

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349396      **Cidade:** Juripiranga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RODRIGUES DA SILVA      **Data do acidente:** 31/12/2017      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 28/09/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

### Resultados terapêuticos:

TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO(DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE DR<sup>a</sup> ARLEIDE ANDRADE MEDEIROS CRM PB 11.289).

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349396      **Cidade:** Juripiranga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RODRIGUES DA SILVA      **Data do acidente:** 31/12/2017      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 08/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE DR<sup>a</sup> ARLEIDE ANDRADE MEDEIROS CRM PB 11.289.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE RODRIGUES DA SILVA  
**Nº Sinistro:** 3180349396  
**Vitima:** JOSE RODRIGUES DA SILVA  
**Data do Acidente:** 31/12/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349396**.

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**

---

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE RODRIGUES DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180349396

**Vitima:** JOSE RODRIGUES DA SILVA

**Data do Acidente:** 31/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349396**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



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

06.413.184-72

Nome completo da vítima

Jose Rodrigues da Silva

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Rodrigues da Silva	06.413.184-72	agricultor
Endereço	Número	Complemento
Set Barra do Pilar	311	
Bairro	Cidade	Estado
area rural	Pilar	PE
Email	CEP 58338000	
alexandraesanduarte@atmcaif.com	Telefone (DDD) (83) 99105.5363	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> REUSSO 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:

0233

D/V

CONTA

38884

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01263.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 01263.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:01 horas do dia 10 de julho 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 do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Alcebiades Barbosa de Azevedo, Escrivão de Polícia, matrícula 1557246, ao final assinado, compareceu **José Rodrigues da Silva**, CPF nº 806.413.184-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Josefa Maria da Silva e Sebastião Rodrigues de Pontes, natural de Pilar/PB, nascido(a) em 09/08/1970 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Barra de Pilar, tendo como ponto de referência Saida Para Itabaiana, na cidade de Pilar/PB, telefone(s) para contato (83) 98786-4599.

**Dados do(s) Fatos:**

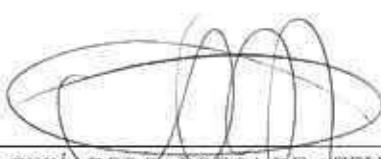
Local: Estrada Para Juripiranga, Próximo a Ponte, Juripiranga/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 31/12/17 07:12h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

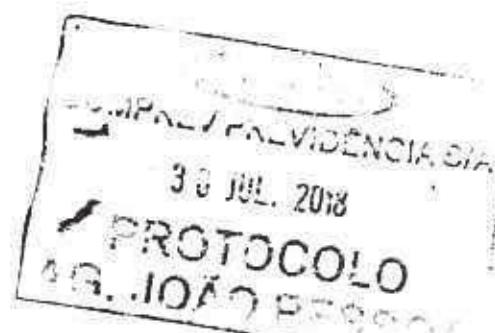
Conduzia a motocicleta Honda CG 150 Fan, vermelha, placa PGK7074, chassi 9C2KC1670DR015070, registrada em nome de LOURIVAL MICENA DA SILVA, quando ao se aproximar da ponte da entrada da cidade de Juripiranga, foi surpreendido por um veículo não identificado que invadiu a faixa de direção onde o declarante estava, sendo forçado a desviar para direita a fim de evitar a colisão, tendo então perdido o controle da motocicleta e caído ao solo. Afirma o declarante que foi socorrido pelo SAMU diretamente para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, conforme certidão nº 0848/2018 que ora apresenta.

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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de julho de 2018.

  
ALCEBIADES BARBOSA DE AZEVEDO  
Escrivão de Polícia

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 01263.01.2018.1.00.420



## 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 **Jose Rodrigues da Silva** CPF da Vítima **806.453.184-32** Data do Acidente **31/12/17**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinatar 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.

