔMICA E FUNCIONAL DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.





Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

