
Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111053

Vítima: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Data do Acidente: 06/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

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



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111053

Vítima: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Data do Acidente: 06/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001619-5

Conta: 0000044306-9

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: **057.622.087-61** 3 - CPF da vítima: **057.622.087-61** 4 - Nome completo da vítima: **VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO**

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

5 - Nome completo: **VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO** 6 - CPF: **057.622.087-61**
7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA COMANDANTE MATOS CAMPOS** 9 - Número: **140** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CASTELO BRANCO** 12 - Cidade: **SÃO PESSOA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58050-120**
15 - E-mail: **(083) 98708-8728** 16 - Tel (DDD): **(083) 98708-8728**

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA:
(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: **Sim** **Não** 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 (ou nascidos)? **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

(representado)
(representante)
(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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **São Pessoa, PB, 06/03/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

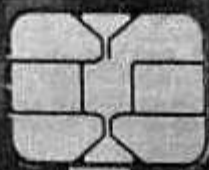
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ourocard

Fácil



International

4851 6430 2264 5853

GOOD
THRU

05/24

VITOR T COIMBRA COM
1619-E 44.306-9

VISA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02460.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02460.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:19 horas do dia 05 de março de 2020, 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 Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Vitor Tadeu Coimbra Conceição**, CPF nº 057.622.087-61, RG nº 123129561 SSP/RJ, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Rosane Fatima Coimbra da Conceição e Cleobolo Vitor da Conceição Filho, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 11/12/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Comandante Matos Cardoso, Nº 140, complemento Casa, bairro Castelo Branco, tendo como ponto de referência Próximo Ao Centro Espirita Nosso Lar, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99933-2500.

Dados do(s) Fatos:

Local: Em Frente Ao Posto de Combustível, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/09/19 00:11h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

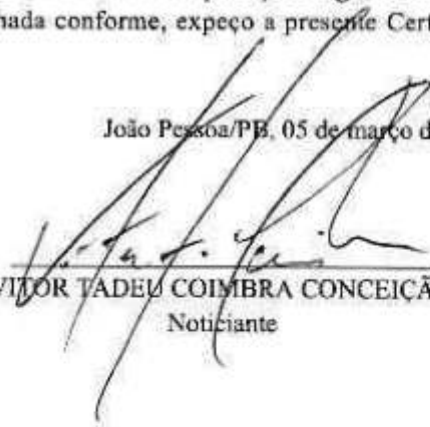
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o seu veículo, uma motocicleta, JTZ/CHOPPER RL ano/mod. 2018/2019, Cor: Vermelha, PLACA: QSH9675/PB, Chassi: 99KPC7LKKM101709, na Av. Pedro II, sentido Torre/Castelo Branco, quando foi efetuar uma ultrapassagem pela esquerda foi surpreendido por outro veículo, que estava em sua frente não dando tempo do noticiante evitar uma colisão, vindo a cair ao solo, que logo após foi conduzido pelo SAMU, até o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi atendido e diagnosticado, com Fratura da Extremidade Superior do úmero Esquerdo - CID: 10 S 42.2 conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Ewerton Noronha Teixeira - CRM: 2516/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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de março de 2020.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO
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: **057.622.087-61** 3 - CPF da vítima: **057.622.087-61** 4 - Nome completo da vítima: **VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO**

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

5 - Nome completo: **VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO** 6 - CPF: **057.622.087-61**
7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA COMANDANTE MATOS CAMPOS** 9 - Número: **140** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CASTELO BRANCO** 12 - Cidade: **SÃO PESSOA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58050-120**
15 - E-mail: **(083) 98708-8728** 16 - Tel (DDD): **(083) 98708-8728**

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** **SEM RENDA** **R\$1.000,00 A R\$1.000,00** **R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00** **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) **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Bradesco (237) **Itaú (341)** **Nome do BANCO: Banco do Brasil**
Banco do Brasil (001) **Caixa Econômica Federal (104)**
AGÊNCIA: 1619 5 CONTA: 44.306 9
(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** **Viuvo** 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: **Sim** **Não** 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 (ou nascidos)? **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

(assinatura legível 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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SÃO PESSOA, PB, 06/03/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

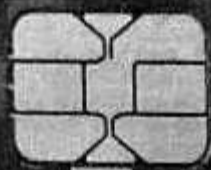
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ourocard

Fácil



International

4851 6430 2264 5853

GOOD
THRU

05/24

VITOR T COIMBRA COM
1619-E 44.306-9

VISA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1188232



Identificação do paciente

ID 1436457	Nome VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO	Sexo Masculino
Data de nascimento 11/12/1985	Idade 33 anos 8 meses 26 dias	Estado civil Religião
Mãe ROSEANE FATIMA DA CONCEICAO	Pai CLEOBULO VITOR COIMBRA DA CONCEICAO FILHO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Celular 83	Celular 999332500	DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 123109561	Nº Cns 702004344886888
Local de procedência BANCARIOS	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade RIO DE JANEIRO	CBO/R