**Ribeirão Preto, 16 de Fevereiro de 2018**

Local e Data

30/01/2018  
30/01/2018  
PROTÓCOLO  
10170

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JURIPIRANGA**

SECRETARIA DE SAÚDE

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR - USB: 55****IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA**

Data	Ocorrência n°	Paciente/Descrição	Idade	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
31/12/17	1931	Varonel		
Local da ocorrência	Bairro			Médico regulador
Apoio no local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate/ Bombeiros <input checked="" type="checkbox"/> Samu/ PRF <input type="checkbox"/> CPTTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Reclama atendimento <input checked="" type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> outro:				

**TIPO DE AGRADO**

<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediatrício
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Desabamento / soterramento	<input checked="" type="checkbox"/> Caso clínico
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/ afogamento
<input type="checkbox"/> F.A. B	<input checked="" type="checkbox"/> Queda 11 metros
<input type="checkbox"/> F.A.F (P.A.F)	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> Gineco - obstétrico	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Lesões tóxicas	

**ANTECEDENTES**

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença mental
<input type="checkbox"/> Alergismo	<input type="checkbox"/> Doença renal
<input type="checkbox"/> AVE	<input type="checkbox"/> Drogas
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infeccio - contagiosa	<input type="checkbox"/> Outros

**TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM**

Serviço Médico

Responsável:

**MOTIVO DO TRANSPORTE** Apoio Diagnóstico  Serviço de maior complexidade  transferência simples  outro:**TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO**

Local:

Ponto:

**Exame clínico (principais sintomas/ queixas)**

Agitação  Alergia  Ausência de pulso (central)  Cianose  Convulsão  Diarreia  Dificuldade respiratória  dor local  
 febre  inconsciente/ desmaio  Palidez  Sangramento  Vômito  outros:

**1. DADOS VITAIS:**PA. Sistólica  PA diastólica  Pulo:  FC:  FR:  TEMP:  °C Glicemia:  SPO<sub>2</sub>:  Glasgow: **2. VIA AÉREA** Livre  obstruída parcialmente  obstruída totalmente  Corpo Estranho  Bronco aspiração  Edema de glote  Obs: **VENTILAÇÃO** Espontânea  Parada respiratória  Assistida  Rítmo irregular**EXPANSIBILIDADE** Normal  Superficial  Regular  Irregular**ACHADOS** Crepitação  Enfisema subcutâneo  Expectorado  Hemoptise  Hálito etílico  Outro: **3 - CIRCULAÇÃO** Cianose  Fria  Úmida  Normal  Palidez  Quente  Seca  Outros:**EDEMA** Ausente  Pélvico  Membros inferiores  Anasarca**PERFUSÃO** Normal  Retardada (> 2 seg)  Ausente**PULSO** Regular  Irregular  Fino  Cheio  Ausente**ECG** Normal  Alterado  Não realizado

**4 - EXAME NEUROLÓGICO**

Agitação () Soporíscia () Coma () Convulsão () Otorragia () Rígidez () Midriase

**5 - EXAME GINECO - OBSTÉTRICO**

Abortamento () Hemorragia vaginal () Normal \_\_\_\_\_ Semana () Trabalho de parto () outros: \_\_\_\_\_

**6 - DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS****DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

Ansiedad () Capacidade adaptativa imparcional diminuída () Comunicação verbal prejudicada () Conflito agudo () Desemboliação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Diseféria autônoma () Dor aguda () Hipersensibilidade () Integridade do pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Medo () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Perfilose tissular cerebral ineficaz () Perfilose tissular cardiopulmonar ineficaz () Perfilose tissular gastrintestinal ineficaz () Perfilose tissular renal ineficaz () Térmoregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume excessivo de líquidos () Náuseas () Retenção urinária () Percepção sensorial perturbada () Interação social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Consolpção () Outros: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTOS**

Desobstrução vias aéreas () Intubação másc/otorrágica () Clínica Orofaringea () Ventilação mecânica (manual AMBU) () Respirador () Inalação de oxigênio (O<sub>2</sub>) () Draining torácico () Massagem cardíaca externa () Desfibrilação/ cardioversão () Controle de hemorragia () Curativo () Fístula venosa () Sonda gástrica () Sonda vesical () Sedação () Imobilização de membros () Colar cervical () Tafas / tração () Outros: \_\_\_\_\_

**INTERVENÇÕES:**

*- 1500 ml de LTP 0,500*  
*- 1000 ml de Dext. 0,9% F*  
*- 1000 ml de Dext. 0,9% F*

**EVOLUÇÃO/ INTERCORRÊNCIAS:**

*16h00m - 1000 ml de LTP 0,500*  
*16h30m - 1000 ml de Dext. 0,9% F*  
*17h00m - 1000 ml de Dext. 0,9% F*  
*17h30m - 1000 ml de Dext. 0,9% F*  
*18h00m - 1000 ml de Dext. 0,9% F*

