

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](http://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](http://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 inicio 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](http://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**

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2017

Carta n°: 10902115

A/C: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

**Sinistro:** 3170048179 ASL-0021850/17  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>2.531,25</b>

**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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Aprovado pelo gerente



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, Edvaldo Silveira de Araújo,PORTADOR(A) DO RG Nº 2187592EXPEDIDO POR SSPPBEM 11/02/2016CPF 020659144-54 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Pescador - M

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edvaldo Silveira 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 Lotética 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

## 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 MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INSTRUÇÕES DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. P. Pessas, 26 de Outubro de 2016 - Edvaldo Silveira de Araújo  
LOCAL E DATA: RECIBIDO Q

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.dpvtsegurodotransito.com.br](http://www.dpvtsegurodotransito.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 INFORMADO], Oitizéiro, 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/praias, 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

*Edivaldo Silva de Araújo*  
EDIVALDO SILVA DE ARAÚJO

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
Escrivão De Polícia

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



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edinaldo Silveira de Araújo, portador da carteira de identidade nº 2187532 e inscrito no CPF sob o nº 02705917454 residente e domiciliado na R. Lamego Júnior 810, 192 Orizânia, Cidade J. Pessoa, Estado PE, 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
- (X) 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.



Edinaldo Silveira de Araújo

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

Local e data



VISTO EM: 29/07/16  
Kleison LINCOLN de Almeida Vieira  
MAJ. QCBM. Mat. 522.929-8  
Comandante do BAPH



BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 27 de Julho de 2016.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N.º 295/2016**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 20/06/2016, conforme requerimento nº 000016 - solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 07h05min o/a S1(a) EDIVALDO SILEVA DE ARAÚJO CPF N.º 027.059.174-54, vítima de acidente de trânsito (colisão moto / bicicleta) - socorrido na Av. Beira Rio Altiplano, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de patrulha AR-24 (comando 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 motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização foi referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira (Governador Tancreto Brum).

Para constatar: Elizabeth Gurgão Leônio Pinheiro - SD BM Mat. 523.935-01 (1º Subs.)  
auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digital a presente certidão que vai assinada posteriormente pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Cláudia Bruna Góes Sontag  
Ten. QCBM  
Mat. 523.685-1

Chefe da 3ª Seção

Serviço, registrado na Delegacia de Cadeia - 11ª Delegacia  
Apreciação da cópia do documento que o original. Dele,  
16 JAN 2017 ADX6254-VH11 \*

Jude. 22/08/16  
Sulta a autorizada no site: [www.bombeiros.pb.gov.br](http://www.bombeiros.pb.gov.br)  
AA192769

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar,  
Rua Doutor Orasíes Leite, S/nº, Conj. Pedro Goridi, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: [cmphbpb@bombeiros.pb.gov.br](mailto:cmphbpb@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

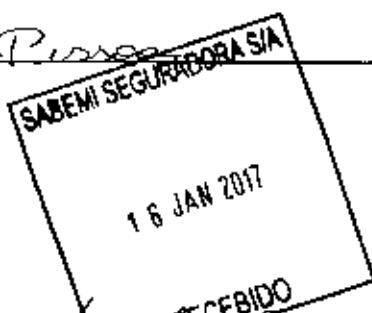
Eu, Edinaldo Silveira Araujo

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 posso 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>Leandro Heitor Xilo Nobre</u>
Número	<u>192</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Orizânia</u>
Cidade	<u>JF Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58087-210</u>
Telefone de contato	<u>(83) 987326361 / 35126361</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JF Pessoa / PB 26/10/2016

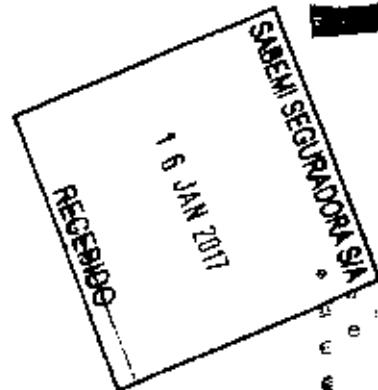


Edinaldo Silveira Araujo  
Assinatura do Declarante



**Banese**  
*Card*

Quem usa se dá bem.