Endereço

CEP 58050120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMANDANTE MATOS CARDOSO
Número 140	Complemento	Bairro CASTELO BRANCO	

Admissão

Data e Hora 06/09/2019 00:11:04	Número da pulseira 1000008106826	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA						Tempo 68seg

Imprimir

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: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01619-5

CONTA: 000000044306-9

Nr. da Autenticação 3821482936F78C01



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO
COMANDANTE MATOS CARDOSO 140 CASA
CASTELO BRANCO
JOAO PESSOA - PB
58050.120



5013196987419990000000845630161019



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO
DADOS DE NASCIMENTO 11/12/85
NOME DA MÃE ROSANE FÁTIMA COIMBRA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.188.232
Nº PRONTUARIO 117.921
DATA DO ATENDIMENTO 06/09/19
HORA DO ATENDIMENTO 00:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO E
CID 10 S 42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), encaminhada UPA 24h de João Pessoa/PB, apresentando trauma isolado no ombro E com dor e limitação dos movimentos, Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do ombro E
RX do ombro E - AP e Oblíquo

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade superior do úmero E à TC e RX. Realizado internamento para tratamento cirúrgico, mas optado por manipulação articular e tratamento conservador pelo Dr. Tammer Moraes e Dr. Teófilo Vanomark da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 27/09/19
DATA DE EMISSÃO: 21/02/20

DR. EWERTON NERONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516

Dr. Ewerton Neronha 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. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente
VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Data de nascimento
11/12/1985

Mãe
ROSEANE FATIMA DA CONCEICAO

Endereço
COMANDANTE MATOS CARDOSO, 140

Acidente
QUEDA / OUTROS

Data/Hora Classificação
06/09/2019 00:11:04

BAE

1188232

Sexo

Masculino

Bairro

CASTELO BRANCO

Data/Hora Entrada

06/09/2019 00:11:04

CNS

702004344886888

Município

JOAO PESSOA

Profissional

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA

Data/Hora Prescrição

06/09/2019 05:19:41

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 999332500

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

7118/PB

ANAMNESE

INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO

Roberto Pires de Almeida
Ortopedista Traumatologia
CRM 107.100 - 11.12.10



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO	BAE 1188232	Data/Hora Entrada 06/09/2019 00:11:04	Data Baixa
Data de nascimento 11/12/1985	Idade 33a 8m 26d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999332500
Mãe ROSEANE FATIMA DA CONCEICAO		CNS 702004344886888	Prontuário
Endereço COMANDANTE MATOS CARDOSO, 140	Bairro CASTELO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA	Nº Cons. Regional 5221/PB
Data/Hora Classificação 06/09/2019 00:11:04		Data/Hora Prescrição 06/09/2019 01:53:46	

ANAMNESE

Refere trauma isolado no ombro esquerdo durante acidente de moto há horas. Pele íntegra sem déficits. Compartimentos flácidos. CD.: analgesia e radiografia. Reavaliação após.

MEDICAÇÃO

CELECOXIB 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MG/ML)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Em observação

Enfermeiro

ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
(: 5221/PB)

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 06/09/2019 00:12:02



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente
VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

Data de nascimento
11/12/1985

Mãe
ROSEANE FATIMA DA CONCEICAO

Endereço
COMANDANTE MATOS CARDOSO, 140

Acidente
QUEDA / OUTROS

Data/Hora Classificação
06/09/2019 00:11:04

BAE
1188232

Sexo
Masculino

Bairro
CASTELO BRANCO

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
06/09/2019 00:11:04

CNS
702004344886888

Município
JOAO PESSOA
Profissional
ROBERTO PIRES DE ALMEIDA

Data/Hora Prescrição
06/09/2019 04:16:02

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 999332500
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
7118/PB

ANAMNESE

FRATURA UMERU PROXIMAL SOLICITO TC OMBRO

EXAME DE IMAGEM

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Conduta

Em observação

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 7118 - TC JT 13401

Enfermeiro

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA
(CRM: 7118/PB)

