

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10405862

A/C: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170048179 ASL-0021850/17

Vitima: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Data Acidente: 20/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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.dpvatsegurodotransito.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.dpvatsegurodotransito.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 Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta nº: 10801511

A/C: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Sinistro: 3170048179 ASL-0021850/17
Vítima: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO
Data Acidente: 20/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10902115

A/C: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Sinistro: 3170048179 ASL-0021850/17
Vítima: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO
Data Acidente: 20/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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: **EDIVALDO SILVA DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **0000089054-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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, Edinaldo Silva de Araújo
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2187592 EXPEDIDO POR SSP PB EM 11/02/2016
 CPF 027059174-54 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Recebeu - R
 E RENDA MENSAL DE R\$ 900 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edinaldo S de Araújo 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 SISEDPVAT 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.

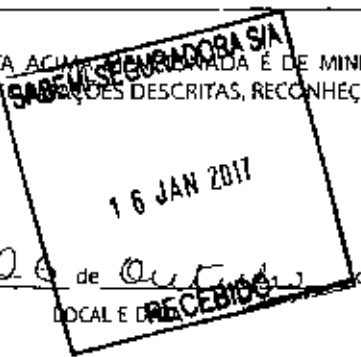
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 89054-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA INFORMADA 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.



J.P. Pessoa de Outubro de 2016 Edinaldo Silva de Araújo
 LOCAL E DATA RECEBIDO 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.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 04153.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04153.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 26 dias do mês de Setembro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, Escrivão De Polícia, às 09:27 horas, compareceu **EDIVALDO SILVA DE ARAÚJO**, nacionalidade **BRASILEIRA**, profissão **Pedreiro**, naturalidade **João Pessoa/Paraíba**, data de nascimento **23 de Agosto de 1979**, idade **37**, filiação **Maria Marta de Araújo e Manoel Pereira de Araújo**, Documento - CPF: **027.059.174-54**, residente **Rua Maestro Heitor Vilas Lobo, 192** [NÃO INFORMANDO], Oitizeiro, na cidade de **João Pessoa/PB**, telefone **(83) 98822-1080**.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Miramar, João Pessoa - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 20/06/16 06:40

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 20/06/16, por volta das 06:40h, quando conduzia a motocicleta de marca **HONDA/CG 160 START**, cor **preta**, ano **2016**, de placa **QF0-9665/PB**, chassi nº **9C2KC2500GR011709**, de sua propriedade, pela **Avenida Beira Rio**, no sentido **centro/praiá**, ao chegar nas proximidades da alça que dá acesso a rodovia **BR-230**, após atingir um ciclista, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura de calcâneo esquerdo, sendo socorrido pelo resgate do corpo de bombeiros e conduzido ao **Complexo Hospitalar de Mangabeira**, onde se submeteu a procedimentos médicos.

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

João Pessoa (PB) 26 de Setembro de 2016

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão De Polícia

Edivaldo Silva de Araújo
EDIVALDO SILVA DE ARAÚJO
Noticiante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 136.602-3



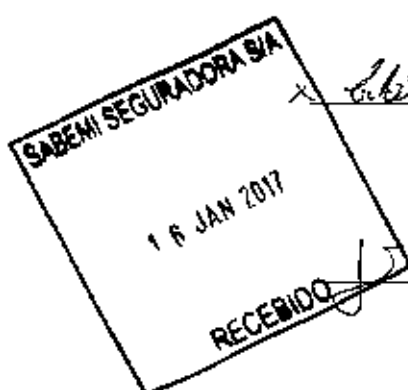
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edivaldo Silva de Araújo, portador da carteira de identidade nº 2187592 e inscrito no CPF sob o nº 02705917454 residente e domiciliado na R. Manoel Fátima Vieira Lopes, 192 Olímpio, Cidade J. Pessoa, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ 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.