DATA: 16/08/2013	MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

**ENCAMINHAMENTO**

Liberdade após atendimento () Recusa o atendimento () Óbito no local () Óbito durante o atendimento () Óbito durante o transporte

**POSIÇÃO DE TRANSPORTE**

Decúbito dorsal () Decúbito lateral () Decúbito ventral () Sentado () Elevação da cabecinha (cabeca)

**SERVIÇO DE SAÚDE****RECUSO**

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**

Médico: _____	CRM: _____	MAT: _____
Enfermeiro (a): _____	COREN: _____	MAT: _____
Técn. de Enfermagem: _____	COREN: _____	MAT: _____
Condutor: _____	MAT: _____	

*30/08/2013*  
*PROTÓCOLO*

JOSE RODRIGUES DA SILVA  
SIT BANCA DE PILAR, SIT. - ÁREA RURAL  
PIAR / PB CEP: 58330000 (AG. 119)  
Emissa: 08/06/2018 Referencia: Jun / 2018  
Classe/Suporte: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO, B/200, Km: 02 Cada: Recuperar: José Rodrigues / PB - CEP: 58071-000  
Roteiro: 3 - 12 - 101 - 700 NF medidor: 00000200861  
NOTA FISCAL / Conta de Energia Elétrica N°0007644007  
Cód. para Dáq. Automática: CGC11697091

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 / RAM
Jun / 2018	08/06/2018	10/07/2018	80641318472 Int. Ext.

UC (Unidade Consumidora): 5/1169709-1

Canal de contato

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2018  
Fazemos a previsão da sua leitura até 14/12/2018 para atualizar  
seus dados no Cadastro Único e emitir a permissão de Tela da Sociedade  
Energia. Para mais informações, ligue para: 0800 717 2012

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/05/18	Leratura 10450	Data 09/06/18	Leratura 10534	
<b>Demonstrativo</b>				
Cód. Descrição Quantidade Tarifa Vlr. Base Calc. Alq. Xtar/RS. Elet. Lc. P. (R\$) P. (R\$)				
0601 Consumo em kWh 34.006,8701762 52,00 82,00 0,00 52,00 0,00 2,17	0601 Adic. A Armada 0,77 0,77 0,00 0,77 0,00 0,03	0601 Adic. B Vencendo 1,42 1,42 0,00 1,42 0,01 0,00	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS 5,44 0,00 0 0,00 0,00 0,00	
0607 CONTRIBUÇÃO LUM.PÚBLICA				

CCO Código de Classificação do Item TOTAL 59,95 54,51 12,22 54,51 0,48 2,28

Média últimos meses (kWh) 75 VENCIMENTO 15/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 59,95

Histórico de Consumo (kWh)

70	1	61	1	83	1	87	1	70	1	81	1	74	1	89	1	47	1	82	1	81	1	75
Jun/17	Jul/17	Agosto/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18										

RESERVADO AO FISCO  
cbb9.3155.224d.3ce5.8e4b.c2d6.d935.eeff.

Indicadores de Qualidade		
Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENGAL 12,78	6,48	NOMINAL
DIG TRIMETRAL 25,54		CONTRATADA
DIG ANUAL 61,05	1,00	INTERIOR
FIC MENGAL 7,74		INTERIOR
FIC TRIMESTRAL 15,48		INTERIOR
FIC ANUAL 30,98	6,45	INTERIOR
DIRE 6,99		
DIGRI 16,60		

Composição do Consumo	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia Elétrica	12,28	22,12
Compra de Energia	15,18	25,95
Serviço de Transmissão	7,03	12,39
Encargo Sistema	2,81	5,12
Impostos Diretos e Encargos	21,61	39,38
Outros Serv. Cte	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>59,95</b>	<b>100,00</b>

Valor da Fatura (R\$ 412018) R\$ 24,12

30 JUN 2018  
PROTÓCOLO  
1077





**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 0221284 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>1</sup>Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>7</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 Alexandre Bessa Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Rodrigues da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 806.413-184-72, do sinistro de DPVAT cobertura imediata da vítima João Rodrigues da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 806.413.184-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

### • Because information

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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. 329º do Código Penal.

