Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2017

Carta n°: 10921125

A/C: VALDINEY CLEMENTINO DE MELO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170235595 ASL-0163829/17**
Vitima:	**VALDINEY CLEMENTINO DE MELO**
Data Acidente:	**06/09/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01507/01508 - carta_01
00020754

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2017

Carta n°: 10938593

A/C: VALDINEY CLEMENTINO DE MELO

Sinistro:	**3170235595 ASL-0163829/17**
Vítima:	**VALDINEY CLEMENTINO DE MELO**
Data Acidente:	**06/09/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00647/00648 - carta_02
00060324

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2017

Carta n°: 10966358

A/C: VALDINEY CLEMENTINO DE MELO

Sinistro:	**3170235595 ASL-0163829/17**
Vitima:	**VALDINEY CLEMENTINO DE MELO**
Data Acidente:	**06/09/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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. 00793/00794 - carta_04

00070397

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorizacao de pagamento

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELO

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, Valdiney Clementino de Melo

PORTADOR(A) DO RG Nº 2975159 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 23/03/02

CPF 07306449490 /CNPJ ___.___.___-___/____-___, PROFISSÃO Recuso

E RENDA MENSAL DE R$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdiney Clementino de Melo, 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 benefiário/vitima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no 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/beneficários.**

RECEBIDO
27 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 8101-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13.381-4

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) _____

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.

Campina Grande, 10 de Março de 2017 — Valdiney Clementino de Melo

LOCAL E DATA — 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$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 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.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
23/03/2017 AUTOATENDIMENTO 16:01:12

Credito Direto ao Consumidor
Extrato de Operacao

Cliente: 106747326 VALDINEY CLEMENTINO DE MELO
CPF....: 071.064.494-90 Agencia: 8101-9

Operacao..: 868740323 ESPECIAL
Modalidade: 2997 BB CRÉDITO AUTOMÁTICO
Data do contrato...: 16/05/2016
Ag./Conta debito...: 8101-9 / 13.181-4
Indice atualizacao.: 0000 - PREFIXADO
Taxa de juros.....: 5,60% a.m. 92,29% a.a.
Qt.prestacoes.....: 10
Dia do debito.....: 07
Dias carencia.....: 23
Financiamento IOF..: 1 - FINANCIADO
Vl. solicitado.....: 700,00
Vl. juros carencia.: 29,07
Vl. financiado.....: 713,00
Vl. base prestacao.: 98,92
Dt.vencto operacao.: 07/04/2017
Tributos.....: 13,00
Seguros.....: 0,00
TAC.....: 0,00
Registros.....: 0,00
Outras Despesas....: 0,00

Vl.Base para o CET.: 713,00
Custo Efet. AM(%)..: 5,93
Custo Efet. AA(%)..: 99,72

INFORMACOES COMPLEMENTARES

	EM R$	%
VL.TOTAL EMPRESTIMO:	713,00	-
VALOR LIBERADO.....:	700,00	98,18
DESPESAS.....:	13,00	1,82
-TARIFAS.....:	0,00	0,00
-TRIBUTOS (IOF)....:	13,00	1,82
-SEGURO.....:	0,00	0,00
-OUTRAS.....:	0,00	0,00

Situacao operacao.: CONTRATO NORMAL
Qt.Parcelas em ser: 1
Proximo vencimento: 07/04/2017
Vl. prox.prestacao: 98,92
Novo vl. Prestaçao: 98,92
Vl. capital pago..: 657,87
Vl. juros pagos...: 232,41
Vl. encargos pagos: 0,00
Saldo devedor.....: 96,36
Posicao em.....: 23/03/2017

Valores sujeitos à alteraç es no decorrer do dia e/ou nas ocasioes dos pagamentos.