Edivaldo Silva de Araújo
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

J. Pessoa PB. 26/10/2016
Local e data



VISTO EM: 29/07/16

Klerson LINOOLIN de Almeida Vieira

MAJ. QO BM Mat. 522.829-8

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**



João Pessoa-PB, 27 de Julho de 2016.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 295/2016

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas, no dia 20/08/2016, conforme requerimento nº 300/16 solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 07h05min o(a) Sr(a) **EDIVALDO SILVA DE ARAÚJO** CPF Nº 027.059.174-54, vítima de acidente de trânsito (colisão moto - bicicleta) ocorrido na Av. Beira Rio, Altiplano, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de pré-nº AR-44 tendo como chefe o **SOLDADO BM Josemildo Pereira da Silva Filho** Matrícula 523.269-4, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando luxação no tornozelo esquerdo. A vítima era condutora da moto/bicicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Terecio Burty.

Para constar, Sr. **Elizabeth Gurão Leônico Pinheiro** SD BM, Mat. 523.935-00 (R. Pinheiro) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digite e presente certidão que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

SABEM SEGURANÇA S/A

16 JAN 2017

Elisete Bruno de Souza Santiago
Ten. QO BM
Mat. 523.685-1

Chefe da 3ª Seção

Serviço Registrado no Livro de Ocorrências - 11ª Oficial / Oficial, Obediente Silva Marques

Autenticado em: 22/08/2016 por: 11ª Oficial, Obediente Silva Marques

João Pessoa, 22.08.16

Autenticado em: 22/08/2016 por: 11ª Oficial, Obediente Silva Marques

Mat. 523.269-4



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/Nº, Conj. Pedro Góndim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: baphpb@bombeiros.pb.gov.br

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000089054-0

Nr. da Autenticação 25E9560419FBC044

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edivaldo Silva Araújo

RG nº 2187592, data de expedição 11/02/2016

Órgão DETRAN/PB, CPF nº 027.059.174.59, 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>Quartão Anita Xisto Lopes</u>
Número	<u>192</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Guajará</u>
Cidade	<u>J. Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58087-210</u>
Telefone de contato	<u>(83) 987326364 / 35126361</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa / PB 26/10/2016

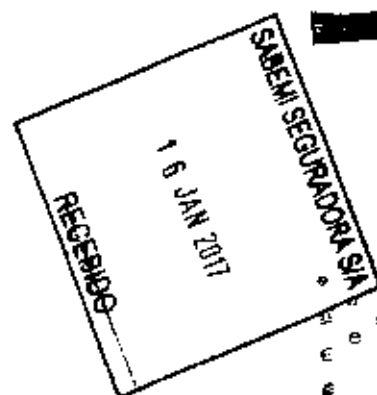
Edivaldo Silva Araújo
Assinatura do Declarante





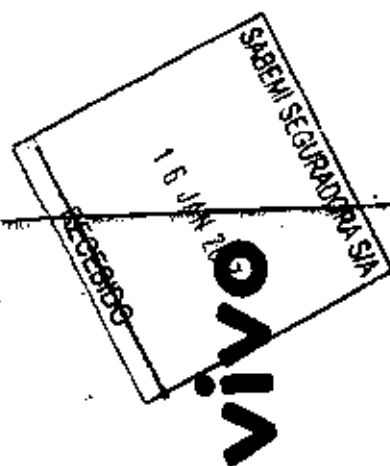
Banese
Card

Quem usa se dá bem.



EDIVALDO SILVA DE ARAUJO
RUA MAESTRO HEITOR VILLA LOBOS 192
CITIZEIRO
58087-210 JOAO PESSOA (PB)





CTD RECIFE PE JPA 9L9
ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV JOAO MACHADO, 389
SL 01
58013-520 JOAO PESSOA -PB

011812



50 13148850 77422 00000011812 30 090816

Data da Postagem: 09/08/2016

vivo Conexão como nenhuma outra.

