

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180410924 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DA SILVA ANDRADE **Data do acidente:** 16/03/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DA SILVA ANDRADE

Nº Sinistro: 3180410924

Vitima: JOSE DA SILVA ANDRADE

Data do Acidente: 16/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180410924**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13340508



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

376.945.824-72

Nome completo da vítima

JOSE DA SILVA ANDRADE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE DA SILVA ANDRADE		CPF titular da conta 376.945.824-72	Provisão ARRENTADO
Endereço R. ANTONIO FONSECA AMORIM		Número 56	Complemento
Bairro MANGABEIRA	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58056-566
Email CONSULT.JUS.ADV.GADOS@GMAIL.COM			Telefone (DDD) 33 4343-2346

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0729	DV 3	CONTA NRO. 3753	DV 3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
AGÊNCIA NRO.	DV
CONTA NRO.	
D/V	

(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, 05 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

JOSE DA SILVA ANDRADE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0187 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: ALEX GOMES MENDES	Posto/Graduação: CB /PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Avenida Presidente Epitácio Pessoa	Hora 10:30	Bairro Miramar
Município: João Pessoa	UF PB	
Data/Ocorrência 16-03-2018	Dia da Semana Sexta-feira	C/S Vítima (QT) Com
Natureza do Acidente Colisão Transversal	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca
Tempo Bom		
Envolvidos no acidente (Quantidade) 03 Veículos	Controle do tráfego no local Intersecção sinalizada com semáforo	

CONDUTOR 01

Nome Antônio Adilino Batista Filho	Sexo Masculino	Nascimento 29-12-1974	RG 1721085/PB
Endereço Rua Lenita Feliciano da Silva, 552, Centro, Conde, PB – Tel.(083)99328-6599			
1ª Habilitação 14-10-2008	Categoria AE	Registro CNH N.º 04477108148	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 06-05-2019	Usava cinto Sim	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Permaneceu no local		

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Fiat Strada	Espécie Caminhonete	Placa OEZ - 5095	Categoria Particular	Município Conde	U.F. PB
Nome do Proprietário Leda Maria Pereira					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013928851500	Renavan N.º 0047108738-6	Data da Emissão 26-12-2017		
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: Trafegava na via A, faixa do meio, sentido Praia/Centro, quando o semáforo abriu deu prosseguimento ao seu percurso e no trajeto foi obrigado a parar devido ao fluxo de veículo, acionando a seta d alerta, porém, foi surpreendido pelo impacto na traseira do seu veículo causado pelo V2.

CONDUTOR 02

Nome José da Silva Andrade	Sexo Masculino	Nascimento 21-02-1956	RG 283519 PB
Endereço			
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.
Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Hospital de Trauma		

VEÍCULO 02

Marca/Modelo Honda Titan	Espécie Motocicleta	Placa MOI - 0170	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º	Renavan N.º	Data da Emissão		
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Versão prejudicada pois até a presente data de 17/04/2018 o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

EM:

26/06/18

ASSINATURA

COMPREV PREVIDENCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0187 - 2018

CONDUTOR 03

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Normado Dantas da Costa Filho	Masculino	05-01-1990	3113725 PB
Endereço			
Rua da Mangueira, 64, Várzea Nova, Santa Rita, PB – Tel.(083)98885-5285			
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.
25-03-2008	AB	04321852332	PB
Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor	Ex.méd./Dia	Data Vencimento
Não	Permaneceu no local	Sim	16-02-2023
Usava cinto	Usava Capacete		
Sim			

VEÍCULO 03

Marca/Modelo	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.
Ford Fiesta	Automóvel	OEV - 3456	Particular	João Pessoa	PB
Nome do Proprietário					
Normado Dantas da Costa Filho					
Seguradora	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão		
DPVAT	013747717569	0046975116-9	08-09-2017		
Defeitos					
Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 03

Condutor declarou que: Trafegava na via A, faixa do meio, no sentido Praia/Centro, quando o V2 parou e repentinamente não conseguindo evitar o sinistro atingiu a traseira do V2 que foi impulsionado para o V1.

VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento
José da Silva Andrade	Masculino	21-02-1956
Endereço		
Viajava no Veículo Nº		Usava Cinto
02		
Condição da Vítima	Conduzida Para	
Condutor	Hospital de Trauma	

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O acidente ocorreu na faixa do meio da via A, no sentido Praia/Centro, não há marcas de frenagem, semáforo funcionando normalmente no momento do levantamento, não foi possível arrolar testemunhas. C1 nada sofreu; C2 sofreu escoriações e com dores foi socorrido ao Hospital de Trauma pela viatura AR – 44 do Corpo de Bombeiros; C3 nada sofreu, V1 e V3 liberados no local, V2 recolhido ao Bptran para complemento de Boat. V1 teve impacto na traseira, V2 na dianteira e traseira e V3 na dianteira.

João Pessoa – PB, 17 de Abril de 2018.

