

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ANDERSON MELO DE ANDRADE**

Nº Sinistro: **3180222928**

Vitima: **ANDERSON MELO DE ANDRADE**

Data do Acidente: **04/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180222928**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12818336



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta nº: 12896991

A/C: ANDERSON MELO DE ANDRADE

Nº Sinistro: 3180222928
Vítima: ANDERSON MELO DE ANDRADE
Data do Acidente: 04/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

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: ANDERSON MELO DE ANDRADE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004823

Conta: 000009498-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Bene[]ário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Bene[]ário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Bene[]ário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do bene[]ário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Bene[]ário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

110.393.944-00

Anderson Melo de Audiade

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

Email

CPF titular da conta

Proteção

Número

Complemento

Estado

CEP

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinala e uma opção)

BRASECO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na conta e agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 15 de maio de 2018

Local e Data

Anderson Melo de Audiade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00899.01.2018.1.00.420

443026

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00899.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:28 horas do dia 09 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Anderson Melo de Andrade**, CPF nº 110.393.944-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Garçom, filho(a) de Walkiria Melo de Andrade e Bonaldo de Andrade Filho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1995 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Geraldo Francisco dos Santos, Nº 112, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Cond. Geisel Prive, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98605-7772.

Dados do(s) Fatos:

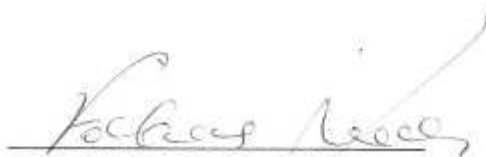
Local: Av. Hilton Souto Maior, Próximo Ao Posto Federal, João Pessoa/PB, bairro Ponta do Seixas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/11/17 20:35h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, VERMELHA, 2017/2017, PLACA QFF1103/PB, CHASSI 9C2KC2200HR602426, registrada em nome de WALKIRIA MELO DE ANDRADE, quando ao fazer uma curva perdeu o controle vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0092/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 15.01.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido em veículo particular; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 09 de maio de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ANDERSON MELO DE ANDRADE


Procedimento Policial: 00899.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Anderson Melo de Azevedo

CPF da Vítima

110.393.944-00

Data do Acidente

04.11.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa 15 de maio de 2018

Local e Data

Anderson Melo de Azevedo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

HOSPITAL MANGABEIRA GOV. FARCISIO EURITY

DE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

- CNPJ:

Ficha Nr: 75105

Atd: Nao Regis

Data: 04/11/2017

Hora: 21:47:58

Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO

Clinica: CIRURGICA

DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

AUDERSON MELO DE ANDRADE

Num. Prontuario: 2017.11.000517

Idade: 22 anos Sexo: M IDENTIDADE: 3944702 Fone: 998639114

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/10/1995 Id: 22 ano(s)

End: RUA JOSE ESTEVAO DA SILVA, 203

Bairro: JOSE AMERICO DE ALMEIDA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mãe: WALQUIRIA MELO DE ANDRADE

Paí:

Raca: BRN INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: CARCOM

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Respi: NOIVA - THALIA

Tel/Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA 98803-8614 (maí)

Veículo Utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

1 | Caso Policial



PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

FA: FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

FC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Feso: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia: IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Circ. Abd: Q2:

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vômito

Queixa Principal

Observacao

DE MOTO. TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO. ESCORBATOES NOS MMSS E JOELHO DIREITO.

NEGA PANCADA NA CABECA, DESMAIO E VOMITO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Exame físico - vítima de trauma de punho esquerdo, após queda de moto. Trauma no punho esquerdo, escorbatoes nos MMSS e joelho direito. Não há lesões na cabeça, pescoço ou tórax. Não há sinais de choque. Paciente está consciente e orientado. Exame de punho esquerdo: edema, dor à palpação, deformidade. Exame de joelho direito: edema, dor à palpação, deformidade. Exame de MMSS: edema, dor à palpação. Exame de tórax: sem alterações. Exame de abdome: sem alterações. Exame de membros inferiores: sem alterações. Exame de pele: sem alterações. Exame de mucosas: sem alterações. Exame de reflexos: sem alterações. Exame de sensibilidade: sem alterações. Exame de força: sem alterações. Exame de marcha: sem alterações. Exame de equilíbrio: sem alterações. Exame de coordenação motora: sem alterações. Exame de função neurológica: sem alterações. Exame de função cardiovascular: sem alterações. Exame de função respiratória: sem alterações. Exame de função renal: sem alterações. Exame de função hepática: sem alterações. Exame de função endócrina: sem alterações. Exame de função imunológica: sem alterações. Exame de função reprodutiva: sem alterações. Exame de função sensorial: sem alterações. Exame de função motora: sem alterações. Exame de função integrativa: sem alterações. Exame de função adaptativa: sem alterações. Exame de função homeostática: sem alterações. Exame de função de defesa: sem alterações. Exame de função de reparação: sem alterações. Exame de função de crescimento: sem alterações. Exame de função de desenvolvimento: sem alterações. Exame de função de maturação: sem alterações. Exame de função de envelhecimento: sem alterações. Exame de função de morte: sem alterações.