RECEBIDO
27 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

Boletim de ocorrencia

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00053.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 06/09/2016 **Hora:** 17:27:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Rua Juvêncio Arruda, Bodocongó, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Valdiney Clementino de Melo
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria do Socorro da Conceição e Valdemar Clementino de Melo
Idade: 32 **Data de Nascimento:** 20/12/1984 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Esperança
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Agente Funerário
Documentos(s) de Identificação: CNH nº 03929131600, CPF nº 071.064.494-90
Endereço: Rua Juvêncio Arruda, 450, Bodocongó, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98633-2882

RECEBIDO
27 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

TESTEMUNHA

Nome: Valdemir Pereira Farias
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Eliza Pereira Farias e Valmir Belo de Farias
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 27/06/1987 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Mototaxista
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 080.238.034-41
Endereço: Rua Juvêncio Arruda, 222, Bodocongó, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 99620-5356

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 18/04/17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AEY74324-JO6S
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

TESTEMUNHA

Nome: Venicio Belo da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Francisca Belo da Silva e Não Declarado
Idade: 40 **Data de Nascimento:** 09/07/1976 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Porteiro
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 025.870.434-92
Endereço: Travessa Souto Maior, S/Nº, Bodocongó, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98894-8876

DELEGACIA DE ACIDENTES DE SOLO PB

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo NXR160 BROS ESDD, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2015, placa QFH-3895, chassi 9C2KD0810FR443086, renavam 0104911813-5

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE

Exame de Lesão Corporal Leve/grave Nº 2

(1) Valdiney Clementino de Melo (VITIMA)

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/NXR160 BROS ESDD, Ano/Modelo 2015/2015, cor vermelha, Placa QFH3895-PB, Chassi de Nº 9C2KD0810FR443086, licenciada em nome de Gilvan Gomes Pereira,quando trafegava na rua Juvêncio Arruda, bairro de Bodocongó, momento em que o piloto de outra motocicleta de sinais e condutor não identificado, cruzou a via, tendo o comunicante colidido na referida moto, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura do Tornozelo direito e fratura do Rádio Distal na mão esquerda,sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas . Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

RECEBID
27 ABR 2017
GRUPO SEGURAD
BBMAPFRE

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341 6089
CNPJ: 09.365.545/0001 76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 18/04/17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AEV74325-6262
Consulte a autenticidade em https://seledigital.tjpb.jus.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Campina Grande/PB, 15 de fevereiro de 2017.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

VALDINEY CLEMENTINO DE MELO
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AE474386 - 9x27
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

RECEBIDO
27 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaracao de Inexistencia de IML

Eu, Valdiney Clementino de Melo, portador da carteira de identidade nº 2975159 e inscrito no CPF/MF sob o nº 071.064.494-90, residente e domiciliado na AV. Juvêncio Arruda 450 - Bodocongó, Cidade Campina Grande, 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

(X) 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 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.

RECEBIDO
27 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

Valdiney Clementino de Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Campina Grande 10-03-2017

Local e data

Comprovacao de ato declaratorio

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU REGIONAL CG – 192, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Valdiney Clementino de Melo,** vítima de acidente de trânsito no dia 06 de Setembro de 2016 aproximadamente às 17hs27min, End. R. Juvencio Arruda – Novo Bodocongo, sendo o paciente atendido e encaminhado para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 24 de Novembro de 2016.

RECEBIDO
27 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valdiney Clementino de Melo,

RG nº 9975159, data de expedição 23/01/02, Órgão SSP-PB,

CPF nº 071.064.494-90, 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)	AV: Juvencio Arruda
Número	450
Apto / Complemento	
Bairro	Bodocongó
Cidade	Campina Grande
Estado	Paraíba
CEP	58100.000
Telefone de Contato	83 98887-5470
E-mail	klelersongm@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina Grande 10.03.2017

Assinatura do Declarante: Valdiney Clementino de Melo.