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 ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Edivaldo Silva de Araújo do sinistro de DPVAT da natureza Tpa da vítima Edivaldo Silva de Araújo, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





ENTRADA
FATURADO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

20-06-16

Auto

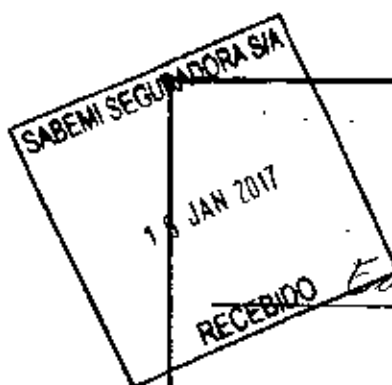
Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY

PRONTUÁRIO

Nº: 2016.06.001697

SISREG
INTERNADO EM
20/06/16
VISTO: Carvalho



NOME DO PACIENTE:

Edneildo Silva de Araújo

ENFERMARIA:

21

LEITO:

06

— DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 862016

Atd: Nao Regul

HOSPITALAR MANGABEIRA

Data: 20/06/2016

ESCALA JOSE COSTA DUARTE, S/N

Hora: 07:40:22

384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DA S

AX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Num. Prontuario: 2016.06.001697

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2187592 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/08/1979 Id: 36 ano(s)

End.: QD 01 LT 30,

Bairro: BATRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: MANOEL PEREIRA DE ARAUJO

Mae: MARIA MARTA DE ARAUJO

Ocupação: SERVENTE DE OBRAS

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 2187592

Procedencia: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

Transporte utilizado: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: MOTOBICICLETA (COND MOTO) AS 7:05 BEIRA RIO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

[] Regular [] Chocado

Queixa Principal

[] Vômito

Observacao



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

IV Voltaren 100mg IM
TH/Dipirona 100mg CV

Dr. Adriano Dias Tajato
CRM-PB 5339
Eduardo Moraes Campos
CRM-PB 8798

Ortopedia

Revisão última de acidente automobilístico 10/3
envolvendo com o veículo em TNE (E).
Pulsos pedinais presentes

CD: Rx tornozelo, perna e pé

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edineide da Silva de Araújo Data da Admissão: 20 / 06 / 16
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado-Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

QPD: Dor e edema em calcâneo esquerdo

HDA: Paciente relata de um duto de mato encalhado
na dor e edema em calcâneo esquerdo

Dr. Tullio

Medicações em uso: _____

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-reposouso ☐ 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: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] 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: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura do calcâneo ③*

Conduta: *- Solicito TC*
- Internar para tratamento cirúrgico

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Plt 18 DP 12 (23) Anestesia
 A Anterior 16h 7 Caparimangum

Incisão:

Longitudinal lateral em
 12º coluna (18)

Achados:

Fratura 2ª Coluna (18)

Conduta:

- 1) Abertura da Placa
- 2) Remoção da fratura
- 3) Praxia 1 Placa e Parafusos
- 4) Sutura

Fechamento:

Woundy

OBS:

sem Interferência

Data

09, 07, 18

MÉDICO/CRM

Dr. Teófilo de Almeida Ribeiro Filho
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - RJ 18.888



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Edinaldo S. de Araújo</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
			<u>917</u>		
DATA DE ADMISSÃO: <u>20/06/16</u>		DATA DE ALTA: <u>13/07/16</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fx. Colúmbica</u>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Rx + Ex. Jussu</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Ex. cirúrgico</u>					
TERAPIA MEDICAMENTOSA: <u>Antibiótico</u>					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÃO DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLICAÇÕES)
<u>Releite ST A.C. ; orientado a</u>
<u>retorno p/ pneumotórax</u>

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	<u>45</u>
REPOUSO:	Relativo em casa por <u>30</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <u>30</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico em <u>30</u> dias e com esforço maior em <u>30</u> dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Manter a ferida limpa e seca. Usar gaze e algodão 3 vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	<u>Antibiótico</u>
RETORNO	Ao posto de saúde em <u>1-5 JAN 2017</u> para retirada de pontos Ao Ambulatório de <u>30</u> dias para revisão.