Alex Gomes Mendes CB PM
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 26.106.118

ASSINATURA



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0187 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:
Fiat Strada

Placa:
OEZ – 5095 PB

Responsável pelo Preenchimento:
CB Alex

Data:
16-03-2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6	-> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
Honda Titan

Placa:
MOI – 0170 PB

Responsável pelo Preenchimento:
CB Alex

Data:
16-03-2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (tríciclos)			
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)				
							01		

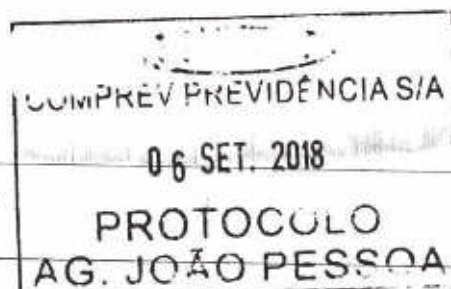
Observações: DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	-> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 17 de Abril de 2018.

Alex
 Alex Gomes Mendes CB PM
 Responsável pelo Levantamento



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original

EM: 26/06/18

ASSINATURA

DANOS NO V3

Marca/Modelo:
Ford FiestaPlaca:
OEV - 3456 PBResponsável pelo Preenchimento:
CB AlexData:
16-03-2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

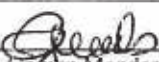
AVALIAÇÃO POR DANO:

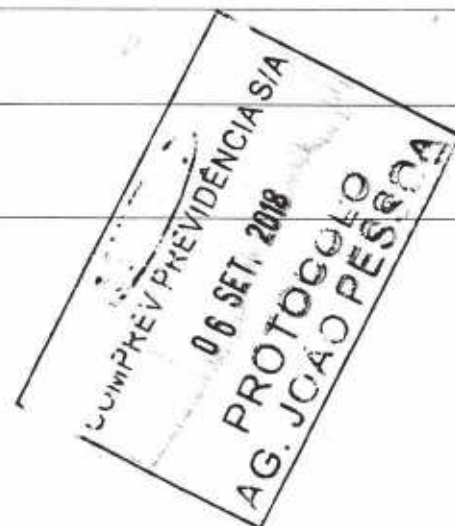
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 17 de Abril de 2018.


 Alex Gomes Mendes CB PM
 Responsável pelo Levantamento



BATIDO DE TRÁFEGO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original
 Emissão: 26/06/18
 ASSINATURA



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



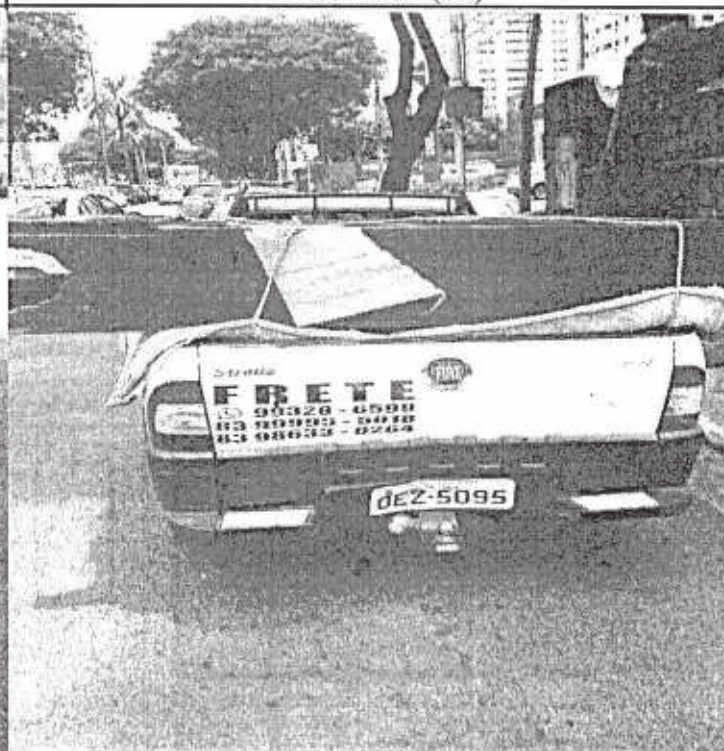
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0187/ 2018

FOTOS DO V1

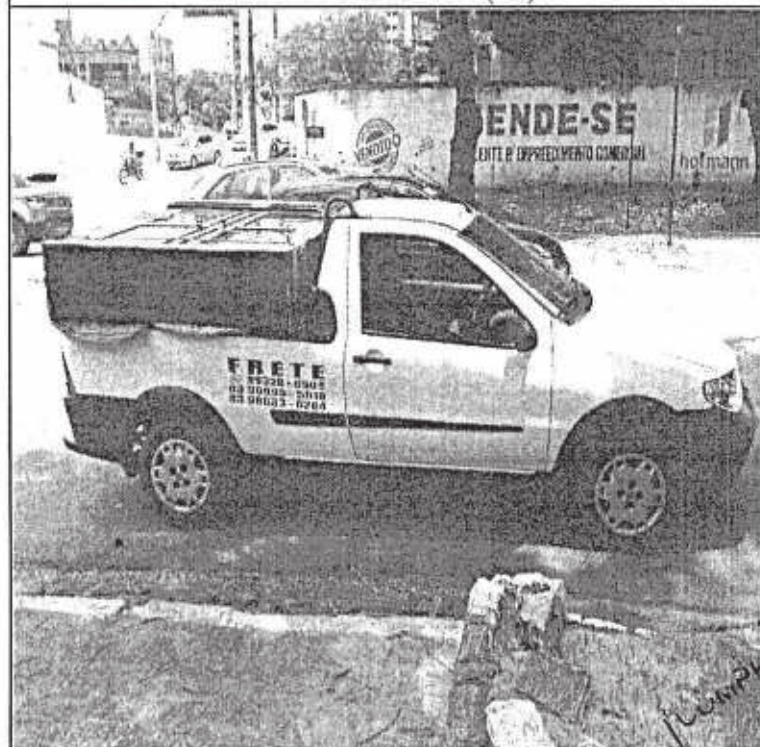
FRENTE (V1)