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO CLEMENTINO
AV.JUVENCIO ARRUDA, 450/ - BODOCONGO
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100000 (AC 401)

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL - Área Sudoeste - Três Irmãos - Campina Grande/PB - CEP 58423-700
CNPJ 09 326 096/0001-95 Insc Est 16 003 839-1

Roteiro: 10 - 401 - 555 - 2650 Referência: Jul / 2016
Nº medidor: C149457445 - Emissão: 19/07/2016

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 104 237
Código para Débito Automático: 000003399299

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: www.cnergisa.com.br

Conta referente a	UC (Unidade Consumidora): 4/33925-9
Jul / 2016	Canal de contato

Apresentação

19/07/2016

Data prevista da próxima leitura

18/08/2016

CPF/ CNPJ/ RANI
55465315415
Insc. Est.:

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
16/06/16	10239	18/07/16	10273	1	15	33

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 14/07/2016 PAGAS OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Custo de Disponibilidade			13,10
PIS			0,11
COFINS			0,52

Histórico de Consumo (kWh)

Jun/16	21
Mai/16	37
Abr/16	32
Mar/16	32
Fev/16	34
Jan/16	35
Dez/15	28
Nov/15	0
Out/15	30
Set/15	30
Ago/15	0
Jul/15	13

Média dos últimos meses: 24 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	13,73	0,8019	0,11
COFINS	13,73	3,8019	0,52

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
26/07/2016	R$ 13,73

AUTENTICADO DO FISCO
f374.e736.ecd6.c95a.3368.6a1f.2b96.e953.

Indicadores de Qualidade 5/2016-Bria Vida

	Limites da ANEEL	Apurado
DEC ANUAL	10,00	0,00
FEC ANUAL	21,00	
DEC TRIMESTRAL	3,40	0,00
FEC TRIMESTRAL	9,85	
FEC MENSAL	13,70	
DMIC	3,11	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/BD	4,47	32,58
Compra de Energia	6,65	48,43
Serviço de Transmissão	0,33	2,40
Encargos Setoriais	1,85	13,02
Impostos, Custos e Encargos	0,63	4,58
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	13,73	100,00

Valor do EUSD (Ref. 5/2016) R$ 7,77

RECEBIDO
27 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Declaracao do proprietario do veiculo

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GILVAN GOMES PEREIRA,

RG nº 3090564, data de expedição 22/08/04, Órgão SPPB, portador do CPF nº 072.272.344-01, com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R VERIADOR PEDRO SABINO DE FARIAS, nº 400, complemento CRUZEIRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Valdiney Clementino de Melo cujo o condutor era Valdiney Clementino de Melo.

Veículo: Motocicleta Honda / NXR 160 BROS ESDD
Modelo: 2015
Ano: 2015
Placa: QFH-3895
Chassi: 9C2KD0830FR443086
Data do Acidente: 06/09/2016
Local e Data: Campina Grande 30/03/2017

8º OFICIO DE NOTAS

x Gilvan Gomes Pereira
Assinatura do Declarante

x Valdiney Clementino de Melo

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

8º CARTÓRIO DE OFÍCIO - Pedro O. de Lucena - TABELIÃO - Campina Grande

Serviço Notarial 8º Cartório
8º Ofício de Notas - Serviço Notarial
Rua Marquês do Herval, 83 - Centro - Campina Grande - PB - Cep 58400-087
Fone: (83) 3341-8085 - E-mail: cartorio8ogde@hotmail.com
Tabelião - Pedro Oliveira de Lucena

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de GILVAN GOMES PEREIRA
como: (X) Autêntica ( ) Semelhante
Dou fé, Campina Grande, 13 JAN 2017
Tabelião/Escrevente/Auxiliar

SELO DIGITAL: AEQ26433-94+U
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

RECEBIDO
27 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

Maria do Socorro de Conceição — Cirurgia

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
Código da Unidade: 00023671 — CNPJ:08-778.268/0001-60
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PARAÍBA — UF:25

DADOS DO PACIENTE
PRONTUÁRIO Nº.: 330435
Nome: ALDINEY CLEMENTINO DE MELO — Sexo: MASCULINO — Idade: 31,7
Profissão: AGENTE FUNERÁRIO — Documento: 04287850780
Endereço: RUA CAVALCANTE, 211 — Bairro: BODOCONGÓ
Município: CAMPINA GRANDE — Estado: — CEP:
Data Atendimento: 28/09/2016 18:37h — Código do Município: 250400
DTA. NASCIMENTO: 20/12/1984 — QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

