

---

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180554414**

Vítima: **SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **08/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180554414**.

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**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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:**

**Beneficiário 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").

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

056.739.554-56

Jeronimo Carlos dos S. Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Jeronimo Carlos dos S. Silva	CPF titular da conta 056.739.554-56	Profissão Auxiliar de Enfermeiro
Endereço D4. Bandeira Soins	Número 97	Complemento
Bairro Barra Nova	Cidade Santa Rita	Estado Pb
Email	CEP 58300000	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**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |  |

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO. 1914   D/V   CONTA  
NRO. 00335101   D/V  
(Informar dígito se existir)   (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V   CONTA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V  
(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 referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 22 de novembro de 2018

Local e Data

+ Jerônimo Carlos dos S. Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02208.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02208.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 13:35 horas do dia 14 de novembro 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 **Severino Carlos dos Santos Silva**, CPF nº 056.739.554-56, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Expedição, filho(a) de Josilene dos Santos Silva e Marcos Antonio da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 29/11/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dr. Bandeira Lins, Nº 57, bairro Várzea Nova, tendo como ponto de referência Bar de Brizola, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98799-6702.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua da Mangueira, De Frente Ao Psf, Santa Rita/PB, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/06/18 07:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia o CICLOMOTOR SHINERAY XY50Q PHOENIX, PRETO, 2013/2014, PLACA QFY3128/PB, CHASSI LXYXCBL07E0517007, registrada em nome de Luiz Carlos de Souza, quando colidiu na lateral direita de um CARRO SANDERO, VERMELHO, OFZ0607/PB, o qual transitava no sentido oposto e repentinamente a condutora fez uma manobra para estacionar no PSF, interceptando a passagem do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1407/2018, EXPEDIDA PELA DR<sup>a</sup> ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 11.10.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

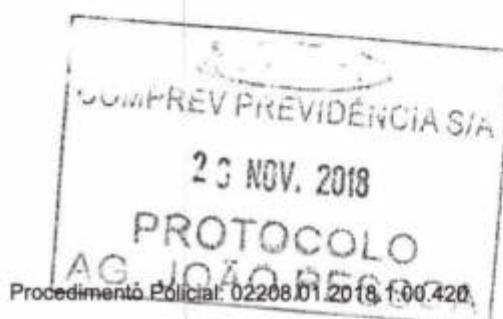
João Pessoa/PB, 14 de novembro de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

Noticiante





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

*Deserino Carlos dos S. Silva*

CPF da Vítima

*056.739.554-56*

Data do Acidente

*08/06/2018*

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

23 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AGL JOÃO PEGOSCA  
CONFIRME/REVISE/ASSEGURE/VERIFIQUE/REVIDENCIA/SIA

*Deserino Carlos dos S. Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABETRA GOV. TARCISIO BURITY  
PONENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
53006-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
LAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 134936 Atd: Nao Regula  
Data: 08/06/2018  
Hora: 08:29:19  
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE A  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA Num. de vezes atendido: 1  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2673563 Fone: 986018794  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 29/11/1984 Id: 33 ano(s)  
End.: RUA DOUTOR BANDEIRA LINS, 57  
Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB  
Mae: JOSILENE DOS SANTOS SILVA Pai: MARCOS ANTONIO DOS SILVA  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ANA PAULA ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Tipo de veiculo utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO EM VAZEA NOVA

Vitima de violência por: COND

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FC: TP:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

Peso: Altura:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Glicemia: IMC:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Circ. Abd: O2%:

[ ] Diarréia [ ] Agitado

Queixa Principal

[ ] Regular

VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, COM CORTE  
CONTO E TRAUMA EM MID

[ ] Vomito

Observacao

23 NOV. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Presente na clinica de acidente de  
moto cl traume em tornozelo d cl olef  
tendão e ferimento local

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

sol cc de urgencia

Dr. Henner Romem L. Nóbrega  
Ortopedia/Traumatologia  
TV-1055009707 GS

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Otde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

### Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberat&REV PREVIDÊNCIA S/A

23 NOV. 2018

**PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**

## DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

\*Ana Paula Osilka

Assinatura do Paciente/Responsável

**Assinatura e Carimbo do Medico**

# 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: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000135101-3

---

Nr. da Autenticação A068592F4AF5A3E9



**JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA**  
RUA AGONTE DE SOUZA QUATTO, 167 - SALA 05 - MANGABEIRA  
CEP 60130-000 - FONE/FAX: (61) 3222-1211