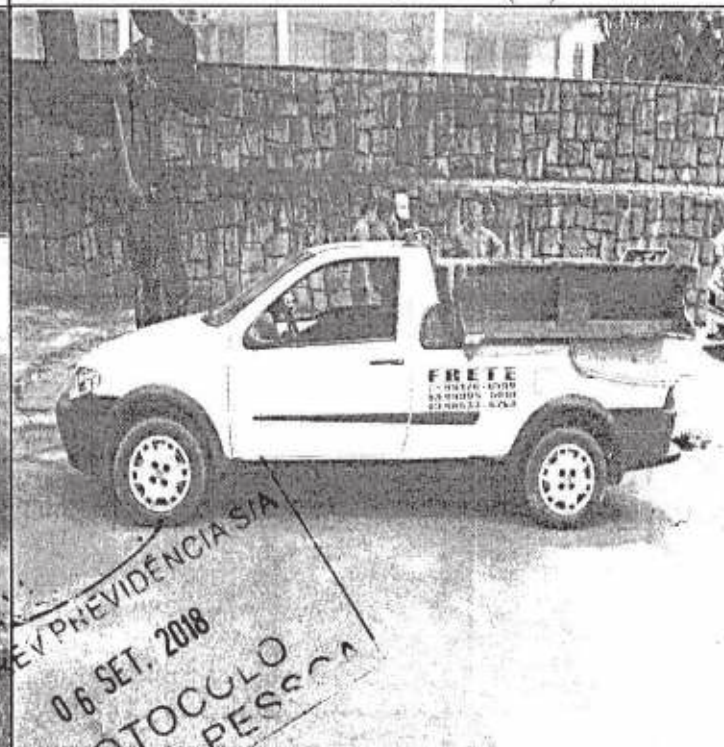
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 26/06/18

ASSINATURA

Alex Gomes Mendes Cb PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0187/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Presidente Epitácio Pessoa 20,00metros

VIA "B" - Rua Hilda Coutinho de Luna 09,00metros

PR (Ponto de Referência) Casa Nº 4000

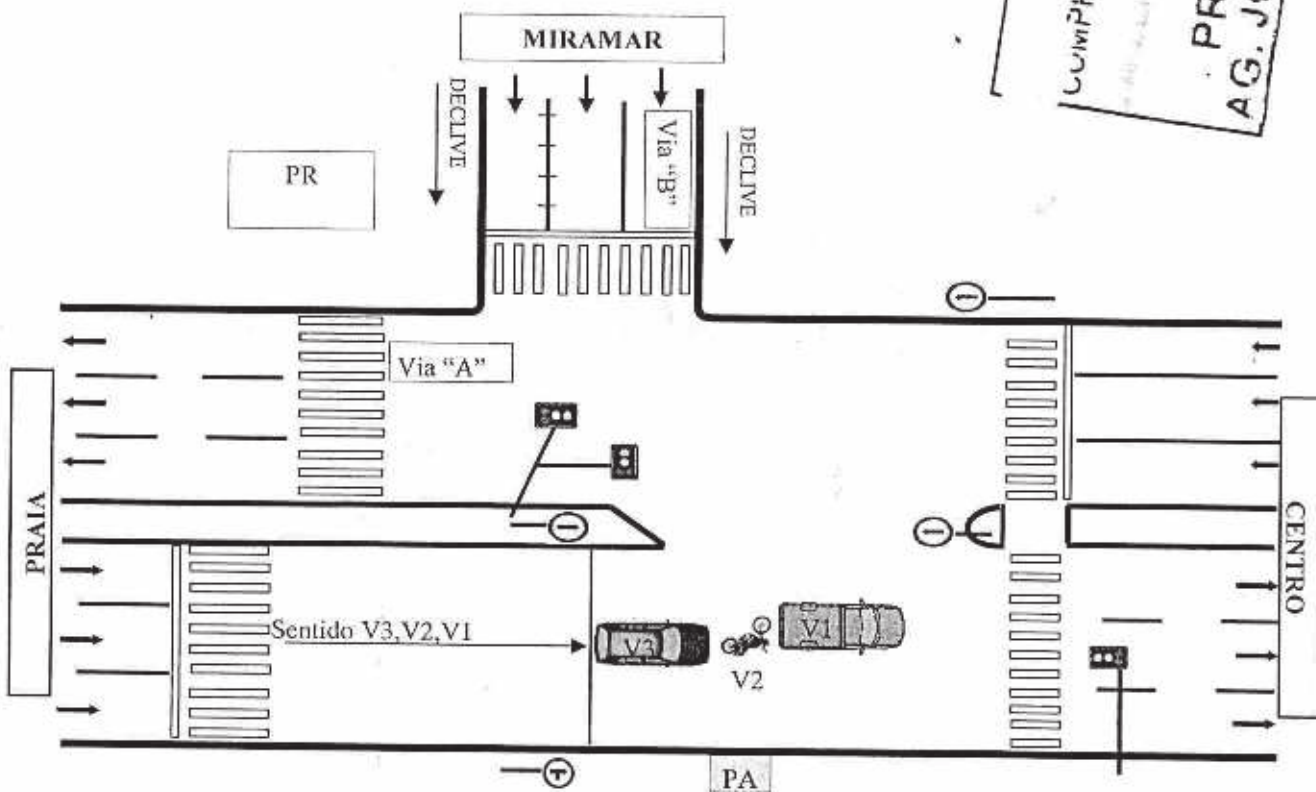
PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 03.90 e Traseiro Direito 03.90 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 04.80 e Traseiro Direito 04.20 metros para (PA)