RAÇA/COR
( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDA
( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:
Paciente vítima de acidente de moto, queixa de dor na perna e braço esquerdo, ferida e hematoma na perna, ferida no braço, uma escoriação

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE — TIPO
Rx tórax, pelve, perna e braço

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
1. Bolsa 1000
2. Dipirona 2ml + 2ml
3. Plasil 4mg + 4ml
4.

DIAGNÓSTICO / CID: Politrauma

NATUREZA DA CONSULTA
Consulta Básica (PAB):
Consulta Especializada: ortopedia

PROCEDIMENTO
Fratura exposta radio ulna
Fratura de tibia direita

TIPO DE ATENDIMENTO
[X] 01 - URGÊNCIA
[ ] 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
[ ] 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
[ ] 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
[ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

CIRURGIA REALIZADO EM: 28/09/16

MEDICAÇÃO
[ ] 01 - PRESCRITA
[X] 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO
[X] OBSERVAÇÃO [ ] RESIDÊNCIA [ ] INTERNAÇÃO
[ ] OUTRO HOSPITAL [ ] ÓBITO [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)
Genesino Leite de Carvalho
CIRURGIÃO GERAL
CRM 5476

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO
Bernânia Pereira da Silva Melo

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

RECEBIDO 27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR

MOD. 014

Documentacao medico - hospitalar

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

SAMU

Nome: Valdimey Clementino de Aloello
End: Rua Rozil Coutinho 311C Bairro: Bodocongó
Data de Nascimento: 30.12.1984 Documento de Identificação:
Queixa: acidente Data do Atend.: 06 09 16 Hora: 1834 Documento:
Acidente de trabalho? de ( ) Sim ( ) Não

não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
Pressão arterial: Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca.

MOD-110

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até [illegible]
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Enfermeira

Assinatura e carimbo do profissional

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Valdinary Gilvanildo de Melo D.N.: 20.12.1984

GOVERNO DA PARAÍBA

CI	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
	23	SUS	31	1320405

CIRURGIA: Fratura exposta de tornozelo + cirurgia de pulmão

CIRURGIÃO: Dr Ricardo Amorim + Dr João Paulo

ANESTESIA: MI

ANESTESIA: Bloqueio do plexo + Bloqueio Inguinal - Rafael

INSTRUMENTADORA:

DATA: 06.09.2014

INÍCIO: 22:40

FIM: 01:30

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Atropina amp.	01	Cath. nº Oxo		Catgut cromado Serix	
	Efedrina amp.		Cath. De Urina Sist. Fech.		Catgut cromado Serix	
	Dexacan amp.	15	Compressa Gazada		Catgut cromado Serix	
02	Fentanil amp.		Compressa Cirúrgica		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Coletor de		Catgut Simples Serix	
	Efetrine ml		Creme		Catgut Simples Serix	
	Petidogan amp.		Creme Kerr nº		Catgut Simples Serix	
01	Fenacetil ml		Creme Pennsa nº		Cera p/ osso	
	Droxa ml		Creme Pennsa nº		Ethibond	
	Keta ml		Escova de Macrogotas		Ethibond	
	Morfina 1% ml		Escova de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serix	
	Propofol amp.	02,5	Estabilizador Lateral		Fio de Algodão Suturpak	
	Raquicaína 10% Cristália		Fulgurim ml		Fio de Algodão Suturpak	
	Ondansetron ml	04	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita gaze	
01	Sufentanil Lidocaína		H_2O_2 ml		Monocryl	
	Thiopental ml		Intracath nº 18		Monocryl	
	Tramadol amp.		Intracath nº 20		Prolene Serix 2.0	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serix	
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serix	
	Dipirona amp.	02	Luvas 7,0		Vicryl Serix 2.0	
	Raxidil amp.		Luvas 7,5		Vicryl Serix	
	Rebocaid amp.	04	Luvas 8,0		Vicryl Serix	
	Gentamicina amp.	01	Luvas 3,5	02	penrose 1/2	
	Gilrex amp.	05	Ordenha Fio	01	sonda	
	Gluco de Cálcio amp.		Pólos			
	Morfogan ml		PVPI Degermante ml			
	Hepatrema ml	05	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	03	Sabão Antiséptico		SG Hemodinâmico 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado 500 ml	
	Metoclopramida	02	Seringa descartável 10 ml		SG Hipertônico 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa descartável 20 ml	04	SG Ringer 500 ml	
	Profenid	03	Seringa descartável 05 ml		SG 500 ml	
	Reversa amp.		Sonda		caixa 3,5 TU cirurgia	
	Ringer amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Dipirona ml		Sonda Nasogástrica	01	placa cont. 4x4	
01	Ranitidina		Sonda Uretral nº	02	parafusos 4x4	
02	Tramadol		Stendem ml	04	" " 4x4	
			Tomadinha	01	placa tarso de carpo e fuzis	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	02	parafusos 4x14	
	Agulha desc. 25 x 7	01	Gelco 18	01	" " 4x16	
	Agulha desc. 25 x 22	01	Lateral			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	ele trodo			
	Agulha Hipodérmica nº					
03	Agulha de Enfermagem 10%					
	Agulha Isolado ml					
06	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gazada					
	Algodão Hidrófilo amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- (X) Colchão de Ar
- (X) Seringa Elétrica
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- (X) Eletrocautério
- ( ) Oxicapnógrafo
- (X) Cardioscópio
- (X) Perfurador Elétrico

Gabriel

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

V03.09

TM Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

Nº 2545

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE: CAMARAGIBE — TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE: VALDINEY CLEMENTINO DE MELO

Nº DO PRONTUÁRIO: 330405 — Nº AIH: — CÓD. PROCEDIMENTO: — CONVÊNIO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: MAT. PINC. DE TRAUMA ESTÉSIA TORNOZELO E PRUNHO

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PLACA VOLAR 4x4 EM T		01	
PLACA TERMO OLE.		01	
PARAF. CORT. 3.5 x 14		03	
" " 3.5 x 16		04	
" " 3.5 x 18		02	
" " 3.5 x 34		02	
" " 3.5 x 45		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO: 06/09/2016 — DATA DA COMUNICAÇÃO: — MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM: Dr. RICARDO AMORIM

OBSERVAÇÕES

Ex. 3.5 simples

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		
Apnéia - 0 *Respiração Limitada, Dispnéia = 1* *Respiração profunda e tosse = 2*		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 *PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1* *PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2*		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 *Sat 02 > 90 com oxigênio = 1* *Sat 02 < 92% sem oxigênio = 2*		
Não responde ao chamado = 0 *Despertado ao chamado = 1* *Completamente acordado = 2*		
TOTAL DE PONTOS		

Assinatura Anestesista

Cirúrgica

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Valdiney Clementino de Melo Idade: 31
Convênio: SUS Data: 04/05/16
Procedimento: Trat. cirúrgico de paralisia ex. pós. do membro E + Tenoplastia D.

Cirurgião: Dr. Ricardo Arnom Auxiliar: Dr João Paulo Anestesista: Dr. Raquel

Início: 22:40 Término: 01:30 Anestesia: Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
02:30	143x81 mmHg	66bpm	93%	[illegible]	—	Sonolento
03:00	154x85	64	96%	[illegible]	—	" "
04:00	162x95	69	97%	[illegible]	(+) MMSS	" "

Medicamentos / Materiais	Qauntidade

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

MOD. 160

Isolamento

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DIAGNÓSTICO

Pós OP / Prat de FHZD e minho direito

Paciente	Valdiney Clementino [redacted]	Alojamento:	Leito	Convênio	SOLIDH.