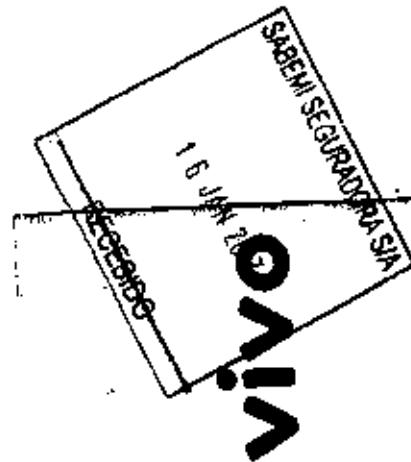
EDIVALDO SILVA DE ARAUJO  
RUA MAESTRO HEITOR VILLA LOBOS 192  
CITIZEIRO  
58087-210 JOAO PESSOA (PB)



Comprovante de residência



-0015-



CTP RECIFE PE JPA PL9  
ALEXANDRA CESAR DUARTE  
AV JOAO MACHADO, 399  
SL 01  
58013-520 JOAO PESSOA -PB



50 13148850 77422 00000011812 30 090816

Data da Postagem: 09/08/2016

011812



vivo Conexão como nenhuma outra.

## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Supervisão de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.  
<sup>2</sup> 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) Alexandre Silveira de Araujo do sinistro de DPVAT da natureza Tipo da vítima Alexandre Silveira de Araujo, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: — Renda Mensal: R\$ —

Documentos comprobatórios: —

Alexandre Cesar Duarte  
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





EXTRATO

FATURADO



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

20-06-16



Octo

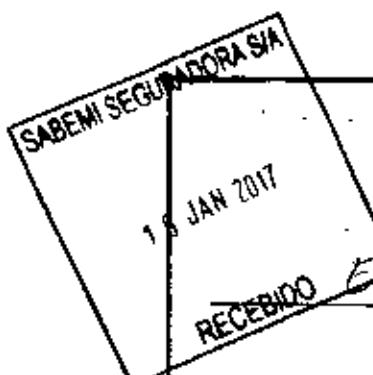
**Complexo Hospitalar  
MANGABEIRA**

**GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY**

# PRONTUÁRIO

Nº: 2016.06.001697

SISREG  
INTERNAIDO EM  
90106136  
VISTO Entregue



NOME DO PACIENTE:

Ednealdo Silveira de Araújo

ENFERMARIA: 21 LEITO: 06

DE JOAO PESSOA  
CAPITAL MANGABEIRA  
AVENIDA JOSE COSTA DUARTE, S/N  
CEP: 580-384 JOAO PESSOA Tele: (83)3214-1980  
FAX: (83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 862016 Atd: Nao Regul.  
Data: 20/06/2016  
Hora: 07:40:22  
Repcionista: LENICE FLORENCIO DA F  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2187592 Tele: 0  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nascl.: 23/08/1979 Id: 36 ano(s)

End.: QD CI LT 30,  
Bairro: BARRRO 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

Tei/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 2187592

Procedencia: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

Transporte utilizado: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: MOTOX/BICICLETA (COND MOTO) AS 7:05 BEIRA RIO

Vitim. de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

TIpo de Classificacao de Risco:

PA:

FR:

PC:

TP:

Peso:

Altura:

Glucemia:

IMO:

Circ. Abd:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- [ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observacao



História - Exame Físico - (data do atendimento medico)

Diagnóstico

Ex: Ecografia abdominal

conduta

Horário da medicacão

IV Voltex 1/3p 5m

II Dipirona 1/3p 600



48 Orthopaedic

# Orthopeda  
Perito urino do oculos ópticos  
envolvidos em abra e vedado a TNE (6).

Pulses per�se prase te

Q: Rx forayle, pern 1/12

-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM

1 Reservado a/ liberacao

Assinatura da Enfermeira

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

**DESTINO DO PACIENTE**

### 1.1 Residence

[ ! ] Transferido

1173

[ ] **RESUMEN**

11 Enfermaria

[ ] Desistencia [ ] -  
Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IME

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 20/06/16

Nome: Edinalda Silva de Araújo  
Pronúncio: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F( ) M( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /

QPD: Por e adira e calções segundas  
HDA: Paciente volta de viagem de moto envolvido  
na dor e febre em calções segundas

Dr. Lucio

**SABEMI SEGURODORAS**

16 JAN 2017

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### **Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:**  Febre  Astenia  Anorexia  Perda de peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_  Prurido  Sudorese  Calafrios  Alopecia  Adenomegalia  Ictericia  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  Soluço  Regurgitação  Hematêmese  Náuseas  Vômitos  Dispepsia  Diarréia  Melena  Enterorragia  Constipação  Aumento de volume