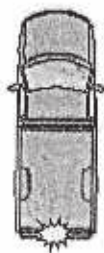
V3 (Veículo 03) Eixos Dianteiro Direito 03.40 e Traseiro Direito 03.40 metros para (PA)

CUMPREV PREVIDENCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2



V3

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 26/06/13
ASSINATURA

Alex Gomes Mendes Cb PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0187/ 2018

FOTOS DO V3

FRENTE (V3)



TRASEIRA (V3)



LATERAL DIREITA (V3)



LATERAL ESQUERDA (V3)



COMPREV PREVIDÊNCIA
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o original
EM: 26/06/18

ASSINATURA

Alex Gomes Mendes Cb PM
Responsável pelo Levantamento



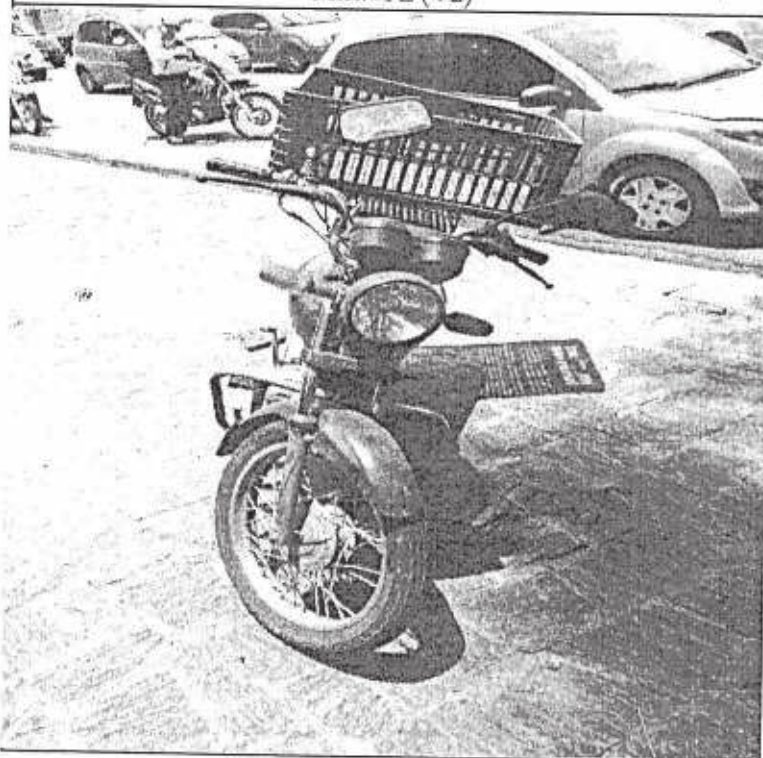
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0187/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



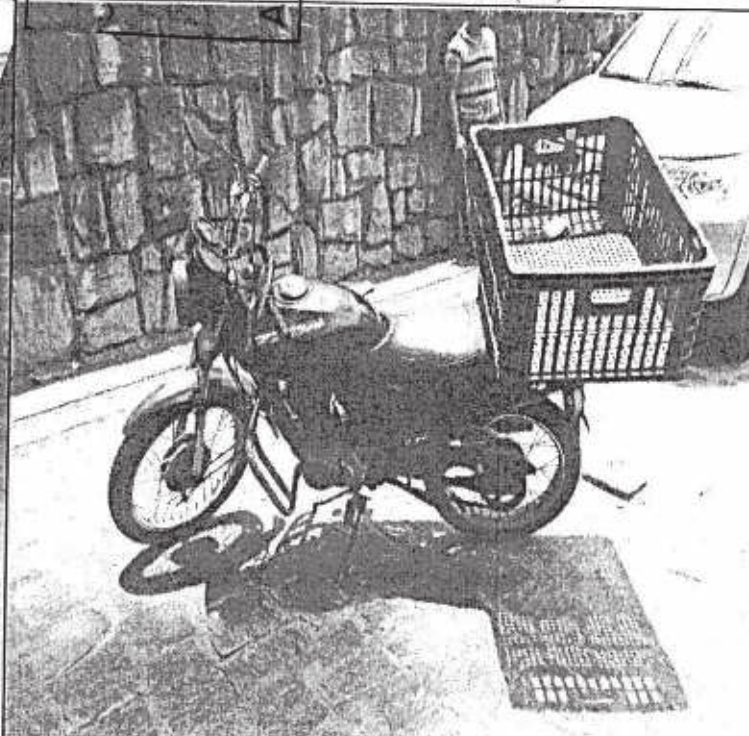
TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 26/06/18