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/09	2.Dieta Livre		
	2.SN. 1500ml EV/24h		
	3.Dipirona 02ML + AD EV 06/06h		
	4. Tilcil 20mg + AD EV 12/12h		
	5. Omeprazol 40mg EV/Bjm		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7.Nausedron 03 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9.SSVV + CDGG.		

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente: Valdiner Clementino		Nº Prontuário
Data da Operação: 06/08	Enf.	Leito
Operador: Dr. Ricardo	1º Auxiliar: Dr. Wagner	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura Radio Distal Esq. Fratura TAZ Direita		
Tipo de Operação: Osteossíntese		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato: S/N		
Acidente Durante a Operação: Não		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Víscera

1) Det AVF
2) Abordagem + Antibiótico
3) Campo operatório
4) Incisão da Pele
5) Abordagem cirúrgica cl ST 0,91
6) Redução cruenta da fratura
7) Fixação com placa em T 4/4 + parafusos
8) Incisão dorsal da tíbia
9) Redução cruenta da fratura
10) Fixação com placa 1/3 da canal + parafusos
11) Sutura + Curativo
12) TALA LUVA
13) TALA BOTA

Dr. João Paulo Oliveira Abreu
CRM-PB 6511

MHE 013

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

EVOLUÇÃO
GOUVEIA
51 ANOS.

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

P/ Valdinez

SAT - 0/100
Aplicar 1M
Fazer

EM FALTA!

MOD. 001

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5351

Data

Médico

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES: 2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES: 2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Valdemar Amerdino

6 - PRONTUÁRIO: 252768

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 0 4 2 1 0 4 2 8 1 7 8 5 0 1 7 8 1 0

8 - DATA DE NASCIMENTO: 2/12/84

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Maria do Socorro da Conceição

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rosil Cavalcante 355 - Bodocongó

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF: PB

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - DIAGNÓSTICO E SINTOMAS CLÍNICOS: Dor e deformidade em mão e PE direito. dor em deformidade

18 - CIDADES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: T10 C18

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RX + Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura de punho e TNT direito

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Osteossíntese

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA:

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO RAMO:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

46 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

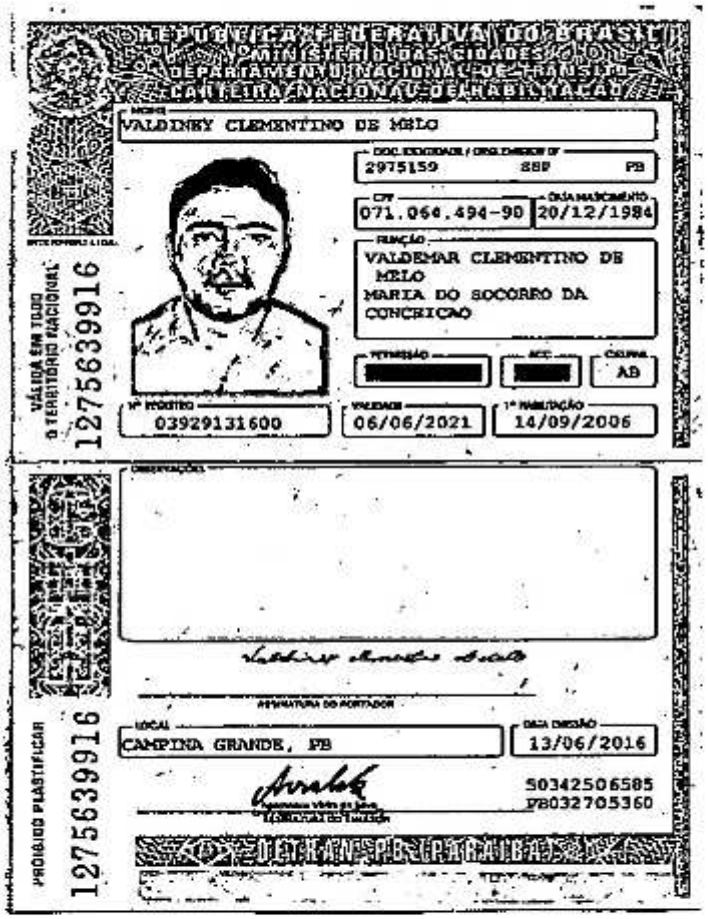
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