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	010.842.224-45
<b>UC (Unidade Consumidora):</b>			<b>5/1698358-7</b>
Canal de contato			

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura			
2008-01-01	0000	2008-01-01	2000			
<b>Demonstrativo</b>						
001 Detalhe		Quantidade Tarifado	Vazão Estimada	Agr. constante	Consumo	Último Pd.
0021 Consumo em kWh	004.000.000,00	17073	17073	26	4334	17073
0021 Agr. B Termoata		17073	1572	26	383	1572
<b>VALORES A SERVIR/USO</b>						
0007 CONTRIBUICAO/FUNDA	1173	0,00	0	0,00	0,00	0,00

**VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

103 - Hidrogeração (kwh) R\$ 207,23

12 - 18 - 22 - 4 - 20 - 4 - 192 - 211 - 203 - 187 - 203 - 181

acb / d380

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
05 MENSAIS	0,00	MENSAIS
05 TERRESTRAL	0,00	TERRESTRAL
ANUAL	0,00	ANUAL
INFERIOR	0,00	INFERIOR
ESTRUTURAL	0,00	ESTRUTURAL
FOTOVOLTAICO	0,00	FOTOVOLTAICO

ATENÇÃO

Digitized by srujanika@gmail.com

Resolute Tantang Nigata 2/03/13 Reg: ANEBL-HF-2439-Etic:3 Tantang 15.61% MoCo  
Resolute Tantang Nigata 2/03/13 Reg: ANEBL-HF-2439-Etic: Tantang 15.75% MoCo  
-Lettuce bunching

**VENCIMENTO**      **TOTAL A PAGAR**

支店番号: 1-6-200-265  
支店名: フジマツ・200-265  
**29/10/2018** **RS 207,23**  
**83670000002-6 07230149000-8 16983582018-7 10600005019-0**

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 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 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Severino Carlos dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.739.554-56 do sinistro de DPVAT cobertura unilateral da Vítima Severino Carlos dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.739.559-56 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 a 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		Número	Complemento
<u>Agente Fiscal João B. D'Alvare</u>		<u>157</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Mangabeira</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58056-384</u>

João Pessoa, 21 de novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

 CIRPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 NOV. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

## CERTIDÃO

Nº. 1407/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA 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 Nº 134936 e Prontuário Nº 2018.06.000975 pertencentes a **SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA** que foi atendido dia 08/06/2018 às 08H29min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de talus direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/06/2018 com alta médica dia 12/06/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 01/06/11

Nome: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA  
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: DEFOMIIDADE E - TINZ

HDA: VITIMA DE ACIDENTE MOTO, COM DEFOMIADAS E

DIA EM MID TINZ

SUSPENSAO PREVIDENCIA SIA

23 NOV. 2010

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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 Pescoco: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispneia [ ]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 [ ]Hematúria [ ]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: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco 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: ex exposição ao tabacoConduta: intervento p/ tabagismo cirúrgico

*Yury Cordeiro*  
 CRM PB: 11507  
*DA HELDER*



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>09/06/18</u>	Cirurgião: <u>DR HELDER</u>		1º Assistente: <u>DR YURI</u>		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia: <u>N2O</u>		Horário: I:	T:

### **DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO**

FRACTURA LUXAÇÃO DE TÍPOUS.

**CID**

S. 930.

### **DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO**

O mesmo.

**CID**

### **PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)**

REDUÇÃO INCERAMENTO + LMC.

**CÓDIGO**

UNIVERSIDADE FEDERACAO  
29 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( ) Sim 2 (✓) Não	Descreva:
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		

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

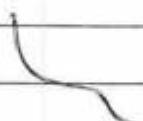
### Posição e Preparo:

PACIENTE C - DDM SOB ANESTESIA.

ASSEPSIA E ANTISEPTICO.

POSIÇÃO DE CAMPOS ESTERILIZADOS.

### Incisão:



### Achados:

EXCEPCAO DE TECIDOS.