**AGU:**  Disúria  Incontinência  Retenção  Poliúria  Oligúria  Noctúria  Hematuria  Mal Cheiro  Corrimento  Outras: \_\_\_\_\_

**SME:**  Dor \_\_\_\_\_  Rigidez pós-reposo  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: \_\_\_\_\_  HTFCirurgias: \_\_\_\_\_  HAS  JDM  JTB  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: 

Conduta: - Solicita RC

- Internar para tratamento cirúrgico



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edvaldo Silva de Amorim</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>06/07/16</i>	Cirurgião: <i>Renato Oliveira</i>	1º Assistente: <i>Franca</i>			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: 1:		T:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Fratura do colo da coxa C</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<i>Ombro</i>	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<i>TNO urgente de Peso</i>	
<i>Crise de dor</i>	
<i>Crise</i>	
<i>Crise</i>	
<i>16 JAN 2017</i>	
<i>SABEMI SEGURADORA SA</i>	
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descrição:
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico	

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

PF e AD A (28 cm de comprimento)

Na posição de dor e conforto (angulo)

### Incisão:

Lançamento lateral em  
coluna (C)

### Achados:

Fratura de coluna (C)

### Conduta:

- 1) Abertura da ferida
- 2) Remoção da fratura
- 3) Evacuação da ferida e parafuso
- 4) Sutura

### Fechamento:

Uso de sutura

### OBS:

Em intervenção

Data: 09/07/16

CRM-PB  
MÉDICO/CIRURGIA  
Dr. Francisco de Almeida Filho  
Cirurgião e Traumatólogo



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	Ednealdo S. de Oliveira				PRONTUÁRIO N°		
IDADE	SEXO	ESCR	CLÍNICA	97	ENF.	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO	20/06/16	DATA DE ALTA	13/07/16		DIA DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fx colite					CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	—						
OUTROS DIAGNÓSTICOS	—						
PRINCIPAIS ESPECES	Rx + Ex. fisiCs						
PROCEDIMENTO REALIZADO:	ATO cirúrgico						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	Analgésicos						
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							
DISPONIBILIDADE	<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 evolutiva: T.I. 37,0°C; orientado a retorno p/ exames						

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: 45  
REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 30 dias e com esforço maior em 30 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: 18 JAN 2017 com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se出现 fever, procurar imediatamente esse Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em 18 JAN 2017  
Ao Ambulatório de —

para retirada de pontos  
em 30 dias para revisão.

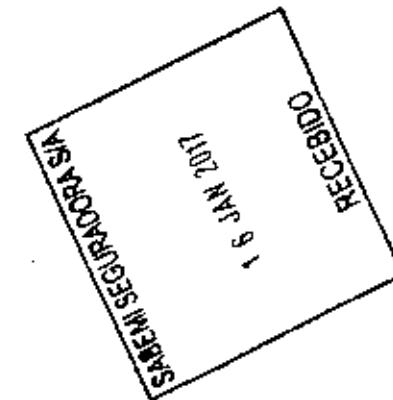
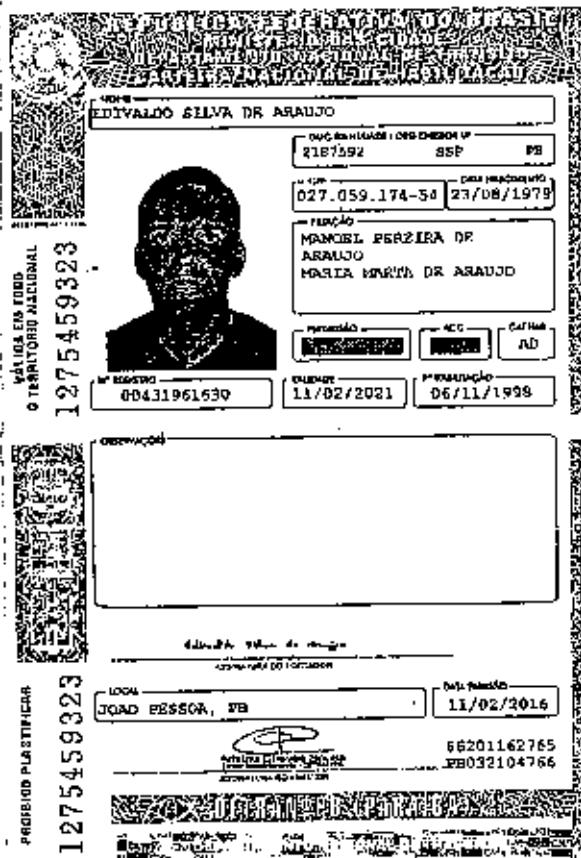
14/07/16 RECEBIDO  
DATA