DATA: <u>14/07/16</u>	RECEBIDO	ASS. MÉDICO / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO / ORGÃO EMISOR
21/07/1979 SSP PB

Nº de identificação
027.059.174-58

Data de expedição
23/08/1979

FILIAÇÃO
MANOEL PEREIRA DE ARAUJO
MARIA MARTA DE ARAUJO

PERMISSÃO
NACIONAL

REC
AD

Nº REGISTRO
00431961630

VALIDADE
11/02/2021

EXPIRAÇÃO
06/11/1998

OBSERVAÇÃO

Assinatura
Assinatura do titular

Assinatura do responsável
Assinatura do responsável

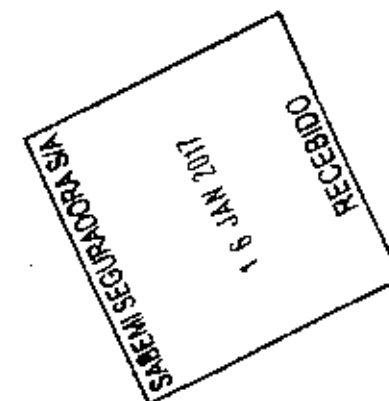
LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

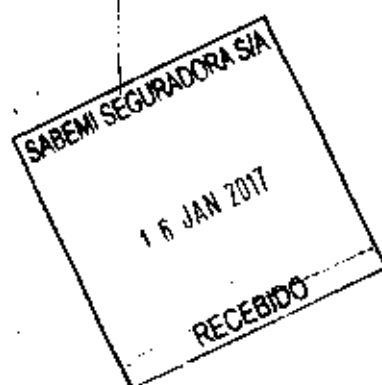
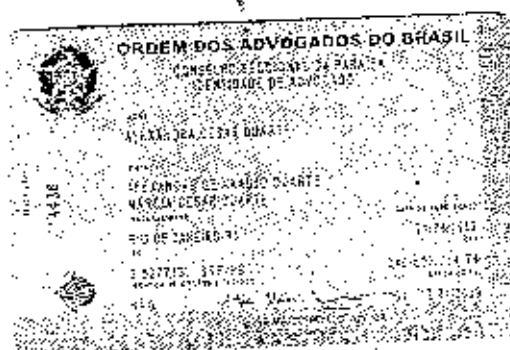
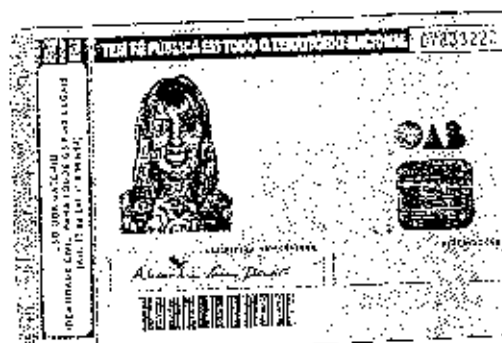
Data de emissão
11/02/2016

Nº de identificação
66201162765

Nº de identificação
PB032104766

PROTEÇÃO PLÁSTICA
1275459323





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012650568919
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VENC. ANO FAB. ANO MOD. 2016 0000215642-9
1 0108774252-5 00/00000000 2016

EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

CPF/CNPJ 02705917454

PLACA QF09665/PB

PLACA INT./UF NOVO PB 9C2KC2500GR011709

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

CAR/POT/CIL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA IPVA PAGO EM 31/05/2016

FAIXA 0

PREMIO TARIFARIO

***** SEGURO P A G O 31/05/2016

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA - PB

41947

02/06/2016

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS
AUTOMOTORES DE VIATURAS
TRANSPORTAÇÕES

PB Nº 012650568919

BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradora.com.br
SAC DPVAT 0800 231 110

2016 02/06/2016

CPF/CNPJ 02705917454 QF09665/PB

RENAVAL 01087742525 HONDA/CG 160 START

ANO FAB. 2016 ANO MOD. 9 9C2KC2500GR011709

PREMIO TARIFARIO

***** SEGURO P A G O

***** 31/05/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09 248.808-0001-04

www.seguradoredpvat.com.br

7003781-0800501-20160602

SABEM SEGURADORA S/A
16 JAN 2017
RECEBIDO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170048179

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Data do acidente: 20/06/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do calcâneo ESQ.