### Conduta:

LIMPEZA EXCUTIVA COM SFC 99%

REALIZAÇÃO MANOBRA DE RETRODUÇÃO INCISIVO.

SÓIS ESCOVADO.

LIMPEZA COM SFC 99%.

UNIFREV PREVIDÊNCIAS /  
23 NOV. 2018  
AC PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

### Fechamento:

SUTURA DE PELE.

RT CO-THROT.

FOLHA BOLHA

### OBS:

ANTIBIOTICO TECNICO ALTA PROBABIL SECUNDARIA

DR GEMSOU AVALIOU RX NÃO EVIDENCIARO RX.

Yury Cordeiro

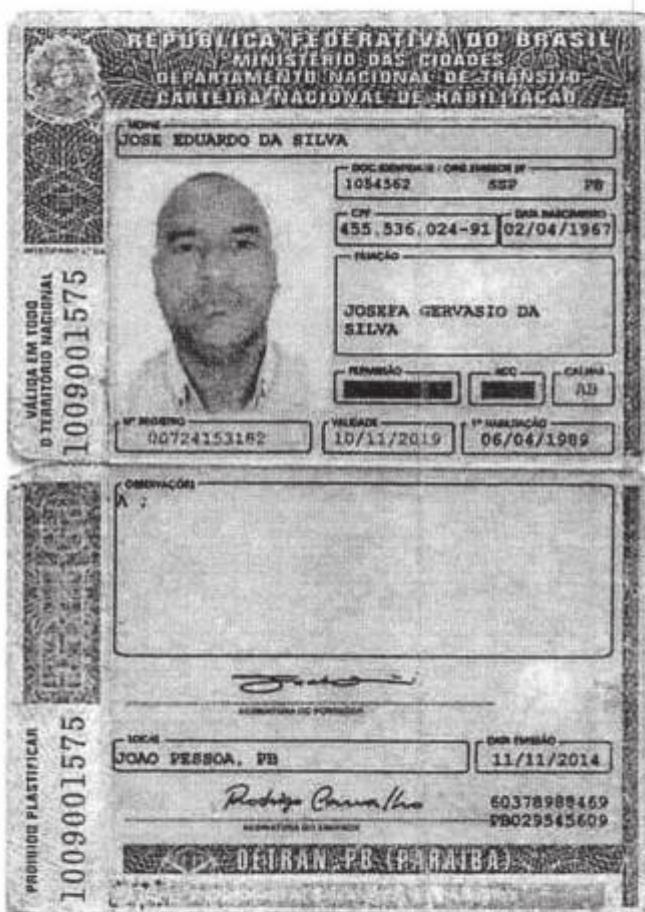
CRM PB: 11507

MÉDICO/CRM

Data: 08/106/18



INSTITUTO PREVIDÊNCIA S/IN  
20 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AO. JOÃO PESSOA



SUAPREV PREVIDÊNCIAS  
23 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180554414      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CARLOS DOS SANTOS      **Data do acidente:** 08/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO TALUS DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180554414      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CARLOS DOS SANTOS      **Data do acidente:** 08/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO TALUS DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## PROCURACÃO

#### **OUTORGANTE:**

Severino Carlos dos Santos Silva, brasileiro(a), estado civil Beltrro, profissão Auxiliar de Expedição, CI RG nº 2673563, CPF/MF nº 056.739.554-56 residente e domiciliado(a) à Rua R. DR Bandeira Lins, 57 Vilaça nova. Cidade de Santa Rita, Estado Pernambuco, CEP: 583.00000, telefone (83) 99342.5570, 98663.4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, 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.

Santa Rita PB, 15 de novembro de 2018:

~~Service Books for the Santa Silas~~

## OUTORGANTE

CARTÓRIO DIST. VÁRZEA NOVA-SANTA RITA/PE

Rua Anésio A. Miranda, 543, Várzea Nova, Santa Rita -

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

Dou fe. Santa Rita/PB - 14/11/2018

**Substituto Tarcisio Fernandes de Oliveira**

Selo Digital:AHU38025-5R09

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,74



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426308/18

**Vítima:** SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

**CPF:** 056.739.554-56

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/06/2018

**Titular do CPF:** SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## 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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

### SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA : 056.739.554-56

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180554414      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CARLOS DOS SANTOS      **Data do acidente:** 08/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO TALUS DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".