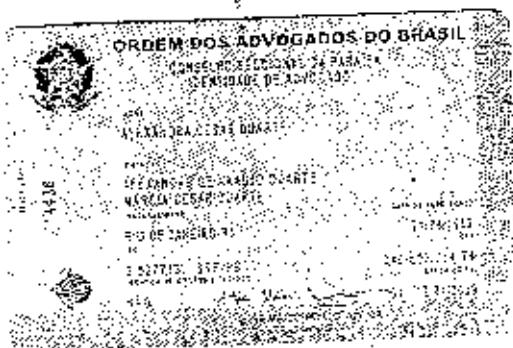
ASS. MEDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



000122





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PB N.º 012650568919  
- CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
- MVE - COT. RENAVAM PRT 20160000215642-9 (permanente)  
1 0108774252-5 00/00000000 2016

EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

SEGURÓ CHINGATÓ RIO DE PANDA PESSOAS  
AUTOMÓTORES DE VIATURA E AFINS  
TRANSPORTAÇÕES DE PESSOAS

PB N°012650568919 BILHETTE DE SÉCURISATION

				2016	02/06/2016
02705917454				QFO9665/PB	
01087742525		HONDA/CG 160 START			
2016	9	9C2KC2500GR011709			
PREFEITURA MUNICIPAL					
FMS-45					
*****					
*****					
*****					
*****					
*****		SEGURO		PAGO	
PAGAMENTO				31/05/2016	
03					

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CRPJ 09 248.808-0001-04  
[www.seguradoraleader.com.br](http://www.seguradoraleader.com.br)

19H-2016



# 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

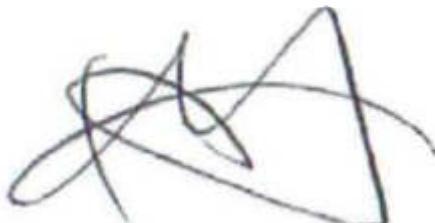
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJMAN

**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 (-15°), déficit da flexão plantar (-10°), 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  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 - assinalar 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 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

## 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

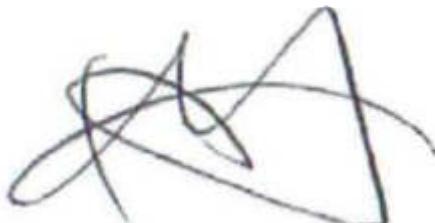
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**





## PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

endereço: Av. Pura s/n, Juazeiro,  
brasileiro(a), estado civil Casado, profissão  
Pescador, CI RG nº 2184592 552103,  
CPF/MF nº 024.059.144-54, residente e domiciliado(a) à Rua  
Presidente Neíto V. P. da Rocha, 192 - Bairro  
Cidade de Juazeiro, Estado  
Pernambuco, 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.



~~FAT Presso RECEBIDO, 21 de Setembro de 2016.~~



Edimundo Silva de Araújo.

## QUITORGANTE



## CARTÓRIO CELEID

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DE CAXIAS

## COMARCA DA CAPITAL





## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Endereço: 34 Rua 16, Jardim  
brasileiro(a), estado civil Querida, profissão  
Pesquisadora, CI RG nº 2184592 550183  
CPF/MF nº 029.059.344-54, residente e domiciliado(a) à Rua  
Manoelzinho v.20, Bairro, 012 - Distrito  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58084-210, telefone  
83987326361 8335126361,  
8386602858

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o nº 046.502.754-74  
e RG sob o nº 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

João Pessoa, 21 de Setembro de 2016

RECEBIDO



Endereço: Sítio do Jardim

OUTORGANTE

**CARTÓRIO CELEIRO**  
O SÓCIO MÓVILIS DISTRITAL  
CARTÓRIO DA CAPITAL

Recuperado Por Autenticidade à Firma de EDIVALDO SILVA I  
Nº 410, FAM061, J. Pessoa-PB, 21/03/2016 17:16:12 - Brul  
R\$8,49 Fazenda:R\$0,25 Fazenda:R\$1,79 ISS R\$0,42 Boleto  
verdade. Tabelia CELEIRO Içana: Fazenda: SILVA, cele-  
Digital AD208103-035U Consulta: 2016-03-21 17:16:12