Diagnóstico *Lesão no punho (E).* Conduta *Ex de punho (E).*

Indicação

Horario da medicacao

*Dr. Anderson de Siqueira, 23/8/2017
Dr. Anderson de Siqueira, 23/8/2017*

*SOT
Paciente com fratura do radio distal E lesões musculares*

*Dr. Anderson de Siqueira
23/8/2017*

Dr. David Anderson de Siqueira
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PB 10.941



CA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO
Rua Feliciano Cirne, 220 - JARDIM
CEP: 58.015-570 - CAMPUS

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO

WALKIRIA MELO DE ANDRADE
RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS, 112 - GRAMAME
JOAO PESSOA PB 58068-355

ABR/2018

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.036.573.0294.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A12B061756	07/04/2014	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS / PRÓXIMA LEITURA		
381		391	10	30 03/05/2018		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
MAR/2018	12	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
FEV/2018	10	0	TURBIDEZ	0	€	0
JAN/2018	14	0	CLORO	0	€	0
DEZ/2017	12	0	COL. TERMOT	0	€	0
NOV/2017	8	0	COR	0	€	0
OUT/2017	10	0	COL. TOTAIS	0	€	0
MEDIA(M)	11					
DADOS REFERENTES A: FEV/2018						

DADOS REFERENTES A: FEV/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 04/04/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 09:59:48

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	36,84
ESGOTO		
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 12/2017		0,93
JUROS DE MORA 12/2017		0,94

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,41 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 17/04/2018

Total a Pagar:

R\$ 38,71



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 MAI 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DIPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 MAI 2018
Genta Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 176 St. 108-João Pessoa/PB

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204 ou 0800-221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ n.º 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Diego Pereira de Sampaio inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.714.324-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Auderson Melo de Andrade inscrito
(a) no CPF sob o Nº 110.393.944-00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima
Auderson Melo de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.393.944-00, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Dep. Odor Bezerra</u>	Número <u>184</u>	Complemento <u>Sala 368/369</u>
Bairro <u>Tamboré</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	CEP <u>58020-100</u>
Estado <u>PB</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83-3512-6017</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-9884-7135</u>

João Pessoa 15 de maio de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wolkiria Melo de Andrade,
RG nº 2334138, data de expedição 23/12/2008
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 029.041.964.63 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Geraldo Figueiredo da Silva, nº 112
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Anderson Melo de Andrade, cujo o condutor era
Anderson Melo de Andrade.

Veículo: Moto Honda
Modelo: CG 360 FANESDI
Ano: 2017
Placa: QFF3103/PB
Chassi: 9E2KC2200HR602426
Data do Acidente: 04 de Novembro de 2017
Local e Data: Av: Wilton Santos Maia, Bairro Sereia

Wolkiria Melo de Andrade
Assinatura do Declarante

Anderson Melo de Andrade

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



CERTIDÃO

Nº. 0092/2018

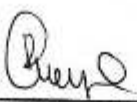
Atendendo solicitação de **ANDERSON MELO DE ANDRADE** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº75105 e prontuário Nº 2017.11.000517 pertencente ao 7requerente que foi atendido dia 04/11/2017 às 21H47min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 05/11/2017 com alta médica dia 07/11/2017.