ASSINATURA

Alex Carlos Mendes Cb PM
Responsável pelo Levantamento

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 DA SILVA ANDRADE

CPF da Vítima

176.945.824-72

Data do Acidente

16/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

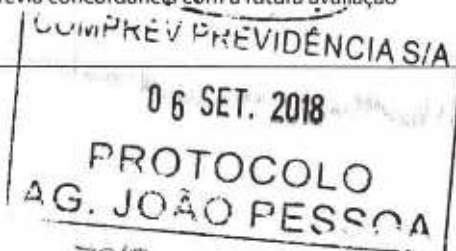
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



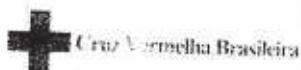
JOÃO PESSOA, 05 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

JOSE DA SILVA ANDRADE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1069516



Identificação do paciente

ID 230848	Nome JOSE DA SILVA ANDRADE	Sexo Masculino
Data de nascimento 21/02/1956	Idade 62 anos 23 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe MARIA JOSE DA SILVA ANDRADE	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 31458
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai JOAO GOMES DE ANDRADE	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987018860	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 288519	Nº Cns 898003459217903
Local de procedência MIRAMAR	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade SAPE	CBO/R

Endereço

CEP 58056566	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Antônio Fonseca Amorim
Número 16	Complemento	Bairro Mangabeira	

Admissão

Data e Hora 16/03/2018 11:33:06	Número da pulseira 1000006465178	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

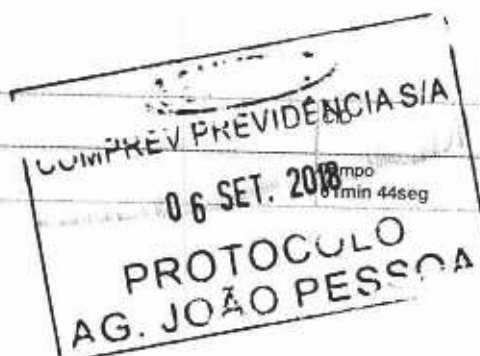
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Imprimir



ELIZETE PEREIRA DE ANDRADE
RUA ANTONIO FONSECA AMORIM, 16 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP. 58055-555 (AQ: 1)
Emissão: 21/08/2018 Referência: Ago / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Rotômetro: 1-5-272-7500 Nº medidor: 00008072981

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.085.100/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 011.257.632
Cód. para Deb. Automático: 80804047254

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018 21/08/2018 19/09/2018 691.233.664-04
Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/404725-4

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 0.431, de 25 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
20/07/18	20410	21/08/18	20564	1	154	22				
Demonstrativo										
Cód	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Af. (R\$)			Base Calc. Pz (R\$)		Cofre (R\$)	
				Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Pz (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30 000	0,259290	7,59	7,59	27	2,05	7,59	0,08	0,27
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70 000	0,434210	30,39	30,39	27	8,20	30,39	0,94	1,52
0801	Consumo - 101 a 320 kWh-BR	84 000	0,651300	54,71	54,71	27	14,77	54,71	0,59	2,73
0801	Avip. B. Vermelha			9,56	9,56	27	2,58	9,56	0,13	0,48
0810	Subsídio			47,47	47,47	27	12,62	47,47	0,51	2,27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			4,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2018			1,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018			2,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0803	Desenvolvimento Subsídio			-31,77	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CC - Código de Classeificação do Item				TOTAL	126,30	148,72	40,42	148,72	1,62	7,47

Média últimos meses (kWh) 197 **VENCIMENTO 20/09/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 126,30**

Histórico de Consumo (kWh)

166 | 175 | 180 | 185 | 189 | 193 | 191 | 191 | 188 | 201 | 213 | 195
Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18

ea9d.e283.2403.26b7.b168.dfe3.8571.2cfe.

6/2018-Mangabeira

Indicadores de Qualidade			Limite de Tensão (V)
Limites da ANEEL	Apurado		
DIG MENSAL	0,00	NOMINAL	220
DIG TRIMESTRAL	10,58		
DIG ANUAL	20,77		
DIG MENSAL	0,00	CONTRATADA	232
DIG TRIMESTRAL	6,47	LIMITE INFERIOR	231
DIG ANUAL	12,65	LIMITE SUPERIOR	
DMIC	2,64		
DIGRI	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia S/A	23,79	18,84
Compra de Energia	34,41	27,24
Serviços de Transmissão	3,85	2,99
Encargos Setoriais	6,59	5,22
Impostos Diretos e Encargos	57,86	45,81
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	126,30	100,00

Valor do EUBD (Ref. 6/2018) R\$ 39,27

ATENÇÃO

- Esta unidade foi faturada como baixa renda, sendo um desconto de R\$ 31,77.
- Leitura informada pelo Cliente.