Descrição do exame Pct tem claudicação à ESQ, e alargamento do retro-pé.

médico pericial: Tem déficit da dorsi-flexão (-15°), déficit da flexão plantar (-10°), bloqueio da inversão e eversão do tornozelo.

Resultados terapêuticos: Pct tem claudicação à ESQ, com alargamento do retropé.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/04/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Jocemir Paulino da Silva Junior

CRM do médico: 6979

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

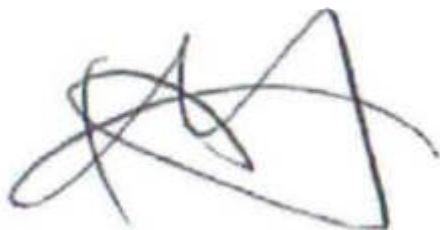
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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): **EDIVALDO SILVA DE ARAUJO** Sinistro: **3170048179** Data: **20/06/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Maestro Heitor Villa Lobos, 192 - Oitizeiro - João Pessoa - PB - CEP 58087-210**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2187592**

Data local do exame: [**18/04/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do calcâneo ESQ. Pct tem claudicação à ESQ, e alargamento do retro-pé.

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.
Pct tem claudicação à ESQ, com alargamento do retropé. Tem déficit da dorsi-flexão (-15º), déficit da flexão plantar (-10º), bloqueio da inversão e eversão do tornozelo.

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.

Déficit da eversão e inversão do tornozelo. Diminuição da dorsi-flexão e flexão plantar. Alargamento do retropé. Presença de cicatriz cirúrgica lateral no pé ESQ (em L) e porta radiografia que evidencia placa lateral e parafusos. No momento já foi liberado da fisioterapia.

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

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Pé ESQ

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

Região Corporal (Sequela):

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

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.

NDN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170048179 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO **Data do acidente:** 20/06/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura do calcâneo esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever 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

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170048179

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Data do acidente: 20/06/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do calcâneo ESQ.

Descrição do exame Pct tem claudicação à ESQ, e alargamento do retro-pé.

médico pericial: Tem déficit da dorsi-flexão (-15°), déficit da flexão plantar (-10°), bloqueio da inversão e eversão do tornozelo.

Resultados terapêuticos: Pct tem claudicação à ESQ, com alargamento do retropé.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/04/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Jocemir Paulino da Silva Junior

CRM do médico: 6979

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

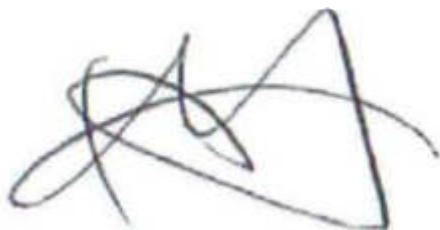
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

André Wilson de Paula da Silva
brasileiro(a), estado civil Divorçado, profissão
Procurador, CI RG nº 21.845.925-55/PB,
CPF/MF nº 028.059.344-54, residente e domiciliado(a) à Rua
Moisés Heitor V. Pires, 192 - Oitogênio,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58084-210, telefone
83987326361, 8335126361,
8386602858

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

SABEMI SEGURADORA S/A

24 MAR 2017

RECEBIDO

João Pessoa, 24 de Setembro de 2016.



Alexandra Cesar Duarte

OUTORGANTE



CARTÓRIO CELESTINO

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
CARTÓRIO DO CAPITAL
Reconhecido Por Autenticidade a firma de ALEXANDRA CESAR DUARTE
Nº 0110.1454061, J. Pessoa-PB, 21/09/2016 17:10:10 Ecol
R\$8.97 Farcen:R\$0.35 Feni:R\$1.79 IES R\$0.42 E: test e
verdade. Tabela CELESTINO 12.500 FARCEN: SILVA, pelo
Digital AD208103-0350 Concluído