E para constar eu, **ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA**, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

Dr. Rossana de Fátima de Araújo Barbosa
CRM/ 3533

João Pessoa, 15 de janeiro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3533



MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA
SPEDACAR MANGABEIRA GOV. CARCISIO SURTI
F. FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

Ficha Nr: 75103 Atcd: Nao Reg
Data: 04/11/2017
Hora: 21:47:58
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO
Clínica: CIRURGICA

DO PACIENTE

ANDRÉ LUI MELO DE ANDRADE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.11.000517

Id: 3944702 Sexo: M Fone: 998639114

Identidade: 3944702 Fone: 998639114

Data Nasc.: 30/10/1995 Id: 22 ano(s)

End.: RUA JOSE ESTEVÃO DA SILVA, 235

Bairro: JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA Cidade: JOÃO PESSOA UF: PB

Nome: WATSONIA MELO DE ANDRADE

Raca: SEM INFORMACAO

Etnia: SEM INFORMACAO

Informacoes de Entrada

Resp.: MOTA - THALIA

Tel/Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA 98803-8614 (mae)

Veiculo Utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente com: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

Policial

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

FC: FR:

FC: TP:

FC: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: Q2:

Queixa Principal

TRAUMA NO FUNHO ESQUERDO.
ESCORIAÇÃO NOS MMSS E JOELHO DIREITO.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito
Observacao

NEGA PANCADA NA CABECA, DESMAIO E VOMITO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente portador de trauma no funho esquerdo, escoriação nos MMSS e joelho direito. Negativa para trauma na cabeça, desmaio e vomito. Exame físico: FC: FR: FC: TP: FC: Altura: Glicemia: IMC: Circ. Abd: Q2: Conduta: Alta de urgência.

Diagnóstico: Trauma no funho esquerdo. Conduta: Alta de urgência.

Prescrição

Horario da medicacao

Prescrição: 2018/05/04

SOT
Paciente sem trauma do membro distal E h.s. minimizados

Dr. David Anderson B. Silva
CRM 10.941

Dr. David Anderson B. Silva
CRM 10.941

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 04/11/17

Nome: Anderson Melo de Andrade
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: Valéria Melo de Andrade
 Endereço: R. Tobias Barreto Lins 269 Bairro: Leonel
 Cidade: João Pessoa Estado: PB Fone: _____ Profissão: garçon
 Sexo: F () M (X) Cor: Pardo Estado Civil: solteiro Religião: _____
 Escolaridade: Ensino médio completo Data de Nascimento: 1/1

QPD: Doença pulmonar E há 02 anos
 HDA: Problema respiratório de longa data, progressivamente
de início com sintomas noturnos e Di + Edema + dispnéia
em repouso.
Estabilizado em Rx pulmonar de 2006 até 15
manuseio pulmonar.



Medicações em uso: 0

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
 [] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: 0

Alergias: 0

Cirurgias: 0

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: Lesões pelo sol

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

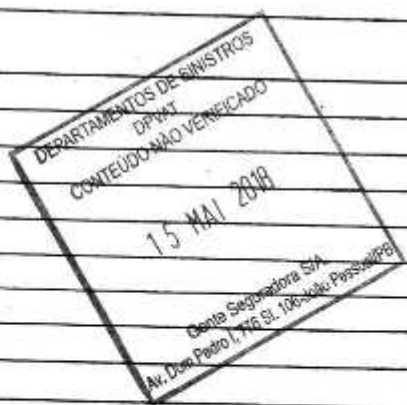
SN: _____

Resultados de Exames Complementares:

Indicação para atendimento noturno

Hipóteses Diagnósticas: Síndrome do raio dental E

Condução: Intensamente





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Do 1º ao 6º bloco de
cintura e abdominal
na qual se coupo

Incisão:

Longitudinal da linha

Achados:

Tr. Nódulo dorsal (E)

Conduta:

Exatidão apertada + fixação
na "15" 3x3 + 02 fios de
na 2ª e 3ª - 2x1 curvatura
+ fechamento da Placa
Póster de humeross
+ 02 fios
+ 02 fios - 1x1
+ 02 fios de 15x15

Fechamento:

OBS:



Data:

05/06/17

Dr. Aurélio de Sá Píolo
CRM-87431PB
MÉDICO/CRM



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

RETORNO

PIVA

18/05/18 @

11:30 L

~~DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 MAI 2018~~

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 MAI 2018
Genta Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB

Assinatura e Carimbo



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

ASTOR

14/12/12

11:30L



Assinatura e Carimbo





106 LINHA ÚNICA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

Reparo DPA

30/11/12

Retorno:

11:30L



Assinatura e Carimbo





PACIENTE:

CIENTE: Andrés
del

DATA DO ATENDIMENTO: 06/11/16

☐ N° PRONTUÁRIO:

MÉDICO (CARIMBO): Dr. J. J. J. J. J.