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

MOD. 201

Documentos de identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: VALDINEY CLEMENTINO DE MELO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 2975159 SSP PB

CPF: 071.064.494-90

DATA NASCIMENTO: 20/12/1984

FILIAÇÃO: VALDEMAR CLEMENTINO DE MELO
MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO

PERMISSÃO: [redacted]

ACC: [redacted]

CATEGORIA: AB

Nº REGISTRO: 03929131600

VALIDADE: 06/06/2021

1ª HABILITAÇÃO: 14/09/2006

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO: 13/06/2016

50342506585
PB032705360

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1275639916

PROIBIDO PLASTIFICAR

1275639916

DENATRAN - PERÍCIA CAIXA

RECEBIDO

27 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

DUT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE 0043205241

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012507528380
PRF 2016010000586035-8

VIA 1 | 01049118813-5 | 00700000000 | EXERC. 2016

NOME
GILVAN GOMES PEREIRA

07227236401 CNPJ | QFH3895/PB

NOVO CHASSI | UF PB | 9C2KD0810FR443086

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC | ALCOOL/GASOL

HONDA/NXR160 BROS ESDD | 2015 | 2015

CAP P/160 /CI | PARTIC | VERMELHA

IPVA PAGO EM 02/06/2016 | VENC/ COTAS

IPVA | 0 PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO | SEGURO | PRÉMIO TOTAL | PAGO 02/06/2016

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

CAMPIN | 02/06/2016
322 | 16209

CONTRAN

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012507528380 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

2016 | 02/06/2016

VIA 1 | 07227236401 CNPJ | QFH3895/PB

01040118135 | HONDA/NXR160 BROS ES

2016 | 9 | 9C2KD0810FR443086

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$) | DENATRAN (R$) | CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$) | IOF (R$) | TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)

PAGAMENTO | DATA DE QUITAÇÃO

1 COTA ÚNICA | PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

16209-1457575-20160602

RECEBIDO
27 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR

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): ***VALDINEY CLEMENTINO DE MELO*** **Sinistro:** ***3170235595*** **Data:** ***06/09/2016***

Endereço do(a) Examinado(a): ***AV JUVENCIO ARRUDA, 450, FDS - BOSTOCONGO - Campina Grande - PB - CEP 58100-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***ssp /PB***] ***2975159***

Data local do exame: [***11/05/2017***] ***Campina Grande*** [***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 DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO EXPOSTA E FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO. FERIDA OPERATÓRIO EM FACE VOLAR DE PUNHO ESQUERDO, BEM CICATRIZADA. ARCO DE MOVIMENTO: FLEXÃO?0-85, EXTENSÃO:0-90, DESVIO RADIAL:0-45, DESVIO ULNAR: 0-25, PRONAÇÃO:0-90, SUPINAÇÃO:0-90. AUSÊNCIA DE ATROFIAS. Ferida operatória bem cicatrizada em maléolo medial e maléolo lateral de tornozelo direito, sem atrofias. Arco de movimento: dorsiflexão: 0-30, flexão plantar:0-50, adução:0-30, abdução:0-30.

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.
ACIDENTE DE MOTO NO DIA 06/09/2016, ENCAMINHADO PELO SAMU AO PA DO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO MESMO DIA DO ACIDENTE(REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) TANTO DE FRATURA DE TORNOZELO COMO DE FRATURA DE PUNHO ESQUERDO. ALTA HOSPITALAR APOS QUATRO DIAS DA ADMISSAO. ACOMPANHADO EM AMBULATÓRIO, RECEBEU ALTA E ENCAMINHADO PARA FISIOTERAPIA (30 SESSÕES).