Faturas em atraso

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARAIBA

Rotômetro 11-5-272-7500
Matrícula: 404725-2018-08-7

VENCIMENTO 20/09/2018 **TOTAL A PAGAR R\$ 126,30**

33680000001-7 26300149000-6 04047252018-4 087000005019-2

TIM Celular S.A.
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 3160 - SL 6
Tombauzinho - João Pessoa - PB
CNPJ: 04.206.050/00085-99 - I.E.: 16.143.665-0
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

A TIM S.A. faz parte das empresas controladas pelo TIM no Brasil

Página 1 de 4

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/08/2018

EMIÇÃO: 19/07/2018

POSTAGEM: 27/07/2018

FATURA: 3461569306

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

IMPORTANTE PARA CASSIO

A Intelig Telecomunicações LTDA. comunica a alteração de sua Razão Social para "TIM S.A.", não acarretando qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JUN A 18/JUL

Serviços TIM S.A.	VALOR
 TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS	R\$ 49,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)	Ilimitado	200m54s	1	30	19/06 a 18/07	49,90
TIM Portal CONTEUDO GOLD	-	-	1	30	19/06 a 18/07	Incluído
Total de Mensalidades						49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	07m36s	7	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares	-	183m00s	92	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	10m18s	5	-	-	0,00
Total de Chamadas Dentro da Rede TIM						0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-la, visite www.meutim.com.br. Central de Atendimento: 10341

CONTA DIGITAL TIM

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,23
ICMS	30%	R\$ 30,00	R\$ 10,50	FUNTEL: R\$ 0,12
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%			
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%			

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)	
Franquia(s)	R\$ 35,00
SVA	R\$ 14,90
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de Identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000165481214012

MÊS DE REFERÊNCIA
JUL/2018

DATA DE EMISSÃO
19/07/2018

DATA DE VENCIMENTO
10/08/2018

VALOR
R\$ 49,90

VIA BANCO

8464000000 - 2 49900109011 - 1 00346156930 - 7 60119257526 - 9

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA CINTHIA GILLO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.630.444 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE DA SILVA ANDRADE inscrito (a) no CPF sob o Nº 176.945.824 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALEZ da Vítima JOSE DA SILVA ANDRADE, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

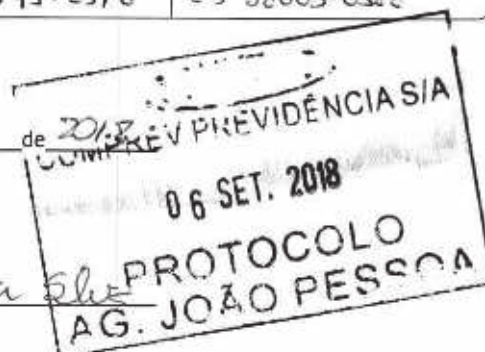
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. CAPITAO JOSE PESSOA</u>		Número <u>602</u>	Complemento
Bairro <u>JAGUARIBE</u>	Cidade <u>JOAO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58015-345</u>
Email <u>CONSULT. JUS. ADVOGADOS@GMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83 4343-2316</u>		Telefone celular (DDD) <u>83 98663 0588</u>

JOAO PESSOA, 05 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

Maria Cinthia Gillo da Silva
Assinatura do Declarante





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE José da Silva Andrade
DATA DE NASCIMENTO 21/02/56
NOME DA MÃE Maria José da Silva Andrade

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 31458
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1069516
DATA DO ATENDIMENTO 16/03/18
HORA DO ATENDIMENTO 11:33
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial direito
CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, com relato de acidente de moto, há 02 horas, com trauma em perna e joelho direito, dor local e deambulação prejudicada. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX perna D
TC joelho D

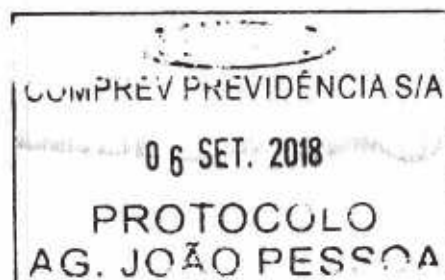
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial direito

ALTA HOSPITALAR: 23/03/18
DATA DA EMISSÃO: 10/07/18



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOSE DA SILVA ANDRADE		BAE 1069516	Data/Hora Entrada 16/03/2018 11:33:06	Data Baixa
Data de nascimento 21/02/1956	Idade 62	Sexo Masculino	CNS 898003459217903	Telefone de Contato (83) 987018860
Mãe MARIA JOSE DA SILVA ANDRADE				Prontuário 31458
Endereço Antônio Fonseca Amorim, 16		Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional INDALECIO PACELLI FERNANDES		Nº Cons. Regional 6827/PB
Data/Hora Classificação 16/03/2018 12:01:04		Data/Hora Prescrição 16/03/2018 13:49:06		
Convênio SUS		Nº Matricula		Senha

anamnese

ORTOPEDIA#

HDA

PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 02 HORAS.COM TRAUMA EM PERNA E JOELHO DIRERITO REFERINDO DOR LOCAL COM DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

EFO

BEG, DOR A PALPAÇÃO ANTERIOR DO JOELHO D, ADM DOLOROSA E DIMINUIDA COM ESCORIAÇÃO EM PERNA
RX PERNA COM SUSPEITA DE FRATURA DE PLATO TIBIAL INCOMPLETA??CD: SOLICITO TC DE JOELHO D
REAVALIO COM EXAME

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO

CID10

Código

Descrição

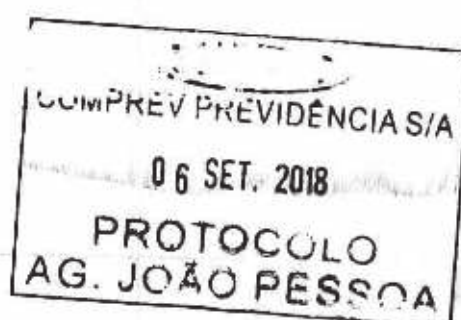
.1 Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

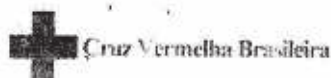
Em observação

Dr. Roberto A. Santos
Ortop - Traumatologia
CRM-PB 1597

JOSE DA SILVA ANDRADE

INDALECIO PACELLI FERNANDES
(CRM: 6827/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 16/03/2018 11:34:50



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE DA SILVA ANDRADE		BAE 1069516	Data/Hora Entrada 16/03/2018 11:33:06	Data de Nascimento 21/02/1956	Idade 62	Sexo Masculino	CNS 898003459217903
Mãe MARIA JOSE DA SILVA ANDRADE							
Endereço Antônio Fonseca Amorim, 16		Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB			
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EVERTON SILVEIRA MACEDO	Nº Cons. Regional 17085/CE			
Data/Hora Classificação 16/03/2018 12:01:04		Data/Hora Prescrição 16/03/2018 12:23:49					
Convênio SUS		Nº Matrícula		Série			

Anamnese

...CIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 02 HORAS. NEGA: DOR EM ABDOME, TORMENTAS
CRANIO.
ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL.
TORAX INDOLOR A PALPAÇÃO DE GRADIL COSTAL BILATERALMENTE.
CD: SOLICITO RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA.
SOLICITO PARECER DO ORTOPEDISTA
LIBERADO DA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

ódiço	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JOSE DA SILVA ANDRADE

EVERTON SILVEIRA MACEDO
(CRM: 17085/CE)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ORTÊSE PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - CME

REFTSHL

Número: 1066516
Paciente: Tatiane da Silva Andrade
Procedimento: Mat. Cirúrgico Fratura de Placa Tíbia D
SUS: () Não SUS ()
Médico: Dr. Gibson Tinoco

Data: 21/03/18

Caixa Pronta:

DISPENSACÃO CME			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MARCA
Im Cirúrgica	CX 4,5 TM Córtingica		
	Placa em L 05X2	01	
	Parafusos Cortical N° 38	02	
	Parafusos Cortical N° 42	01	
/	Parafusos Esponjoso 6,5 R32 N° 70	02	
DISPENSACÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MARCA

COMPRÉ PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dra. Jessyka Enilda F. Rabelo
Médica
REG 100451PB

Tatiane da Silva Andrade
ASSINATURA ENFERMEIRA COREN
422212

Roxane Maria de A. Nunes
560573
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL



Número: 108
Paciente: Jose da Silva Andrade

Protonário: 10690516.

Data: / /

1

Reposição:

Caixa Pronta:

[illegible]

DESCRIPÇÃO DO PRODUTO

Vycom Aquihor A-100

QUANTIDADE

CÓDIGO SUS

MARCA

01

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

COMPRÉV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rosane Morio de A. Nunes
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
560573

F(NG) APC 013-1

SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. E. T. S. H. L

3 TERMO DE ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 C.N.E.S.

4 C.N.E.S.

Identificação do Paciente

5 NOME DO PACIENTE

Jose' da Silva Andrade

6 N.º DE IDENTIFICAÇÃO

1060516

7 CARTELA DE REGISTRO DE SAÚDE (C.R.S.)

8 DATA DE NASCIMENTO

9 SEXO

10

10 NOME DA MÃE OU DE RESPONSÁVEL

11

12 TELEFONE DE CONTATO

13

12 ENDEREÇO (Cidade e Estado)

13 ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

14 CIDADE/MUNICÍPIO

15 UF

16 CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR

19 C.O.D. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

20 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO MUDANÇA

21 C.O.D. DO PROCEDIMENTO MUDANÇA

22 DIAGNÓSTICO ICD-9

23 C.O.D. PRINCIPAL

24 C.O.D. SECUNDÁRIO

25 C.O.D. CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

27 C.O.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

28 DESCRIÇÃO DE TIPO DE ATENDIMENTO DIÁRIO DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIO DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIO DE TIPO I

☐ DIÁRIO DE TIPO II

☐ DIÁRIO DE TIPO III

29 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 C.O.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 C.O.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 C.O.D. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CX 4,5 TM Cirurgia

01 - Placa em L 05x2

02 - Parafusos cortical Nº 38

01 - Parafuso cortical Nº 42

02 - Parafusos esponjoso 6,5 R32 Nº 70

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 SET. 2018

PROTOCOLO

16. JOÃO PESSOA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

35 DOCUMENTO

36 N.º DE REGISTRO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

37 ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dra. Jéssica F. Rabelo
CRM 10043/PE

38 C.N.S.

39 C.F.P.

AUTORIZAÇÃO

40 NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 C.O.D. ORGÃO EMISSOR

42 DATA DA AUTORIZAÇÃO

43 DOCUMENTO

44 N.º DE REGISTRO (CNS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 ASSINATURA CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONS. FIC)

46 C.N.S.

47 C.F.P.



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.E.T.S.H-2

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose da Silva Andrade

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10690516

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID-10 PRINCIPAL

24 - CID-10 SECUNDÁRIO

25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - CID

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CID

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CID

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01. Agulha A 400 (Vycor)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

44 - CNS

45 - CPF

Dr. Cassiano Lima
MÉDICO
CRM 68.8543

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - CNS

53 - CPF



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: jose da silva andrade BE/PRONTUÁRIO: 1069516
IDADE: 62 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 21/3/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL DIREITO

CIRURGIÃO: dr edson tinoco 1º ASS: dr roberto santos
2º ASS: mr2 jessyka 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NAO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NAO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

 TERAPIA INTENSIVA

 RESIDÊNCIA

 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 21/3/2018



CUMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
PASSAGEM DE GARROTE (FAIXA DE SMASH	
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
VIA DE ACESSO ANTERO LATERAL	
DIVULSÃO + DISSECÇÃO + AVULSÃO POR PLANOS ANATOMICOS	
Achados:	
FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO	
Condução:	
REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA L de 7 furos	
sob auxílio da escopia	
fixação com parafusos corticais	
lavagem da ferida operatoria com sf 0,9%	
HEMOSTASIA	
SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS	
CURATIVOS ESTÉREIS	
RETIRADA FAIXA DE SMASH	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

João Pessoa,

21/3/2018

21/3/2018
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PERSONAL MARIA A NERO
560573

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 JOSE DA SILVA ANDRADE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR NF
 283519 PB

CPF
 176.945.824-72

DATA NASCIMENTO
 21/02/1956

FUSAO
 JOAO GOMES DE ANDRADE
 MARIA JOSE DA SILVA
 ANDRADE

PERMISSAO
 ACC
 CALHA
 AB

Nº REGISTRO
 02962758637

VALIDEZ
 04/11/2021

1ª HABILITACAO
 03/12/1979

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
 07/11/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
 52264917086
 PB033467455

DE TRAN. PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1404110676

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1404110676

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 06 SET. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Proprietário da motocicleta falecido



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO



NOME:
MANUEL MESSIAS RODRIGUES DE FREITAS

MATRÍCULA:
0733610155 2014 4 00033 112 0019557 16

SEXO masculino	COR preta	ESTADO CIVIL E IDADE divorciado, 47 anos
NATURALIDADE/UF Alagoa Grande-PB		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF nº: 674.386.014-04
ELEITOR — NÃO INFORMADO —		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) José Juviano de Freitas (falecido) e Alzira Rodrigues de Freitas. Residia na(o) Rua: Cel Estevão Davila Lins 272 Cruz das Armas, no município de João Pessoa-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO três de abril de dois mil quatorze - 22:45		DIA 03
		MÊS 04
		ANO 2014
LOCAL DO FALECIMENTO Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta Capital no município de João Pessoa-PB		
CAUSA DA MORTE disfunção de múltiplos órgãos acidente vascular cerebral isquêmico		
NOME DO MÉDICO / CRM Yuzeth Assis Brilhante - CRM: 5037		LOCAL DO SEPULTAMENTO Cemitério de Alagoa Grande no município de Alagoa Grande-PB
DECLARANTE José David Santos de Freitas, RG: 30000819, filho do falecido, Brasileiro, auxiliar comercial		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Observações: Registro lavrado em 07/04/2014, no Livro C-00033, Nº 19557, folha 112. O falecido era casado com Severina Santos de Freitas. Declaração de Óbito nº 211442313. deixou filhos, não deixou bens à inventariar		
NOME DO OFÍCIO TERCEIRO SERVIÇO REGISTRAL		O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé. João Pessoa-PB, 7 de Abril de 2014 Maria de Fátima Delgado Leal - Oficial do Registro Civil
OFICIAL REGISTRADOR Maria de Fátima Delgado Leal		
MUNICÍPIO/UF João Pessoa-PB		
ENDEREÇO Avenida Coremas, nº 257, sala 102, centro. João Pessoa-PB - CEP - 58013430 FONE: Fax-(83)3241 5009		

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180410924 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DA SILVA ANDRADE **Data do acidente:** 16/03/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



GRILLO ADVOCACIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose da Silva Andrade
Estado Civil: casado Profissão: apontado
Identidade nº 288.519-2-Via CPF: 176.945.824-72
Endereço: Rua Antonio Fonseca de Amorim, número - 46
Cidade: João Pessoa, PB CEP: 58056-566
E-mail: _____ Telefone/Whatsapp: 987078860

OUTORGADO(S): **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA**, brasileira, casada, advogada, OAB/PB 17.295, portadora do RG 2.911.924 SSP/PB, CPF 051.691.444-29, com endereço profissional situado na Av. Capitão José Pessoa, 602 – Jaguaribe – João Pessoa-PB. Telefones 83 4141-2316/98663-0588.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário JOSE DA SILVA ANDRADE, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 03 de SETEMBRO de 2018.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua Elton Pessoa de Azeite, 41 - Mangueira/PB - CEP: 58050-000 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: (83) 4141-2316

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: JOSE DA SILVA ANDRADE

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 03/09/2018 15:44:53
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA
[2018-042040]EML:R# 19,48 FAFS:R# 0,23 FEPJ:R# 1,90
SELO DIGITAL: AHL23995-DX2T
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.tus.br>

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0325908/18

Vítima: JOSE DA SILVA ANDRADE

Data do acidente: 16/03/2018

CPF: 176.945.824-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DA SILVA ANDRADE

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA : 051.690.444-29

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

JOSE DA SILVA ANDRADE : 176.945.824-72

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 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: 06/09/2018
Nome: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2018
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: 21/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DA SILVA ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000003713-9

Nr. da Autenticação 921B3474B4BE8DE4