Endereço	Av. Maria Rosa	Número	58
Bairro	Manaira	Cidade	Joinville
Email	atelandoconduita@hotmail.com	Telefone comercial (DDD)	49
		Telefone celular (DDD)	49
		53038-4600	

João Pessoa, 27 de Julho de 2015  
Local e Data

### Local Data

Assinatura do Declarante

DL-281-001 V001Z2017

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LOURIVAL MICENA DA SILVA

RG nº 1.666.674, data de expedição 23/08/2011,  
Órgão SSPS-PB, portador do CPF nº 873.751.334-68, com  
domicílio na cidade de JURIPIRANGA, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA PROLÉTA, nº 09,  
complemento TERREO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOSÉ RODRIGUES DA SILVA cujo o condutor era  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CB 150 FA4 ES1

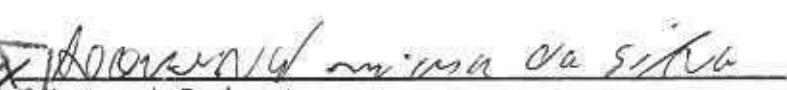
Ano: 2013

Placa: PCK 7074

Chassi: 9C2 KC 167090015070

Data do Acidente: 31/12/2017

Local e Data: PB 048 - JURIPIRANGA 31/12/2017

  
Assinatura do Declarante

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

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
LOURIVAL MICENA DA SILVA

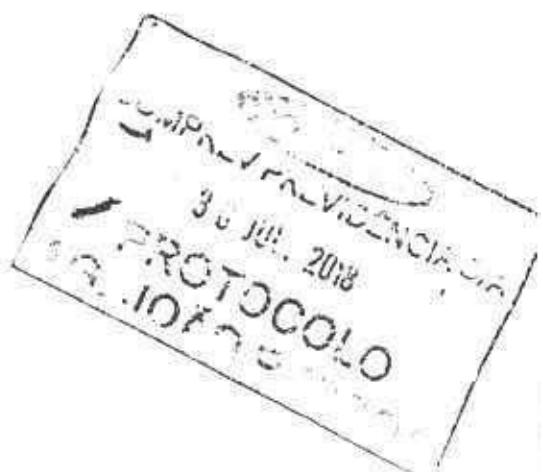
Dou fé: Juripiranga/PB - 06/07/2018

Notário: LEDA DANTAS DE OLIVEIRA COUTINHO

Selo Digital: AHB94397-355S

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

Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 HER R\$ 1,90





## CERTIDÃO

Nº. 0848/2018

Atendendo solicitação de **ALEXANDRE CESAR DUARTE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº90625 e prontuário Nº2017.12.4233, pertencentes a **JOSE RODRIGUES DA SILVA** que foi atendido dia 31/12/2018 às 07H12min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de ossos da perna esquerda. Realizado cirurgia dia 01/01/2018 e alta médica dia 30/01/2018

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

João Pessoa, 15 de junho de 2018

*Rosangela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58256-364 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 90625 Atd: Nao Regula  
Data: 31/12/2017  
Hora: 07:12:41  
Repcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.12.004233

CNS: 708100546938832 Sexo: M IDENTIDADE: 1476671 Fone: 987473840

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/08/1970 Id: 47 ano(s)

End.: SITIO BARRA, 00

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PILAR UF :PB ,

Mae: JOSEFA MARIA DA SILVA

Pai: SEBASTIAO RODRIGUES DE PONTES

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: AGRICULTOR

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA ELENILDA FELINTO DA SILVA RG 2618607

Tel/Doc. Responsavel: 988445026 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NA PONTE PARAIBINHA

Vitima de violência por: PROX DO CAMINHO DE JURIPIRANGA HJ AS 6/ HS CONDUTO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
[ ] Vomito			

Queixa Principal

Observacao

DE MOTO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

No sa te, POMO CONDUTA

Prescricao

26,31 G=35

Horario da medicacao

EXO 2000 2000 A POMO

BOM POMO E 5000

(\*) POMO no fu e o 2000 + os POMO as

CRM-PB 1025  
Dra. Heloisa Lopes  
Neurologia / Odontologia

\* Ol. Poco da 31/12/17 \* 08:43h \*

PT vítima de acidente de moto com  
fratura fíbula e tibia 15

Data e Hora: PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

(inconsciente)

\* PT foi ser atendido pela unidade  
familiar de acidente.

\* PT não tem abnegação de forma  
ou invasão, mas é luta observar

\* Diag: Fratura fíbula e tibia

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
1	Paracetamol	500mg		
1	Antidiarréico			
1	Infuso D 5% 1000ml			
1	Colírio			
1	Reservado p/ liberação			

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

Dr. Fernanda A. P. Tello  
Oncologista e Radioterapeuta  
CRM 1618 - PROTOCOLO

30/12/2013  
PROTOCOLO

DESTINO DO PACIENTE

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

Aelenilda F. Schio

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João Francisco da Silva Data da Admissão: 31/12/12  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 11/11/11

Escolaridade: \_\_\_\_\_

QPD: Fixo fone casa 25 para 80

HDA: \_\_\_\_\_

11/11/11 Almoço

11/11/11 Almoço

11/11/11 Almoço

11/11/11 Almoço

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

Interrogatório Sintomatológico:

Geral:  Febre  Astenia  Anorexia  Perda de Peso  Calafrios  Alopecia  Adenomegalias  Ictericia  Tonturas  Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeca e Pescoco:  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  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: \_\_\_\_\_

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

[ ]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:**\_\_\_\_\_ *11-2* \_\_\_\_\_Hipóteses Diagnósticas: *Fr de flamin (2)*\_\_\_\_\_ *10-20010* \_\_\_\_\_Conduta: *01. Consultar R. rhombeus**10-20010*



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	JOSÉ RODRIGUES DE SILVA			Registro:
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clínica:	EMP: _____ LR: _____
Data: 29/01/18	Cirurgião: Dr. ANDRÉ RIBEIRO			1º Assistente: Dr. JANSEN
2º Assistente: LEONARDO	3º Assistente: AURELIO R.	Instrumentador: _____		
Anestesista: _____	Tipo Anestesia: _____			Horário: I: _____ T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
- Fratura dos ossos da Perna (E)				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE Fratura dos ossos da Perna (E)				320.00000000000003
Acidente durante Ato Cirúrgico				1 ( ) Sim 2 (X) Não
Biópsia de Congelação:				1 ( ) Sim 2 (X) Não
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1- PACIENTE EM DOR SOB RAQUEANESTESIA
- 2- ASSESSIA XANTSESSIA
- 3- ADESÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

### Incisão:

4- FEITA DUAS INCISÕES A REDE  
ANTERO MEDIAL EM PLANA E

### Achados:

### Conduta:

- 5- ESPECIMENADA A PLACA DCP DANDO PÉMFI  
17 FUNDOS EM INCISÃO DISTAL ATÉ INCISÃO  
PROXIMAL. (TÉCNICA DA PLACA PONTE)  
+ 6 PAMPUSOS LATERAIS
- 6- SUTURA EM PLANOS
- 7- LUMÍNICO
- 8- RX DE CONTROLE
- 9- TAMA BOTA

### Fechamento:

### OBS:

Data: 24/01/18

MÉDICO/CRM



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Tom Rodrigues do Nascimento</i>		Registro:		
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:		1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: 1:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Exerto exponencial</i>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>Osservação</i>				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
<i>Tratamento Cirúrgico</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim	Descriva: <i>30/01/2010</i>	
Biópsia de Congelação:		2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		<i>PROTÓCOLO</i>		
1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Fite em DDH sob anestesia
- Anestesia + Antiespasticos + Parafos

### Incisão:

### Achados:

### Conduta:

- Loqueiamento abundante com SF 0,9% + diluindo
- Estabilização da fratura com fixadores externos lineares Transtibulares

### Fechamento:

- Sutura
- Curativo

### OBS:

Data: / /

Drs. Francisco Almeidros  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM-PB 7200

01/08/2018

PROTÓCOLO  
101280

MÉDICO/CRM



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> <i>José Rodrigues da Silva</i>				<b>Registro:</b>	
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Cor:</b>	<b>Clínica:</b>	<b>EMP:</b>	<b>LR:</b>
<b>Data:</b> <i>19/01/18</i>	<b>Cirurgião:</b> <i>THIAGO SABRA</i>			<b>1º Assistente:</b> <i>Alexandro</i>	
<b>2º Assistente:</b>		<b>3º Assistente:</b>		<b>Instrumentador:</b>	
<b>Anestesista:</b>		<b>Tipo Anestesia:</b>		<b>Horário:</b>	<b>I:</b> <i>10:00</i> <b>T:</b>
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b> <span style="float: right;"><b>CID</b></span> <i>Fratura - luxação braquial</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b> <span style="float: right;"><b>CID</b></span> <i>O humor</i>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b> <span style="float: right;"><b>CÓDIGO</b></span> <i>Ressecção de úlceras extirpadas - artrose - artroscopia</i>					
<b>Acidente durante Ato Cirúrgico</b>		<b>1 ( ) Sim</b>		<b>Descrição:</b> <i>30/01/2018 PROTÓCOLO 101250</i>	
<b>2 ( ) Não</b>					
<b>Biópsia de Congelação:</b>		<b>1 ( ) Sim</b>			
<b>2 ( ) Não</b>					
<b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b>					
<b>1 ( ) Enfermaria</b> <b>2 ( ) Terapia Intensiva</b> <b>3 ( ) Residência</b> <b>4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico</b>					

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

1. Dissolução + Anestesia com N/IC
2. Retrator fixador externo
3. Caudado estéril
4. TMA (Sissel)

### Incisão:

Dra. Thales F. Scabba  
CRM: 007124  
Onopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho

### Achados:

### Conduta:

### Fechamento:

### OBS:

Data: \_\_\_\_\_

MÉDICO/CRM

**Dra. Arleide Andrade Medeiros**  
**CRM/PB 11.289**

Paciente: JOSÉ RODRIGUES DA SILVA.

**LAUDO MÉDICO.**

O paciente JOSÉ RODRIGUES DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito em 31/12/2017, em decorrência do qual sofreu traumas em membro inferior esquerdo, fratura exposta nos ossos da perna esquerda.

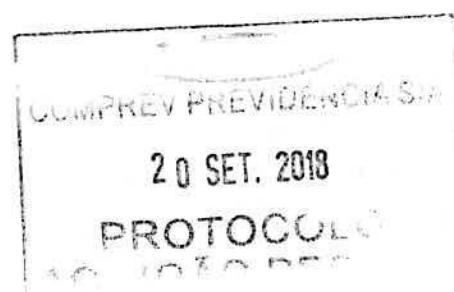
Constatado o trauma, o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura em 01/01/2018, recebendo alta médica em 30/01/2018, a cirurgia consistiu na colocação de placa dcp baixo perfil de 12 furos e 6 parafusos corticais, como se extraí de relatório cirúrgico.

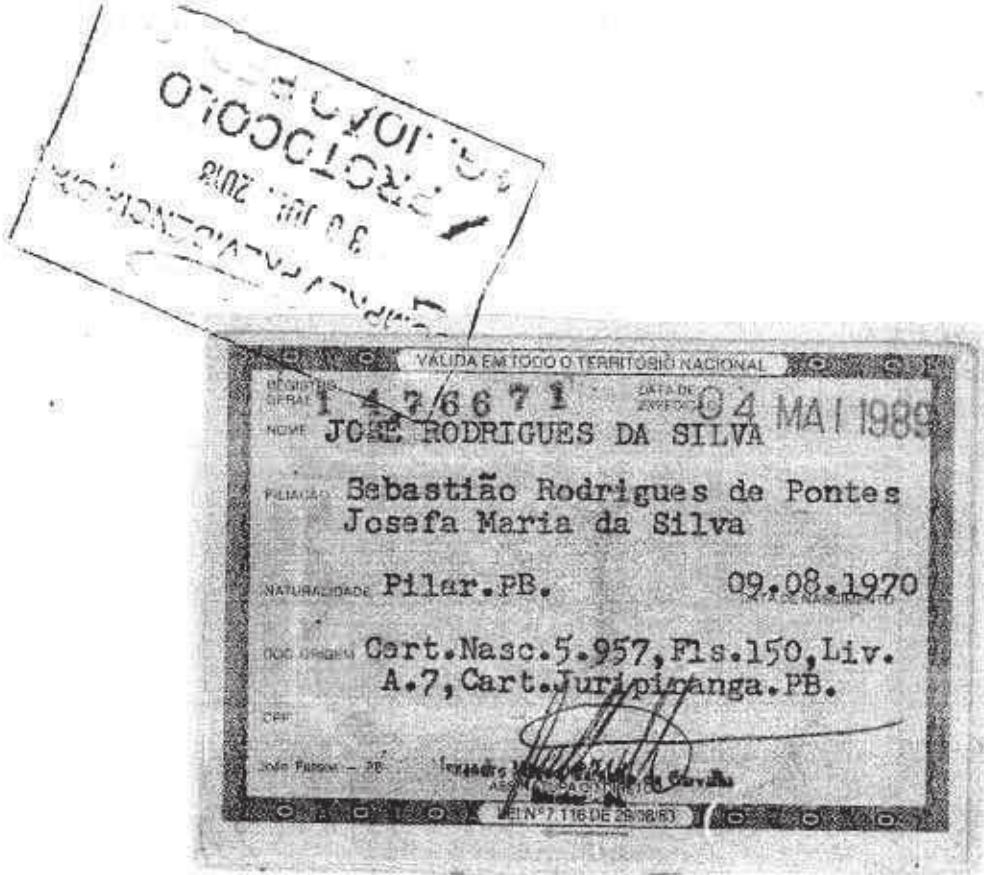
Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se intensa limitação nos movimentos em face da extensão das lesões sofridas, revelando sequelas no membro inferior esquerdo, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais do paciente.

CID 10: S82, T93.

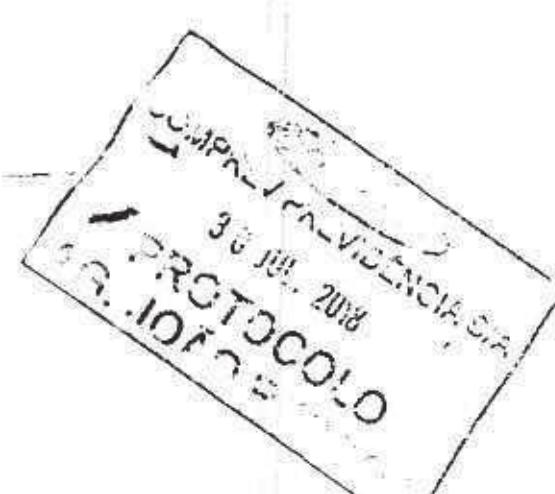
João Pessoa, 27 de agosto de 2018.

Dra. Arleide Andrade Medeiros  
Médica  
CRM/PB 11.289









# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349396      **Cidade:** Juripiranga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RODRIGUES DA SILVA      **Data do acidente:** 31/12/2017      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 09/08/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO E EXAMES DE IMAGEM DE CONTROLE (RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA), COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

## 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

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

José Rodrigues da Silva  
brasileiro(a), estado civil casado, profissão  
agricultor, CI RG nº 1476671,  
CPF/MF nº 306.413.184-72, residente e domiciliado(a) à Rua  
Sit Barra de Pilau, 511 área rural,  
Cidade de Pilar, Estado  
Paraíba, CEP: 58338000, telefone  
(83) 99105.5363, (83) 98663.4900.

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. Maria Rosa, 58,  
Manaira, 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.

Pilar, PB, 16 de Fevereiro de 2018.

### SELO DIGITAL:

consulte em: <http://www.tpb.jus.br>

AGG92724 - JSZC

### SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO OFÍCIO

### OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB

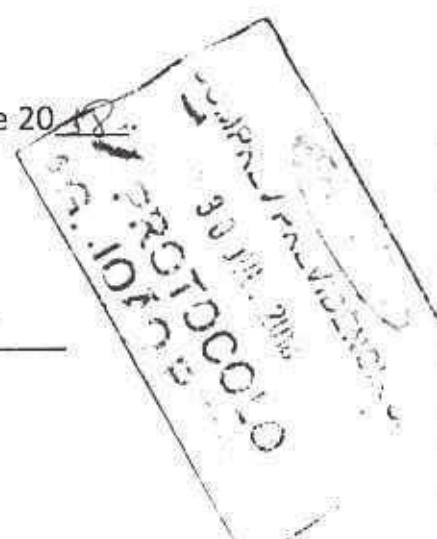
Reconheço a firma de José Rodrigues da Silva

por autenticidade. Dou fé. Em testemunha de verdade

Pilar 16/02/2018

Desembargador da Silva

T. PELÔO



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277223/18

**Número do Sinistro:** 3180349396

**Vítima:** JOSE RODRIGUES DA SILVA

**CPF:** 806.413.184-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/12/2017

JOSE RODRIGUES DA SILVA

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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: 20/09/2018  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# 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: 10/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 00000038884-7

---

Nr. da Autenticação BAE221F0394FC172