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

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe 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, §1° do art. 3° 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

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

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

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

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

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.

Rodrigo Porto Amorim Guedes - CRM: 6321 - PB

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Valdiney Clementino de Melo

DATA DO ACIDENTE 06/09/2016 CPF DA VÍTIMA 071.064.494-90

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE Campina Grande UF PB CEP

E-MAIL klebersongm@hotmail.com TELEFONE (83) 98887-5470

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

RECEBIDO
GRUPO SEGURADOR BMAPEE
27 ABR 2017

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

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

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

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

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIG GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA Valdiney Clemen

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADO

DATA

NOME

Outros

CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo
(●) Processo Novo ( ) Documentos Complementares

Atendente
ADRIANA LACERDA NOGUEIRA

Tipo de Sinistro
Invalidez Permanente/Total

Agência
SUCURSAL CAMPINA GRANDE

Nome do Requerente
KLEBERSON

Nome da Vítima
VALDINEY CLEMENTINO DE MELO

CPF da Vítima
07106449490

Documentos Complementares

- [x] Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- [x] CPF da Vítima
- [x] DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- [x] Boletim de Ocorrência Policial
- [ ] Identidade / CPF do Procurador
- [ ] Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- [ ] CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- [ ] Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- [x] Comprovante de Residência do Requerente
- [ ] Comprovante de Residência do Procurador

Morte

- [ ] Certidão de Óbito **(Cópia autenticada)**
- [ ] Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) **(Cópia autenticada)**
- [ ] Certidão de Casamento Atualizada **(Cópia autenticada)**
- [x] Autorização de Pagamento
- [ ] Prova de Companheirismo junto ao INSS
- [ ] Declaração de Dependentes na Rec.Fed.
- [ ] Prova de Dependência na CTPS
- [ ] Certidão de Nascimento ou Casamento
- [ ] Declaração de Únicos Herdeiros
- [ ] Certidão de Nascimento
- [ ] Certidão de Óbito dos Genitores
- [ ] Alvará Judicial

Invalidez Permanente

- [ ] Laudo do IML com Alta Definitiva **Cópia autenticada**

Outros Doctos. Entregues e Observações

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO IML

DAMS

- [ ] Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar
- [x] Relatório Médico
- [ ] Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)
- [ ] Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)
- [ ] Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros

0119036

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até acomplementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente

RECEBIDO
27 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170235595 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: VALDINEY CLEMENTINO DE MELO **Data do acidente:** 06/09/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta de punho esquerdo e tornozelo direito submetidos a tratamento cirúrgico de osteossíntese

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170235595 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: VALDINEY CLEMENTINO DE MELO **Data do acidente:** 06/09/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO EXPOSTA E FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: FERIDA OPERATÓRIO EM FACE VOLAR DE PUNHO ESQUERDO, BEM CICATRIZADA. ARCO DE MOVIMENTO: FLEXÃO: 0-85, EXTENSÃO:0-90, DESVIO RADIAL:0-45, DESVIO ULNAR: 0-25, PRONAÇÃO:0-90, SUPINAÇÃO:0-90. AUSÊNCIA DE ATROFIAS. Ferida operatória bem cicatrizada em maléolo medial e maléolo lateral de tornozelo direito, sem atrofias. Arco de movimento: dorsiflexão: 0-30, flexão plantar:0-50, adução:0-30, abdução:0-30.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE MOTO NO DIA 06/09/2016, ENCAMINHADO PELO SAMU AO PA DO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO MESMO DIA DO ACIDENTE(REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) TANTO DE FRATURA DE TORNOZELO COMO DE FRATURA DE PUNHO ESQUERDO. ALTA HOSPITALAR APOS QUATRO DIAS DA ADMISSAO. ACOMPANHADO EM AMBULATÓRIO, RECEBEU ALTA E ENCAMINHADO PARA FISIOTERAPIA (30 SESSÕES).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 11/05/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos a conclusão do examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Rodrigo Porto Amorim Guedes

CRM do médico: 6321

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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: