

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11061436

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170285329 ASL-0194791/17
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO 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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11064069

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170285329 ASL-0194791/17

Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Data Acidente: 07/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta nº: 11535547

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3170285329 ASL-0194791/17
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO 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



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11583971

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3170285329 ASL-0194791/17
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO 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: **GERALDO VIEIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000005786-0**

Conta: **000000760354-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170285329 **Cidade:** Poço Dantas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/02/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MS DIREITO: 25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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, Operador Vieira da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 20.897.186-5 EXPEDIDO POR SSP-SP EM 09/08/1988
CPF 095384318-12 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO recusou
E RENDA MENSAL DE R\$ recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Operador Vieira da Silva, 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 Lotéticas 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 SISDPVAT 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5786 0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0760354-1

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

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 CORRETAGEM DE SEGUROS

EIRELI - ME

Capazeros 16 de abril

LOCAL E DATA

de 2017.

Operador Vieira da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.



Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 213/2017

Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO

Data do fato: 07/02/2017 HORÁRIO: 06:40min. Aproximadamente

Data de noticia do fato a Depol: 18.04.2017

PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

Boletim de ocorrência



NOTIFICANTE: GERALDO VIEIRA DA SILVA, brasileiro(a), natural de Uiraúna/PB, casado, agricultor, com 50 anos de idade, nascido(a) em 25.09.1966, CPF 095.384.318-12, RG 20.897.186-5 SSP/SP, filho de Joaquim Vieira da Silva e Isabel Josefa de Jesus, residente na rodovia BR 230, sn° - Sitio Bela Vista - zona Rural de Uirauna - PB.

VÍTIMA: o próprio declarante.

HISTORICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientifica do (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que, na data de 07.02.2017, por volta das 06h40, aproximadamente, encontrava-se conduzindo o veículo tipo MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ESD, PLACA OEU4292/PB, CHASSI 9C2JC4160FR102336, RENAVAL 0104094820-8, matriculada em nome de JOALISON JUNIOR DA SILVA, quando trafegava na rodovia BR 434, na altura do Sitio Carcara - zona Rural de Poço Dantas -PB, quando inesperadamente um animal, tipo VACA invadiu a rodovia, vindo o declarante a colidir com o referido animal; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU ao Hospital Regional de Cajazeiras - HRC; QUE o declarante sofreu **POLITRAUMATISMO, FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA NA OMOPLATA DIREITA, DUAS FRATURAS NA COSTELA DO LADO DIREITO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE O DECLARANTE FOI TRANSFERIDO ANTONIO TARGINO, NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE - PB.** Por este motivo procurou a delegacia para registrar ocorrência. QUE EM VIRTUDE DESTA FATO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRENCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS JUNTO AO SEGURO DPVAT. Seguindo determinação da portaria n° 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 18 de ABRIL de 2017.

Geraldo Vieira da Silva



Notificante



Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Francisco Jose L. de Lira

Mat. 157.335-8

Elisângela M. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.745-0

COLEGAR
DIREITO

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Geraldo Vieira da Silva,
portador da carteira de identidade nº 20.897.186-5 e inscrito no
CPF/MF sob o nº 095.384.318-12, residente e domiciliado no
(a) Rod. BR 230, SN, Bela Vista, Cidade
Uiraúna, 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:

- (X) 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
- () 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 à custa 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.

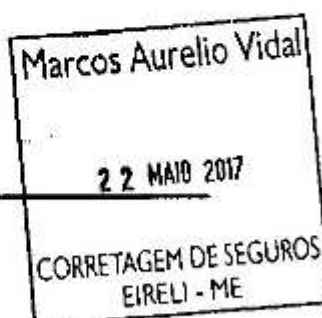
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia
não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia
ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Gerardo Vieira da Silva

Assinatura do declarante (conforme documento de identificação)

Uiraúna - PB 26/04/2017.

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

CPVAT (Lei nº 6.194/74) uma vez que
 Médico Legal - IML para os fins de redimensionamento de indenização do Seguro
 pensas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto
 Estado _____, heilato sob as
 Cidade _____
 CPVAT sob o nº _____
 endereço e domicílio no _____
 e inscrito no _____
 porcel de contato e identidade nº _____

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência, ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não
 realiza provas para fins de prova do Seguro CPVAT, ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
 provas com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro
 CPVAT, apresento a seguinte declaração: concordo em apresentar, para
 veículo automotor de via terrestre, solicito que seja realizado o exame do
 processo de análise da minha documentação com a apresentação do
 laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando em apresentar o
 pedido médico e a conta da Seguradora Líder CPVAT, para avaliação
 da existência e extensão do grau da lesão ou doença, ou de outro
 fato que tenha causado a morte ou lesão.

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

(Assinatura do declarante (contando documento de identificação))

Local e data

4-AGO-2017

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

Comprovante de residencia



00300903



CTC RECIFE PE JPA PL11
MAURICELIO MACAIRO DA SILVA
R JOSE RODOVALHO ALENCAR 331
CASA CENTRO
58900-000 CAJAZEIRAS PB

Atendimento Claro - Lique 1052.
Auto-Atendimento - Lique *1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaclaro

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99415 5835	de 02/08/2016 a 01/09/2016	28/09/2016	R\$ 34,99

Valor pago na última conta: R\$ 72,20

Veja aqui o que está sendo cobrado

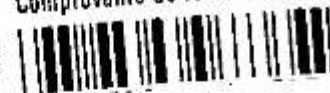
Individuais	R\$	0,00
Bonus internet controle 400MB	R\$	34,99
Assinatura Controle	R\$	34,99
Total do Mês		

Total a Pagar	R\$	34,99
----------------------	------------	--------------

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Generaldo Vieira da Silva, RG nº 20.897.186 5, data de expedição 09/08/1988, Órgão SSP/SP,

CPF nº 095.384.318-12, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua BR 230</u>
Número	<u>5N</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Bela Vista</u>
Cidade	<u>Uirauna</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58915000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)99813.12.66/99415.58.35</u>
E-mail	<u>verasdpvatez@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Uirauna - PB 26/04/2017.

Generaldo Vieira da Silva

Assinatura do Declarante

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

ELICELMA ALEXANDRE DA SILVA
R.OD BR 720, S.N. BELA VISTA
URUAI/PA CEP: 58915000 (AQ: 177)

Cliente/Subs: RESIDENCIAL/BADIA RENDA MONOFÁSICO
Bairro: 7 - 208 - 880 - 3300
IP medidor: 00001132040
Referência: Mar/2017
Emissão: 14/03/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.928.163/0001-40 - Insc. Est. 19.015.023-0

Nº de Fica/Conta de Energia Elétrica: H000 486 329
Código para Débito Automático: 00007007872

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora):

5/200767-2

Mar/2017

Canal de contato

Apresentação

14/03/2017

Data prevista da próxima leitura

11/04/2017

CPF/CNPJ/RANI

4328420401

Insc. Est.

Faturas em atraso

Anterior

Atual

Constante

Consumo

Dias

Data Letura Data Letura
09/02/17 20580 14/03/17 20780

Descrição
Consumo 310 kWh-GR
Consumo - 31 a 100 kWh-GR
Consumo - 101 a 220 kWh-GR
Adc. B. Amarela
Substido
ICMS
PIS
COFINS

Demonstrativo

Quantidade
30
70
80

Preço
0,14923
0,25411
0,28119

Valor (R\$)
4,44
17,79
22,55
34,00
1,80
7,87

LAVANIMENTOS E SERVIÇOS
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA
JUROS DE MORA 01/02/17
JUROS DE MORA 02/2017
MULTA 01/2017
MULTA 02/2017
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2017
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2017
Devolução Subsídio

BASE DE CÁLCULO		ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	129,27	27,00	34,80
PIS	129,27	1,2610	1,63
COFINS	129,27	5,9382	7,67

VENCIMENTO
21/03/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 107,68

4b87.35f8.e621.c0f6.d508.d726.cca5.932a

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Urubia

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	
DIC TRIMESTRAL	12,84	
DIC ANUAL	25,09	
FIC MENSAL	3,42	
FIC TRIMESTRAL	8,85	
FIC ANUAL	15,70	
ONDC	3,80	
ONCR	12,22	

Diferenciais	Valor (R\$)	%
Benefício de Desc. de Energia FPD	20,99	19,49
Compensação de Energia	28,65	25,63
Serviço de Transmissão	1,44	1,34
Energia Saneada	8,21	7,52
Impostos, Derramas e Encargos	50,18	48,91
Quilts Serviços	0,00	0,00
Total	107,68	100,00

Valor de EUSD (R\$) 1/2017 J.R\$ 20,27

ATENÇÃO

Sua unidade de faturamento é Bateria Remota, tendo um desconto de R\$27,85

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

**ANEXO II****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 MAURICELIO MACARIO DA SILVA, portador(a) do RG nº 2.241.541, expedido por DETRAN/PB, em 07/04/2011, CPF/CNPJ nº 035.831.484.44, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a): Genaldo Vieira da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidade da vítima Genaldo Vieira da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: revisor Renda Mensal: R\$ revisor

Documentos comprobatórios: nao possui

Mauricio Macario da Silva

ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Joalison Junior da Silva
 portador do RG: 503093054, data de expedição 13 / 06 / 2016
 órgão expedidor SSP / PB CPF: 13.041.163.034-47
 com domicílio na cidade de Uiraúna, no estado de Pernambuco
 onde resido na Sítio Bela Vista
 número SN, complemento Zona Rural.