Boletim registrado por: LIMA VIEIRA DA SILVA em 06/09/2019 00:12:02



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 09/09/2019 06:42:57

Nome VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO	Boletim de Atendimento 1188232	Data/Hora Entrada 06/09/2019 00:11:04	Data/Hora Saída
Data de nascimento 11/12/1985	Idade 33	Sexo Masculino	CNS 702004344886888
Tempo de Internação 3d 7min	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 06/09/2019 00:11:04	Data Internação 06/09/2019 06:35:59	Permanência na Unidade: 3d 6h 31min	Permanência no Leito: 3d 5min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 09/09/2019 06:42:42)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA
FRATURA DO COLO DO UMEROSQ
EXAME LAB OK
CD: AGENDAR CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 - Leito: LEITO EXTRA 23
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332.165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE

o trabalho

Impresso por: LUCIANO
JOSE LIRA MENDES
Em: 06/09/2019 11:11:34

Nome VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO	Boletim de Atendimento 1188232	Data/Hora Entrada 06/09/2019 00:11:04	Data/Hora Saída
Data de nascimento 11/12/1985	Idade 33	Sexo Masculino	CNS 702004344886888
Tempo de Internação 4h 36min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 117921
Data de Entrada 06/09/2019 00:11:04	Data Internação 06/09/2019 06:35:59	Permanência na Unidade: 11h	Permanência no Leito: 4h 34min

EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 06/09/2019 11:11:25)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA DO COLO DO UMEROS ESQ

EXAME LAB OK

CD: AGENDAR CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 23

Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290
Ass
Data

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Vitor Tadeu Gomes da Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 27/09/2019
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Manipulação articular 1º Assistente: Teofil. V. M. S.
 Cirurgião: Tammar M. Lopes 3º Assistente: _____
 2º Assistente: João Paul. (MRI) Anestesista: _____
 Instrumentador: _____ Horário: Início _____ Término _____
 Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de úmero proximal @</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Manipulação articular</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: Dr. Tammar Gomes da Silva
 Ortopedia e Trauma
 CRM-PB 6154

João Pessoa, 27/09/2019

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH

Incisão:

Achados:

Paciente com o diagnóstico de fratura do quadril há mais ou menos 22 dias. Sem queixa de dor com toques.

Conduta:

Realizada tomografia articular do quadril (E) para melhor avaliação da lesão; observada fratura da cabeça do fêmur com aspecto de compressão.

Atorção do deltóide devido desvio da fratura sobre o quadril; manter toques, incisão por 3-4 dias.

Fechamento:

Observação:

Dr. Tammar Gomes de Moraes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 8109

João Pessoa, 2

Médico/CRM:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



0249

Polegar Direito



Vitor Tadeu Coimbra Conceição

ASSINATURA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 12.312.956-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2014

NOME VITOR TADEU COIMBRA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO CLEÓBULO VITOR DA CONCEIÇÃO FILHO

ROSANE FÁTIMA COIMBRA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO DATA DE NASCIMENTO 11/12/1985

DOC. ORDEM C. NASC LIV 871 FLS 290V TERM 92479 C 008

RIO DE JANEIRO RJ

CNPJ 001 2 Via

Fernando Avelino B. Ytisa

FERNANDO AVELINO B. YTISA

PROFESSOR DE DIREITO

DATA: 24/007.330-7

0249

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

057.622.087-61

Nome

VITOR TÁTEU COIMBRA CONCEIÇÃO

Nascimento

11/07/1945



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

LA
CRE
0
0
4
7
8
6
6
3
3
9

DETRAN - PB Nº 014666336822
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM EXERCÍCIO
1 0119494966-2 00/00000000 2019

NOME
VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO

CPF/CNPJ
05762208761

PLACA
QSH9675/PB

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
99KPCCK7LKKM101709

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
JTZ/CHOPPER RL

ANO FAB. ANO MOD.
2018 2019

CAP/POT/CIL
2 8/149 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM 14/06/2019

VENC./COTAS

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
***** 0

1º

2º

3º

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) (OF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 14/06/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PE

9999999



DATA
14/06/2019

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADO

PB Nº 014666336822

ESTE É O SEU
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES

WWW.SEGURO
SAC

VIA COD RENAVAM EXERCÍCIO
1 05762208761 2019

RENAVAM
01194949662 JTZ

ANO FAB. CAT. TARIF.
2018 9 9

FNS (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

PAGAMENTO
☐ COTA ÚNICA

SEGURO

7003781



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

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 CONFIRMEM 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

- ☐ 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, INFIRMAÇÃO DO ACIDENTE E TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- ☐ 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\$ 100.000,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 100.000,00
- DESPESAS MÉDICAS = R\$ 100.000,00
- VARIA CONFORME A LEGISLAÇÃO EM VIGOR

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS ÚTIS, CONTANDO A PARTIR DO DIA DA RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER PAGOS ANTES, SE LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO ACOMPANHAR O FORMULÁRIO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS, GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA 

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111053 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO **Data do acidente:** 06/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111053 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VITOR TADEU COIMBRA CONCEICAO **Data do acidente:** 06/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO POR MANIPULAÇÃO ARTICULAR.
ALTA

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75