DIAGNOSTICO: Tubo Arterial - 1 mg
PROCEDIMENTO: 1

+ Pick up milk

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

[illegible]



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) ANDERSON MELLO DE ARAÚJO portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S52.5, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 (noventa) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 18/01/18

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, s/n, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

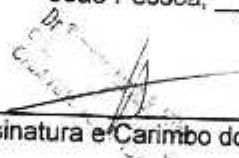




ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) ANDRÉ M L A portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S52.5, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 05/11/17


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58068-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Anderson Ribeiro de Almeida portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10:00 horas, portador(a) da patologia CID-10 S. S. 2. S, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 Trinta dias, a partir desta data.

João Pessoa, 05.11.17

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM - RN 8498

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Anderson Wilson Amorim
IDADE _____ **SEXO** M **COR** _____ **CLÍNICA** AC TOPECAI **ENF.** 04 **LEITO** 118
DATA DE ADMISSÃO 05-11-17 **DATA DE ALTA** 07-11-17 **TEMPO DE PERMANÊNCIA** 02 dias
DIAGNÓSTICO INICIAL Ferida aberta dorsal @
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO _____ CID _____
OUTROS DIAGNÓSTICOS _____
PRINCIPAIS EXAMES Ax Punha @
PROCEDIMENTO REALIZADO: Poincet com sutura na ferida dorsal @ - Foi lavada e fechada com 4 pontos + Faixa elástica.
TERAPIA MEDICAMENTOSA _____
ANATOMIA PATOLÓGICA _____
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO **COLETA DE MATERIAL** ☐ SIM ☒ NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA _____
CONDIÇÕES DE ALTA ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Poincet com sutura na ferida dorsal @ - Foi lavada e fechada com 4 pontos + Faixa elástica.
Baixo Alívio + Faixa elástica.
DIETA: Líquida
REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 45 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em ____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: Repetir o uso da Faixa elástica.
RETORNO Ao posto de saúde em ____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Terceiro andar em 30 dias para revisão.
DATA 07-11-17
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.
Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM - RN 2498
ASS. MÉDICO / CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

F-236

Anderson Melo de Andrade
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.944.702 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/02/2011

NOME ANDERSON MELO DE ANDRADE

FILIAÇÃO BONALDO DE ANDRADE FILHO
WALKIRIA MELO DE ANDRADE

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ~~JOÃO~~ PESSOA-PB 30/10/1995

NASC.N.5.206 FLS.102 LIV.A-06

CPF CARTORIO 13º JOÃO PESSOA-PB

João Pessoa - PB

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 MAI 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **110.393.944-00**

Nome: **ANDERSON MELO DE ANDRADE**

Data de Nascimento: **30/10/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **25/02/2011**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:56:57** do dia **15/05/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B4FD.814C.2DB4.F0A0**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174276/18
Vítima: ANDERSON MELO DE ANDRADE
CPF: 110.393.944-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/11/2017
Titular do CPF: ANDERSON MELO DE ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANDERSON MELO DE ANDRADE : 110.393.944-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA : 057.714.324-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/05/2018
Nome: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA
CPF/CNPJ: 057.714.324-74

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180222928 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON MELO DE ANDRADE **Data do acidente:** 04/11/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MS ESQUERDO: 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:

OUTORGANTE: Anderson Melo de Andrade
brasileiro (a), estado civil solteiro, profissão Garçom
Documento de Identificação RG Nº 3.944.702, data da expedição: --
25/02/2011, CPF/MF nº 110.393.944-00, residente e domiciliado
(a) Rua General Francisco dos Santos, 112
cidade de João Pessoa, Estado Paraíba
CEP 58068-355, telefone: 98605-7772

OUTORGADO: LIBN DIEGO PEREIRA DE SOUSA, RG Nº 2933675, CPF/MF nº 057.714.324-74, com endereço cito à Av. Dep Odon Bezerra 184, Sala 369 piso E-3, cidade de João Pessoa, Estado Paraíba.

OUTORGADO: MARCILIO FERREIRA DE MORAIS, RG Nº 2797451, CPF/MF nº 075.198.084-67, com endereço cito à Av. Dep Odon Bezerra, 184, Sala 369 piso E-3 cidade de João Pessoa, Estado Paraíba.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar e entregar documentos referentes a pedidos de indenizações do **SEGURO DPVAT** junto as Seguradoras credenciadas à Líder em todas as naturezas (**INVALIDEZ, ÓBITO E DAMS**), receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso e Acompanhar o andamento do sinistro, apresentar documentos que por ventura sejam solicitados posteriormente, ser informado sobre a data da perícia com médico credenciado pela Líder, realizar contestações Junto à Líder e a SUSEP.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

_____, de _____ de 2018.

Anderson Melo de Andrade

OUTORGANTE