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na

data do acidente ocorrido com a vítima, Geraldo Vieira da Silva

cujo condutor era Geraldo Vieira da Silva

VEÍCULO: PAS / MOTOCICLETA

ANO: 2014

MODELO: MONDA / CG 125 FAN ESD

PLACAS: OEU 4282 / PB

CHASSI: 9C2JC4160FRJ02336

DATA DO ACIDENTE: 07, 02, 2017

Cayazeiras - PB 03/05/2017
 Local e Data



Joalison Junior da Silva
 Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Gilberto Vieira da Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME



PREFEITURA DE UIRAÚNA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Nº SOLICITAÇÃO:	DATA:	VIATURA:	USUB
01	07/02/17		08
MÉDICO(A) REGULADOR(A) DA URGÊNCIA:	CRM:		
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:	Nº:		
Silvia Bontor			
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Silvia Bontor	Rec. Bontor		
Ponto de Referência:	LOCAL DE TRABALHO		
Silvia Bontor	VIA PÚBLICA		
PACIENTE USUÁRIO:	RESIDÊNCIA		
Paula Maria			
SEXO:	IDADE:	SOLICITANTE:	
FEM.	50		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICA	☒ TRAUMÁTICA	☐ PEDIÁTRICA	☐ GINECO-OBSTÉTRICA	☐ PSIQUIÁTRICA	☐ CIRÚRGICA
APOIO NO LOCAL					
☐ CORPO DE BOMBEIROS	☐ POLÍCIA MILITAR	☐ POLÍCIA CIVIL	☐ POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL		
☐ DEFESA CIVIL	☐ CPTRAN	☐ SITRANS	☐ IML	☐ OUTRO	

AValiação PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
☐ PNEUMIA	☐ RESPIR. RUIDOSA	☐ EXPANSIBILIDADE	☐ PULSO	☒ CONSCIENTE	☐ RINORRAGIA	☐ OTORRAGIA	☐ OTORRAGIA
☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL	☐ SUPERFICIAL	☐ REGULAR	☐ FINE	☐ INCONSCIENTE	☐ RINORRAGIA	☐ OTORRAGIA	☐ OTORRAGIA
☐ OBSTRUÇÃO TOTAL	☐ IRREGULAR	☐ MURMÚRIOS VESICULARES	☐ RÍTMICO	☐ ORIENTADO	☐ RINORRAGIA	☐ OTORRAGIA	☐ OTORRAGIA
☐ EUPNEIA	☐ NORMAL	☐ DOMINANTE	☐ ARRÍTMICO	☐ DESORIENTADO	☐ RINORRAGIA	☐ OTORRAGIA	☐ OTORRAGIA
☐ DISPNEIA	☐ AUSENTE	☐ PERIÚTIL	☐ AUSENTE	☐ AGITADO	☐ RINORRAGIA	☐ OTORRAGIA	☐ OTORRAGIA
☐ BRADIPNEIA	☐ DOMINANTE	☐ PERIÚTIL	☐ AUSENTE	☐ SONOLÊNCIA	☐ RINORRAGIA	☐ OTORRAGIA	☐ OTORRAGIA
☐ TAQUIPNEIA	☐ AUSENTE	☐ PERIÚTIL	☐ AUSENTE	☐ TORPOR	☐ RINORRAGIA	☐ OTORRAGIA	☐ OTORRAGIA
☐ APNEIA	☐ HIPERTENSÃO	☐ PERIÚTIL	☐ AUSENTE	☐ COMA	☐ RINORRAGIA	☐ OTORRAGIA	☐ OTORRAGIA
	☐ RETARDADA	☐ PERIÚTIL	☐ AUSENTE	☐ RIGIDEZ	☐ RINORRAGIA	☐ OTORRAGIA	☐ OTORRAGIA
	☐ MACEZ	☐ PERIÚTIL	☐ AUSENTE	☐ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA	☐ RINORRAGIA	☐ OTORRAGIA	☐ OTORRAGIA

SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES

SINAIS VITAIS		GLASGOW		GLICEMIA	
P.A.	F.C.	Sat. O2	A.O.	R.V.	TOTAL
120 x 80	65	95			
GLICEMIA	CAPILAR				
98					

PASSAGEM DO CASO PARA BASE

SOLICITADO APOIO DA USA	☐ NÃO	☐ SIM	QUAL	USA
OBS.: SE O PREFIXO DA VIATURA ACIONADA FOR USB				

AValiação SECUNDÁRIA

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX
☐ CORADA	☐ CONTUSÃO	☐ CONTUSÃO	☐ CONTUSÃO	☐ CONTUSÃO
☐ PÁLIDA	☐ ESCORIAÇÕES	☐ ESCORIAÇÕES	☐ ESCORIAÇÕES	☐ ESCORIAÇÕES
☐ CIANÓTICA	☐ LACERAÇÃO	☐ LACERAÇÃO	☐ LACERAÇÃO	☐ LACERAÇÃO
☐ FRIA	☐ HEMATOMA	☐ FER. OCULAR	☐ HEMATOMA	☐ TÓRAX INSTÁVEL
☐ QUENTE	☐ AGUDAMENTO	☐ DESVIO DA TRAQUEIA	☐ DESVIO DA TRAQUEIA	☐ RESP. PARADOXAL
☐ ÚMIDA	☐ FER. PENETRANTE	☐ ENFISEMA SUB-CUTÂNEO	☐ ENFISEMA SUB-CUTÂNEO	☐ TAMPONAMENTO
☐ SECA				
ABDOMEN	PELVE	COLUNA DORSAL	MEMBROS	
☐ CONTUSÃO	☐ CONTUSÃO	☐ CONTUSÃO	☐ CONTUSÃO	☐ CONTUSÃO
☐ ESCORIAÇÕES	☐ ESCORIAÇÕES	☐ ESCORIAÇÕES	☐ ESCORIAÇÕES	☐ ESCORIAÇÕES
☐ LACERAÇÃO	☐ LACERAÇÃO	☐ HEMATOMA	☐ LACERAÇÃO	☐ LACERAÇÃO
☐ DISTENDIDO	☐ DOR	☐ DOR	☐ LUXAÇÃO	☐ LUXAÇÃO
☐ EM TABUA	☐ INSTABILIDADE	☐ DOR	☐ FRATURA	☐ FRATURA
☐ DOLOROSO	☐ DOR	☐ DOR	☐ FECHADA	☐ FECHADA
☐ EVISCERAÇÃO			☐ ABERTA	☐ ABERTA
			☐ AMPUTAÇÃO	☐ AMPUTAÇÃO

DADOS COMPLEMENTARES

GINECO-OBSTÉTRICO	HISTÓRIA PREGRESSA
☐ ABORTAMENTO	☐ DROGAS
☐ HEMORRAGIA VAGINAL	☐ AIDS
☐ TRABALHO DE PARTO	☐ ALCOOLISMO
☐ 0-1 CONTRAÇÃO / 10MIN.	☐ ALERGIAS
☐ 2-4 CONTRAÇÕES / 10MIN.	☐ AVC
☐ >5 CONTRAÇÕES / 10MIN.	☐ CONVULSÕES
☐ SANGRAMENTO	☐ CARDIOPATIA
☐ PERDA DO TAMPÃO MUCOSO	☐ DIABETES
☐ BOLSA ROTA	☐ D. INFECTO-CONTAGIOSA
☐ NASCIMENTO	☐ OUTROS

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

☐ MIDRIASE	☐ MIDRIASE
☐ MIOSE	☐ MIOSE
☐ ISÓCORICAS	☐ ISÓCORICAS
☐ ANISÓCORICAS	☐ ANISÓCORICAS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	RESGATE	OUTRO:
☐ DESOBSTRUÇÃO VA	☒ ACESSO VENOSO	☐ IMOBILIZAÇÃO	☐ CRICOTOMIA
☐ ASPIRAÇÃO VA	☐ PERIFÉRICO	☐ COLAR CERVICAL	☐ DRENAGEM TÓRAX
☐ CÂMULA DE GUEDEL	☐ CENTRAL	☐ ESTABILIZADOR DE CABEÇA	☐ HEMITÓRAX D.
☐ OXIGENAÇÃO	☐ DISSECÇÃO	☐ TALAS	☐ HEMITÓRAX E.
☐ MÁSCARA	☐ INTRA-OSSEO	☐ KED	☐ PUNÇÃO PLEU
☐ CATETER	☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA	☐ TRAÇÃO	☐ Sonda Vesic
☐ VENTILAÇÃO MANUAL	☐ CURATIVO	☐ FRANCHIA LONGA	☐ S.O.G.
☐ OXIMETRIA	☐ MASSAGEM CARDÍACA	☐ MACA	☐ S.N.G.
☐ ENTUBAÇÃO TRAQUEAL	☐ MONITORIZAÇÃO	☐ MACA VÁCUO	☐ OUTROS:
☐ VIA ORAL	☐ DESFIBRILAÇÃO/CAVDIOVERSÃO	☐ CADEIRA DE RODAS	
☐ VIA NASAL	☐ MARCAPASSO TRANS-CUTÂNEO	☐ RAPEL	
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA	☐ E.C.G.	☐ DESENCARCERAÇÃO	

Documentação médico - hospitalar

MATERIAL UTILIZADO

DIAGNÓSTICOS

$$\frac{dC_{\text{unbound}}}{dt} = P \cdot P_{\text{in}} / R + P \cdot P_{\text{in}} / R + P \cdot P_{\text{in}} / R$$

basculados. Marki 3^{ro} Nippona + A. A. GV condense Sedici 1^o 2^o 3^o

Dr. M.R. Javalik's Professor, Sugamra Area, A.P.C.

TEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

IGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

[illegible]

DESTINO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

CRIM-FB 013000
7/1/10

ATENDIMENTO SEGUNDO MORTALIDADE

☐ ÓRGÃO NO LOCAL ☐ SEM ATENDIMENTO ☒ APÓS ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ ÓBITO LOGO AO CHEGAR AO DESTINO

INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ RECUSOU TRANSPORTE ☐ ACIDENTES DE TRABALHO

☐ QTA / CANCELAMENTO ☐ PROBLEMA COM AMBULÂNCIA ☐ OUTRAS

TERMO DE RECUSA

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU 192 - Uralúna-PB, nesta oportunidade.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

R.G.:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: _____ CRM: _____ Mat: _____
Enfermeiro: Valeria COREN: 41.0508 Mat: _____
Téc. de Enfermagem: Jaqueline COREN: _____ Mat: _____
Conduzir Socorrista: Marcos Mat: _____



SAMU
192

192 FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ANTENDIMENTO

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL NEUROLÓGICA
☒ PNEUMIAS	☒ SUPRABIBULIDADE	☐ PULSO	☐ RINORRAGIA ☐ ☐ E
☐ RESPIR RUIDOSA	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ OTORRAGIA ☐ ☐ E
☐ OSTRUÇÃO PARCIAL	☐ SUPERFICIAL	☐ FNO	☐ RINORRÉIA ☐ ☐ E
	☐ REGULAR	☐ CHEIO	☐ OTORRÉIA ☐ ☐ E
	☐ IRREGULAR	☐ RÍTMICO	☐ PÚPLAS
☐ OSTRUÇÃO TOTAL	☐ MURMÚRIOS VESICULARES	☐ ARRITMICO	☐ MILOSE
	☐ NORMAL	☐ AUSCULTE	☐ MIDRIASE
	☐ DOMINUNDO ☐ ☐ E	☐ PERFUSÃO	☐ FOTORREAGIVITIES
	☐ AUSCULTE ☐ ☐ E	☐ NORMAL	☐ NÃO FOTORREAGENTS
	☐ HIPERTENSIVISMO	☐ RETARDADA	☐ ANISOCORIA ☐ ☐ E
	☐ APNÉIA	☐ AUSCULTE	☐ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA
	☐ MACKENZIE		

5. PASSAGEM DO CASO PARA BASE

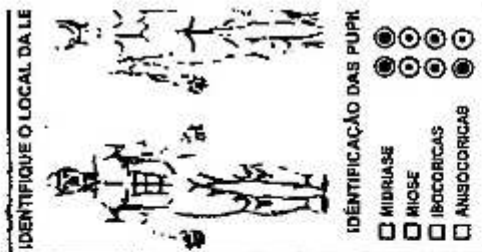
SIGNIS VITALIS		GLASSOW				GLICEMIA CAPILAR mg/dl		
PA mmHg	FC bpm	Temp °C	Sat O2 %	A.D.	R.V.		R.X.	TOTAL
120 x 80	105		95					98

TADO APOIO DA USA ☐ NÃO ☐ SIM QUAL USA

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX
☐ CORADA ☒ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ FRIA ☐ QUENTE ☐ UMIDA ☐ SECA	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ AGUDAMENTO ☐ FER. PENETRANTE	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ FER. OCULAR ☐	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ DESVIO DA TRAQUEIA ☐ ENFISEMA SUB-CUTÂNEO ☐	☐ CONTUSÃO ☒ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ TÓRAX INSTÁVEL ☐ RESP. PARADOXA ☐ TAMPOAMENTO ☐
ABDOMEN	PELVE	COLUNA DORSAL	MEMBROS	
☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DISTENDIDO ☐ EM TABUA ☐ DOLOROSO ☐ EVISCERAÇÃO	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DOR ☐ INSTABILIDADE ☐	☐ CONTUSÃO ☐ HEMATOMA ☒ DOR ☐	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRATURA ☐ FECHADA ☐ ABERTA ☐ AMPUTAÇÃO	

DADOS COMPLEMENTARES

GINECO-OBSTÉTRICO	HISTÓRIA PREGRESSA
☐ ABORTAMENTO	☐ AIDS
☐ HEMORRAGIA VAGINAL	☐ ALCOOLISMO
☐ TRABALHO DE PARTO	☐ ALERGIAS
☐ 0-1 CONTRAÇÃO / 10MIN.	☐ AVC
☐ 2-4 CONTRAÇÕES / 10MIN.	☐ CONVULSÕES
☐ > 5 CONTRAÇÕES / 10MIN.	☐ CARDIOPATIA
☐ SANGRAMENTO	☐ DIABETES
☐ PERDA DO TAMPÃO MUCOSO	☐ D. INFECTO-CONTAGIOSA
☐ BOLSA RÓTIA	☐ OUTROS
☐ NASCIMENTO	
	☐ DROGAS
	☐ HAS
	☐ PROBLEMAS RESPIRATORIOS
	☐ MEDICAMENTOS



PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	RESGATE	OUTRO:
☐ DESOBSTRUÇÃO V.A. ☐ ASPIRAÇÃO V.A. ☐ CÂMULA DE GUEDEL ☐ OXIGENAÇÃO _____ l/min. ☐ MÁSCARA ☐ CATETER ☐ VENTILAÇÃO MANUAL ☒ OXIMETRIA ☐ ENTUBAÇÃO TRAQUEAL ☐ VIA ORAL ☐ VIA NASAL ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA	☒ ACESSO VENOSO ☐ PERIFÉRICO ☐ CENTRAL ☐ DISSECAÇÃO ☐ INTRA-OSSEO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ DURATIVO ☐ MASSAGEM CARDÍACA ☐ MONITORIZAÇÃO ☐ DESFIBRILAÇÃO ☐ MARCAPASSO ☐ E.C.G.	☒ IMOBILIZAÇÃO ☒ COLAR CERVICAL ☐ ESTABILIZADOR DE GARGAÇA ☐ TALAS ☐ KED ☐ TRAÇÃO ☐ PRANCHAS LONGAS ☒ MACA ☐ MACA A VÁCUO ☐ CADEIRA DE RODAS ☐ RAPEL ☐ DESEMCAVERAÇÃO	☐ CRICOTOMÍAS ☐ DRENAGEM TORÁ. ☐ HEMITÓRAX D. ☐ HEMITÓRAX E. ☐ PUNÇÃO PLEU ☐ Sonda Vesic/ ☐ S.O.G. ☐ S.N.G. OUTROS: _____ _____ _____

**SUS**Sistema
Único da
Saúde. Ministério
da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 - CNES

4 - CNES

2 | 6 | 1 | 3 | 4 | 7 | 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

General do Vieira da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710 981 231 0411 908 8912

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/04/1966

6 - Nº DO PROPRIETÁRIO

1703561

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

*Isabel Joaze de Jesus*MASC. ☒ 1FEM. ☐ 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Leopoldina - plto Bela Vista

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Chaparrão

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

251690

15 - UF

PB

16 - CEP

58915000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Transtorno de ansiedade

Requer internação para tratamento

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ansiedade

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico normal

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Transtorno de ansiedade

21 - CID 10 PRINCIPAL

F41.1

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Tratamento de ansiedade***PROCEDIMENTO SOLICITADO**

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

9342019911

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/02/17

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

Dr. José Leite Cardim Nelo

Ortopedista/Traumatologista

CRM 118115BOT 13284

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

Marcos Aurelio Vidal

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

22 MAIO 2017

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

18/02/17

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

2539

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: GERALDO VIEIRA DA SILVA Filho de: JOAQUIM
VIEIRA DA SILVA e de ISABEL JOSEFA DE JESUS
Residência: PROJETADA Idade: 50
Cor BRANCA Sexo MASCULINO Estado Civil CASADO
Naturalidade UIRAUNA - PB Profissão: AGRICULTOR
Internado em 09 de 02 de 17

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

TRAUMA C. QUESO

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

POI C. LINTOGRU LUNUOM

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

10711611-5
Dr. José Leite Landim Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM 11611/SBOT 13284

Guarim da Almeida



Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

99681-2397

INFORMAÇÃO

Carla Que

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

R.G. N.º 20.897.486 15

Nome GERALDO VIEIRA DA SILVA

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 71019181013101411910181812

Data Nascimento 25 / 09 / 1966 Residente à (Rua, Av.) PROJETADA

N.º 50 Bairro ALTO DA B. VISIA

Cidade UIRAUNA UF PB Segurado ou Dependente

Grau Parentesco ESPOSA

no qual dou fé

Cajazeiras, 07 / 02 / 17

Funcionário Responsável

Xelmaes Ulandado da Silva
Paciente Responsável

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



**HOSPITAL
REGIONAL DE
CAJAZEIRAS**

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: GERALDO V. SILVA

Idade: 50 anos _____ meses

IFI: _____ Leito: _____

Resumo de Alta / Transferência

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Acute febril
trau - fo S.S. / cer
em amb cl
bor / transf

Diagnóstico principal:

Diagnósticos secundários:

trau - fo gl
cl amb
flu trau - fo

Procedimentos Cirúrgicos

☐ Não

1- Cirurgia Realizada:

Tipo de anestesia / sedação:

Cirurgião:

2- Cirurgia Realizada:

Data:

Tipo de anestesia / sedação:

Cirurgião:

Data:

Procedimentos / Exames Invasivos

☐ Não

1-

2-

3-

Data:

Data:

Data:

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Óbito

Destino:

☐ Residência

☐ Atendimento domiciliar

☐ Transferência para:

Retornar:

☐ Consultório em

dias

Aos cuidados de:

Observações:

Data:

10/02/2017

Médico

CRM / Carimbo

Marco Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

**CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME**

Nome: Oswaldo V. Alves Inf.: _____ Leito: _____

Gráfica D' cores (431 2531 2332) 04 12 02



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Marcos Aurelio Vidal

MAIO 2007

CORREÇÃO DE SEGUROS
RELI - ME

Nome: Carvalho Liane de S. Leite

Cor:

Enfermaria: 116 Leito: 03 Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
07/05/07	100mg 1x/dia	08/05/07	
08/05/07	100mg 1x/dia	09/05/07	
09/05/07	100mg 1x/dia	10/05/07	
10/05/07	100mg 1x/dia	11/05/07	
11/05/07	100mg 1x/dia	12/05/07	
12/05/07	100mg 1x/dia	13/05/07	
13/05/07	100mg 1x/dia	14/05/07	
14/05/07	100mg 1x/dia	15/05/07	
15/05/07	100mg 1x/dia	16/05/07	
16/05/07	100mg 1x/dia	17/05/07	
17/05/07	100mg 1x/dia	18/05/07	
18/05/07	100mg 1x/dia	19/05/07	
19/05/07	100mg 1x/dia	20/05/07	
20/05/07	100mg 1x/dia	21/05/07	
21/05/07	100mg 1x/dia	22/05/07	
22/05/07	100mg 1x/dia	23/05/07	
23/05/07	100mg 1x/dia	24/05/07	
24/05/07	100mg 1x/dia	25/05/07	
25/05/07	100mg 1x/dia	26/05/07	
26/05/07	100mg 1x/dia	27/05/07	
27/05/07	100mg 1x/dia	28/05/07	
28/05/07	100mg 1x/dia	29/05/07	
29/05/07	100mg 1x/dia	30/05/07	
30/05/07	100mg 1x/dia	31/05/07	

10744611-5
Dr. José Leite Landim Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM 11611/SBOT 13284

10744611-5
Dr. José Leite Landim Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM 11611/SBOT 13284

NOME: GERALDO VIEIRA DA SILVA
MEDICO: DR. PALMERINDO MENDONÇA
DATA: 08/02/2016

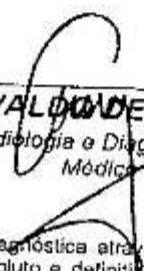
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO

TÉCNICA:

Exame de Tomografia Computadorizada de ombro, cortes axiais de 3,0 mm de espessura orientados através da radiografia digital.

DESCRIÇÃO:

- Aumento de partes moles.
- Fratura do terço médio da clavícula direita.
- Fratura cominutiva escapular direita.
- Fraturas de arcos costais à direita.


Dr. EVALDO DE SOUSA NÓBREGA
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem
Médico CRM - PB 5227

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas.

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

PACIENTE: GERALDO VIEIRA DA SILVA
DATA DO EXAME: 15.02.2017

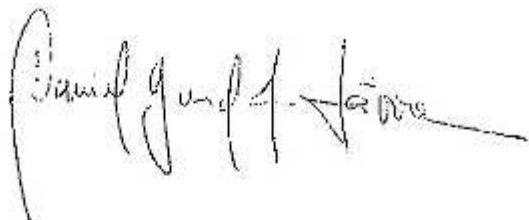
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TECNICA:

- Realizados cortes axiais com espessura de 5,0 mm pela técnica helicoidal, sem a injeção endovenosa do meio de contraste iodado.

LAUDO:

- Fraturas do 2º ao 4º arcos costais à direita.
- Fratura cominutiva da escápula direita.
- Fratura no terço médio da clavícula direita.
- Moderado derrame pleural à direita.
- Atelectasia do lobo inferior direito.
- Parênquima pulmonar restante com coeficientes de atenuação normal.
- Traquéia e brônquios-fonte anatômicos.
- Cavidades pleurais livres sem evidências de derrame e/ou espessamento.
- Mediastino centrado, de contornos e amplitude normais, sem evidências de linfadenomegalias.
- Área cardíaca e vasos da base de dimensões preservadas.



DR. DANIEL TÁVORA
CRM- 7206



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

Geraldo Vieira da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE IMÓVEIS

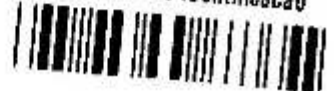
NÚMERO DE REGISTRO NO CP
095384318 12

GERALDO VIEIRA DA SILVA.

25/09/66

+ Geraldo Vieira da Silva

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 20.897.126-7 DATA DE EMISSÃO 09/ABR/83

GERALDO VIEIRA DA SILVA

FILIAÇÃO JOAQUIM VIEIRA DA SILVA

E ISABEL JOSEFA DE JESUS

NATURALIDADE JIRAUNA - PB DATA DE NASCIMENTO 25/SET/1934

DOC ORIGEM JIRAUNA BA
POCO DANTAS
CN:LY.A03 /FLS.99V /N.00141

ASSINATURA DO DETR
LEI Nº 7.116 DE 29.08/83

80001/6477

29 107 188

DRF - JUAZOS - SP

JOÃO COSTA
Matr. 22360

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
D. PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSFER.
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **AURICELIO MACARIO DA SILVA**

SOCIEDADE / ENDEREÇO: **2421541** CEP: **SEP** PB

CPS: **035.831.484-44** DATA EMISSÃO: **12/06/1980**

Foto: **CELIO MACARIO DA SILVA**
MARIA CARMELO DA SILVA

Válida em todo o território nacional
1275469425

Matrícula: **02386026015** Vigência: **20/01/2021** 1ª Matrícula: **20/08/2002**

Observações:

EXERCÍCIO ATIV. REMEMBRADA;

Assinatura do titular

Assinatura de testemunha

Arqui: **GODRA, ES** Data Emissão: **15/02/2016**

71549061165
P8031864703

OUTUBRO 1980

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012298236552
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD-RENAVAM 20160600004795
0104094820-8 00/00000000 2016

NOME
JOALISON JUNIOR DA SILVA

CPF/CNPJ 10416303447 PLACA OEU4282/PB

PLACA ANT. UF PB 9C2JC4160FR102336

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
HONDA/CG 125 FAN ESD GASOLINA

ANO FAB. ANO MOD. 2014 2015

CAP. POT. OIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA PAGO EM 14/03/2016

FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
***** 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 14/03/2016

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

CACHEE DOS INDÍOS - PB DATA 14/03/2016

15022 19186

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESAR DE TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012298236552 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2 14/03/16
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

3014 0 0031041000005230
DATA EMISSÃO 2016 14/03/16
VIA 01040948208 HONDA/CG 125 FAN ESD
10416303447 OEU4282

RENAVAM 01040948208 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ESD
ANO FAB. 2014 CAT. TARIF. 9 9C2JC4160FR102336

PREMIO TARIFARIO
FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** ICF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGADO SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE OUTAGAO
COTA ÚNICA PARCELADO 14/03/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

19186-1020319-20160314

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170285329 **Cidade:** Poço Dantas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/02/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA COMINUTIVA ESCAPULAR DIREITA E FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, HIPOTROFIA MUSCULAR EM REGIÃO ESCAPULAR DIREITA ++/+4. PRESENÇA DE CICATRIZES EM PROJEÇÃO DA CLAVÍCULA DIREITA E REGIÃO ESCAPULAR COM GRAVE RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO. DÉFICIT DE FORÇA MOTORA NO MEMBRO. EXPANSIBILIDADE PULMONAR PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTOS CIRÚRGICOS DAS FRATURAS (ESCÁPULA E CLAVÍCULA DIREITA). FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Geraldo Vieira da Silva
 Nacionalidade: Brasileira
 Estado Civil: Casado
 Identidade: 20.897.186-5
 CPF: 095.384.338-12
 Profissão: agricultor
 Endereço: Rua Br. 230, SN, Bela Vista, Unauna - PB

OUTORGADO:

Nome: MAURICELIO MACARIO DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: CASADO
 Identidade: 2421541
 CPF: 035.831.484-44.
 Profissão: AUTONOMO
 Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório DPVAT para a vítima

Geraldo Vieira da Silva
 Cajazeiras, 17 de abril de 2017.

[Assinatura] Vieira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
**CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME**
CARTÓRIO MOUTINHO NONATO
SERVIÇO DE REGISTRO E REGISTRAL

Rua Francisco Lima Vasconcelos, 100 - Centro - Uruaçu - GO - CEP: 74.505-000 - Fone: (61) 3344-2989

Rua Francisco Lima Vasconcelos, 100 - Centro - Uruaçu - GO - CEP: 74.505-000 - Fone: (61) 3344-2989

Rua Francisco Lima Vasconcelos, 100 - Centro - Uruaçu - GO - CEP: 74.505-000 - Fone: (61) 3344-2989

Rua Francisco Lima Vasconcelos, 100 - Centro - Uruaçu - GO - CEP: 74.505-000 - Fone: (61) 3344-2989

Rua Francisco Lima Vasconcelos, 100 - Centro - Uruaçu - GO - CEP: 74.505-000 - Fone: (61) 3344-2989

Rua Francisco Lima Vasconcelos, 100 - Centro - Uruaçu - GO - CEP: 74.505-000 - Fone: (61) 3344-2989

Rua Francisco Lima Vasconcelos, 100 - Centro - Uruaçu - GO - CEP: 74.505-000 - Fone: (61) 3344-2989

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: _____
 Nacionalidade: _____
 Estado Civil: _____
 Identidade: _____
 CPF: _____
 Profissão: _____
 Endereço: _____

OUTORGADO:

Nome: MAURÍCELIO MACARIO DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: CASADO
 Identidade: 342.164
 CPF: 032.831.484-44
 Profissão: AUTÔNOMO
 Endereço: RUA JOSE RODOLPHO DE ALMEIDA, 101 - JARDIM ARAÚJO
 CAVALHEIRAS - PB

Por este instrumento particular de Poder, eu, o Sr. _____, brasileiro, casado, portador de CPF nº _____, residente e domiciliado em _____, Estado de _____, venho outorgar ao Sr. MAURÍCELIO MACARIO DA SILVA, brasileiro, casado, portador de CPF nº _____, residente e domiciliado em _____, Estado de _____, o poder de representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas companhias, a fim de administrar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assumir, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários ao assessoramento, incluindo receber informações sobre perícias médicas e solicitar acompanhamento médico e psicológico, bem como a emissão de laudos e pareceres, para o devido cumprimento deste mandato, a fim de obter a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT.

ASSINATURA DO 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): **GERALDO VIEIRA DA SILVA** Sinistro: **3170285329** Data: **07/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **ROD BR 230, S/N - BELA VISTA - Uiraúna - PB - CEP 58915-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **20897186-5**

Data local do exame: [**26/08/2017**] **Pombal** [**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)
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA COMINUTIVA ESCAPULAR DIREITA E FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA. AO EXAME, HIPOTROFIA MUSCULAR EM REGIÃO ESCAPULAR DIREITA ++/+4. PRESENÇA DE CICATRIZES EM PROJEÇÃO DA CLAVÍCULA DIREITA E REGIÃO ESCAPULAR COM GRAVE RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO. DÉFICIT DE FORÇA MOTORA NO MEMBRO. EXPANSIBILIDADE PULMONAR PRESERVADA.

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.
TRATAMENTOS CIRÚRGICOS DAS FRATURAS (ESCÁPULA E CLAVÍCULA DIREITA). FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

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.

Limitação funcional do membro superior direito

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):
Membro superior direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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.


Dr.ª Rosana B. Duarte de Paiva
CRM: 4183 - PB