

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2016

Carta nº: 8813865

A/C: IDALBERTO DE SOUZA LOPES

Sinistro: 3160176944  
Vitima: IDALBERTO DE SOUZA LOPES  
Data Acidente: 22/08/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/08/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Sabemi Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2016

Carta nº: 9035191

A/C: IDALBERTO DE SOUZA LOPES

Sinistro: 3160176944 ASL-0128593/16  
Vítima: IDALBERTO DE SOUZA LOPES  
Data Acidente: 22/08/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2016

Carta nº: 9080512

A/C: IDALBERTO DE SOUZA LOPES

Sinistro: 3160176944 ASL-0128593/16  
Vitima: IDALBERTO DE SOUZA LOPES  
Data Acidente: 22/08/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Idalberto de Souza LopesPORTADOR(A) DO RG Nº 3041952EXPEDIDO POR 55P/PBEM 27/07/02 ECPF 064672754-03 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Não informadoE RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 ( " ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

( " ) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

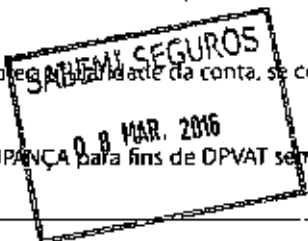
- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT:
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a existência da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0040 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00044943-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Cajazeiras PB, 12 de Janeiro de 2016 Idalberto de Souza Lopes

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - ag. Cajazeiras

DATA: 25/11/2015

HORA: 11:33:51

TERMINAL: 00401222

CONTROLE: 004012220226

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0040.013.00044943-1  
NOME: IDALBERTO DE SOUZA LOPES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 10,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0290163498  
NÚMERO DE CONTROLE: 329142645

A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)





## BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL Nº 1242\_/2016 - aditamento

INCIDÊNCIA: SINISTRO DE TRANSITO

DATA DO FATO: 22.08.2015

horário: 07h00min.

DATA DE COMECAMENTO DA DELEGACIA: 25.11.2015

Elisangela N. Dantas  
Escrivã de Polícia  
Mat. 155.719-0

COMUNICANTE:

NOME: IDALBERTO DE SOUSA LOPES, SOLTEIRO, VENDEDOR, NATURAL DE CAJAZEIRAS -PB, NASCIDO EM 22.01.1986, PORTADOR DE RG 3.641.952 SSP/PB E CPF 054.672.754-03, FILHO(A) DE FRANCISCO LOPES DOS SANTOS E MARIA DE SOUZA LOPES, NA RUA TENENTE BARBOSA, 06, FIO X - CAJAZEIRAS - PB.

VÍTIMA: O(A) PRÓPRIO(A) DECLARANTE.

### HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia 22 de agosto de 2015, por volta das 07h00min., aproximadamente, conduzia o veículo tipo MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ES, ano fab./mod. 2013/2013, VERMELHA, PLACA OFY 2719/PB, CHASSI9C2KD0550DR376768, RENAVAM 00568352610, MATRICULADA JUNTO AO DETRAN-PB EM NOME DE CARLOS ALBERTO DE SOUZA LOPES, e ao passar por umas das ruas do bairro onde reside, Fio X, nesta cidade de Cajazeiras, foi surpreendido por um outro motociclista que em seu veículo veio a colidir no veículo do declarante; QUE caiu ao solo e em seguida foi socorrido pelo SAMU, ao Hospital Regional de Cajazeiras - HRC, onde recebeu os atendimentos de praxe, tendo sofrido várias escoriações pelo corpo. QUE EM VIRTUDE DESTES FATOS VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRÊNCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS JUNTO AO SEGURO DPVAT. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal pela declaração que deu origem a este registro, ficando ciente das penas cominadas no artigo nº 299 do Código Penal Brasileiro. Nada mais a consignar.

Cajazeiras, 07 de MARÇO de 2016. Às 07h29 horas.

x Idalberto de Souza Lopes

☒ Declarante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
Elisangela N. Dantas  
Matricula: 155.719-0

Elisangela N. Dantas  
Escrivã de Polícia  
Mat. 155.719-0





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1242/2015



Natureza da ocorrência- SINISTRO DE TRANSITO

Data do fato: 22/08/2015

Horário: 07h00, aproximadamente

PRESENTE O DEL. POL. MIROSLAV SOARES DE ALENCAR

**NOTIFICANTE: IDALBERTO DE SOUSA LOPES, brasileiro, solteiro, vendedor, natural de Cajazeiras-PB, nascido em 22.01.1986, filho de Francisco Lopes dos Santos e Maria de Souza Lopes, residente a Rua Tenente Barbosa, 06 - Pio X - Cajazeiras -PB, RG 3641952 SSP/PB, CPF 054.672.754-03.**

**VÍTIMA: PRÓPRIO DECLARANTE**

HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 298 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, na data de 22.08.2015, por volta das 07h00, aproximadamente, conduzia sua motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES, ANO/MODELO 2013/2013, VERMELHA, PLACA OFY 2719/PB, CHASSI 9C2KD0550DR376768, RENAVAM 00568352610, e ao passar por uma das ruas do bairro onde reside, Conjunto Pio X, foi surpreendido por um outro motociclista que em seu veículo veio a colidir no veículo do declarante; QUE caiu ao solo e em seguida foi socorrido pelo SAMU, ao Hospital Regional de Cajazeiras, onde recebeu os atendimentos de praxe, tendo várias escoriações pelo corpo. **QUE VEIO A ESTA DEPOL REGISTRAR OCORRENCIA E PEDIR CERTIDAO.**

Cajazeiras - PB, 25 de novembro de 2015 às 08h30min.

Idalberto de Souza Lopes

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
Elisângela Nascimento Dantas  
Mat. 155.719-0

Elisângela M. Dantas  
Escrivã de Polícia  
Mat. 155.719-0

POLÍCIA  
CIVIL  
DIREITO

SABEMI SEGURADORA S/A

31 MAR 2016

RECEBIDO

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Idalberto de Souza Lopes, portador da carteira de identidade nº 3041952 e inscrito no CPF/MF sob o nº 064.672.754-03, residente e domiciliado na Rua Ten Barbosa, 06 - Dto X, Cidade Cajazeiras, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

x Idalberto de Souza Lopes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Cajazeiras-PB, 12 de Janeiro de 2016.

Local e data





**SAMU**  
**192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192**



**PREFEITURA DE**  
**CAJAZEIRAS**  
O futuro se faz agora.

**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA**

**IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA**

USA

/ USB 01

DATA: 22/08/15	HORA: 08:25	OCORRÊNCIA Nº: 04	PACIENTE / USUÁRIO: IDALBERTO DE SOUSA LOPES	IDADE: 29	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: TONGUE BARBOSA		BAIRRO: MUTAÇÃO	MÉDICO REGULADOR: DR. ALESSANDRA		
APOIO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SITRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:					
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO					

**TIPO DE AGRAVO**

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

**ANTECEDENTES**

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<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 INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

**DESTINO DO PACIENTE:**

SERVIÇO MÉDICO: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE TRANSPORTE**

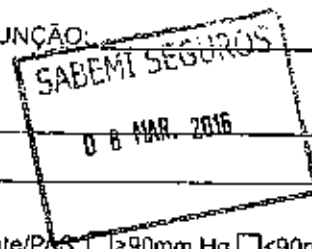
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES  
☐ OUTRO: \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO**

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

**MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:**

SAL 500 ML, DOPONON 03 AMP.



**DADOS VITAIS**

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PA: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 120 x 80 FC: 76 TEMP: \_\_\_\_\_ °C - GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl - E. Com a: \_\_\_\_\_ SpO2s/02: 98% So02c/02: \_\_\_\_\_

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Inapropriada Diminuída	<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada	<input type="checkbox"/> Confusão Aguda	<input type="checkbox"/> Desambulação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Débito
<input type="checkbox"/> Constrição Diminuída	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVAA	<input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma	<input type="checkbox"/> Dor Aguda	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada
<input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Intolerância à Atividade	<input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular
<input type="checkbox"/> Cerebral Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Renal Ineficaz	<input type="checkbox"/> Termorregulação	
<input type="checkbox"/> Ineficaz	<input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada	<input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficiente	<input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Retenção Urinária	<input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada	<input type="checkbox"/> Percepção Social Prejudicada	<input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal	<input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada	<input type="checkbox"/> Constipação
<input type="checkbox"/> Outros					

**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:**

VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, COM GOLPE CONSCIENTE ORIENTADO, APRESENTA FRAQUEZA EM MEB COM POSSÍVEL FRACTURA GIBERNA DOB EM REGIÃO TORÁXICA ILGAVEZADO ENGBATEZADO E REMOVIDO AO HCL JANEIRO 18/14

# AValiação Primária

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL  <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL  <input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BRADPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNÉIA	EXPANSIBILIDADE <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR  MURMÚRIOS VESICULARES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	PULSO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE  PERFUSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA	<input type="checkbox"/> RINORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E PUPILAS <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input checked="" type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E

## E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

## EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL \_\_\_\_\_ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

### DIAGNÓSTICOS

*1. Análise de dados*

### PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA DROFAÍNGENA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO  
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VERSICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL  
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

### INTERVENÇÕES:

## EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

## ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO 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 DE CABECEIRAS (CABEÇA)

## RECUSA

1-NOME: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_

2-NOME: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CARIMBO / ASS.: \_\_\_\_\_

*Dr. Alessandra Sousa Silva*  
 Médica  
 CRM 21412-PE  
 CDA 1744-00



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Idalberto de Souza Lopes

RG nº 3041952, data de expedição 27/07/02, órgão SSP/PB,

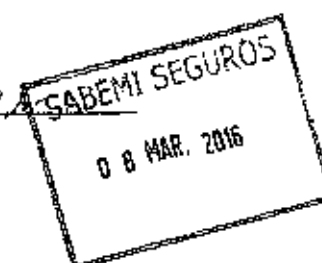
CPF nº 064.672.754-03, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Ten. Barbosa</u>
Número	<u>06</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pio X</u>
Cidade	<u>Cajazeiras</u>
Estado	<u>Parnaíba</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)9613-1266/9415-5835/8662-7539</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cajazeiras - PB, 12 de Janeiro de 2016.

Assinatura do Declarante: Idalberto de Souza Lopes



IDAALBERTO DO SOUSA LOPES  
RUA TEN. BARBOSA, 04 - FID X  
CAMÉZIRAS / PB CEP. 5800000 (AG 212)

ENERGISA PARAGUAI - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Km 25 - Via de Acesso - João Pessoa/PB - CEP 50071-600  
FAX: (081) 355.1300 - 0800-41 130 Est. 16 015.223-0  
Rua Firmeza/Garagem Energia Cidadã nº 1001 - 2008-5  
Código para Dados Automáticos: 0001/1147810

Classificação RESERVA/RESERVA MONOPOLIO  
Patente: 17-212-296-537E      Habilidade Jun/2015  
Inventor JONAS ROZDOG      Emissão 29/08/2015

ප්‍රකාශනය: 2019/01/01  
ප්‍රකාශනය: 2019/01/01

Notas Fiscais/Contabilidade Eletrônica nº 001/2003-5  
Código para Datas Automáticas: 001/147800

Atendimento ao Cliente ENERCISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energis.com.br](http://www.energis.com.br)

7bnc #074 0022 4c 12 n32 53u5 54 13 0001

Conta referente a CDC (Código do Consumidor): 5/1714781-0

### Canal de contato

\*TRABAJA CON EL NIÑO DEJANDO ESTUDAR UN MOMENTO MÁS.

## Apresentação

29/06/2015

Data prevista da  
próxima leitura

27/07/2015

CPF/ CNPJ/ RANJ  
84E7224034

### Cálculo de consumo

	Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dif.
	Data	Letura	Data	Letura			
Faturas em atraso	27/05/11	241	26/06/11	307	1	33	33

03/03/2015	30.31
06/03/2015	47.02

### Demonstrative

Descrição	Quantidade	Preço Unitário	Valor (R\$)
Conteúdo em 100ml	1	22,11	22,11
Adic. 3.000ml	1	3,33	3,33
IMPOSTOS = ENCARGOS			-
TIC			3,43
ICMS			2,70
CUNTA BOM, Adic. 1.000ml			8,25
ICMS (base de Cálculo R\$ 38,30) (Alíquota 20,00%)			7,66

Histórico de Consumo  
(kWh)

Mar'15	51
Apr'15	61
May'15	58
Jun'15	59

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

Media em 60 dias: 62,06%

06/07/2015

R\$ 44.58

Indicadores de Qualidade 4/2015 - Colares

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
CONDIÇÃO	100	
ONDAVIVESTRUA	12,54	
ONDAVAL	25,30	ALERTA
PELOAL	3,73	
PELOAL	7,55	CONDIÇÃO
PELOAL	14,70	ALERTA
PELOAL	29,40	ALERTA
PELOAL	58,80	ALERTA

Diretório/Ação	Valor (R\$)	%
Comissão de Defesa da Imprensa	10,30	25,11
Comissão de Ensino	7,50	22,26
Serviço de Manutenção	6,67	19,85
Serviço de Segurança	3,40	9,86
Impressão, Transporte e Alojamento	18,51	51,67
Custos Gerais	2,93	8,06
<b>Total</b>	<b>40,68</b>	<b>100,00</b>

Vale a pena pagar a taxa de Sistema de Informação?  
[Fei 4/2015] Pág. 315

**ATENÇÃO**

[illegible]

SABEMI SEGUROS  
08 MAR. 2016



CTC RECIFE PE JPA PL10  
MAURICELIO MACAIRO DA SILVA  
R JOSE RODOVALHO ALENCAR 331  
CASA CENTRO  
58900 - 000 CAIAZEIRAS PB

00802248



Data de Vencimento: 28/09/15 - Data de Postagem: 11/09/15



721134357511054000001081230110915

Atendimento Claro - Ligue 1052.  
Auto-Atendimento - Ligue \*1052#  
Na Web - [www.claro.com.br/minhaclaro](http://www.claro.com.br/minhaclaro)  
Visite nossa site: [www.claro.com.br](http://www.claro.com.br)

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99415 5835	de 02/08/2015 a 01/09/2015	28/09/2015	R\$ 31,90

Valor pago na última conta: R\$ 31,90

Veja aqui o que está sendo cobrado



## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Mauricélio Macário da Silva, portador(a) do

RG nº 2421541, expedido por SSP/PB, em

1/1/, CPF/CNPJ nº 035.831.484-44,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Idalberto

de Souza Lopes do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Idalberto de Souza Lopes, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: \_\_\_\_\_ Renda Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_



Mauricélio Macário da Silva

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carlos Alberto de Souza Lopes,  
RG nº 2969891, data de expedição 26/12/2000,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 062.877.044-89 com  
domicílio na cidade de Cajazeiras, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Tenente Barbosa, nº 06,  
complemento Pio X, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Idalberto de Souza Lopes, cujo o condutor era  
Idalberto de Souza Lopes.

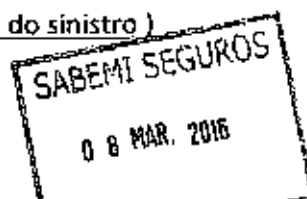
Veículo: HONDA/NXR 150 BROS ES  
Modelo: 2013  
Ano: 2013  
Placa: OFY 2719/PB  
Chassi: 9C2K00550DR376768  
Data do Acidente: 22.08.2015  
Local e Data: Cajazeiras - PB, 28 de setembro de 2015



Carlos Alberto de Souza Lopes  
Assinatura do Declarante



Idalberto de Souza Lopes  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



**CARTORIO DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA".**  
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: IDALBERTO DE  
SOUZA LOPES. Em test. [Assinatura] da verdade. DOU PE.  
CAJAZEIRAS - Paraíba, 28/09/2015.

RENE MOÉSIA  
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-ACE41817-8PV8  
Confira os dados do selo em <https://selodigital.tpb.jus.br>  
EMOLUM. R\$: 7,75 FARPEN R\$: 0,23 FEPJ R\$: 0,23

**CARTORIO DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA".**  
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: CARLOS ALBERTO  
DE SOUZA LOPES. Em test. [Assinatura] da verdade. DOU  
PE. CAJAZEIRAS - Paraíba, 28/09/2015.

RENE MOÉSIA  
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-ACE41817-8PV8  
Confira os dados do selo em <https://selodigital.tpb.jus.br>  
EMOLUM. R\$: 7,75 FARPEN R\$: 0,23 FEPJ R\$: 0,23

**CARTÓRIO DIMAS ANDRIOLA**  
**1º OFÍCIO**  
  
Renê Moésia - TABELIÃO  
Robelita da Rocha Alves Moésia  
TABELIÃO SUBSTITUTA  
Renelita da Rocha Moésia - ESCRIVENTE  
CNPJ 09.318.593/0001-03







**REPUBLICA DE GUATEMALA**  
**MINISTERIO DE DEFENSA**  
**COMANDO EN JEFE FUERZA ARMADA**

**IDENTIFICACION DE PERSONA**

**Nombre Completo:** JOSE ANTONIO LOPES LOPES

**Fecha de Nacimiento:** 22/01/1986

**Numero de Documento:** 064.672.754-03

**Sexo:** M

**Estado Civil:** Soltero

**Profesion:** Estudiante

**Fecha de Emision:** 31/06/2017

**Fecha de Validacion:** 15/07/2017

**Numero de Documento:** 590897000

**REPUBLICA DE GUATEMALA**  
**MINISTERIO DE DEFENSA**  
**COMANDO EN JEFE FUERZA ARMADA**

**IDENTIFICACION DE PERSONA**

**Nombre Completo:** JOSE ANTONIO LOPES LOPES

**Fecha de Nacimiento:** 22/01/1986

**Numero de Documento:** 064.672.754-03

**Sexo:** M

**Estado Civil:** Soltero

**Profesion:** Estudiante

**Fecha de Emision:** 31/06/2017


**Fecha de Validacion:** 15/07/2017

**Numero de Documento:** 590897000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**CRISTIANO MACARIO DA SILVA**



Doc. Nacional: 2411541 SEX: M

CPF: 035.831.484-44 Data de Nascimento: 12/06/1984

Nome: CRISTIANO MACARIO DA SILVA  
MARCIA CRISTIANO DA SILVA

Residência: [Redacted] ACC: [Redacted] CATEG: AD

Identificação: 02386625015 Validade: 28/01/2016 28/06/2021

**CRISTIANO MACARIO DA SILVA**

Assinatura: [Redacted]

Assinatura do Portador: [Redacted]

Local: BOQUEIA, RJ Data de Emissão: 07/06/2021

Assinatura do Detentor: [Redacted] 10038301380 75021636753

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
357087253

PROIBIDO PLASTIFICAR  
357087253

09 MAR 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011753334262

VIA - C/P - RENOV - 05/10/2014 23:00 - 23:00  
0056672201-0 00/99900000 2014

CARLOS ALBERTO DE SOUZA LOPES

CNPJ - 06287764489

UF - PB

PLACA ANUAL - 962KD0550DK376768

ESP/VEICULO/NAO APLIC - ALCO/GAROL

MARCA/MODELO - HONDA/NXR150 BROS ES

CATEGORIA - VERMELHA

DATA DE EMISSÃO - 19/09/2014

PREMIO TARIFARIO - 1

PREMIO TARIFARIO - 2

PREMIO TARIFARIO - 3

PREMIO TARIFARIO - 4

PREMIO TARIFARIO - 5

PREMIO TARIFARIO - 6

PREMIO TARIFARIO - 7

PREMIO TARIFARIO - 8

PREMIO TARIFARIO - 9

PB Nº 011753334262 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - 2014

DATA EMISSÃO - 19/09/2014

UF - PB

CNPJ - 06287764489

UF - PB

MARCA/MODELO - HONDA/NXR150 BROS ES

CATEGORIA - VERMELHA

DATA DE EMISSÃO - 19/09/2014

PREMIO TARIFARIO - 1

PREMIO TARIFARIO - 2

PREMIO TARIFARIO - 3

PREMIO TARIFARIO - 4

PREMIO TARIFARIO - 5

PREMIO TARIFARIO - 6

PREMIO TARIFARIO - 7

PREMIO TARIFARIO - 8

PREMIO TARIFARIO - 9

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

15628-635434-00100910



## TERMO DE SOLICITAÇÃO

Eu, Idalbento de Souza Lopes  
brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro, profissão: Vendedor  
CPF: 064.672.754-03 RG: 3041952 SSP/PB, residente na  
Rua Ten Barbosa  
nº: 06 bairro: Po X cidade: Cajazeiras UF: PB.

Venho através de o presente documento solicitar os bons préstimos de Vossa Senhoria, no sentido de realizar gestões administrativas que possibilitem que minha perícia médica seja elaborada nesta cidade (CAJAZEIRAS-PB), haja vista o custo de deslocamento ser muito baixo.

Certo de atendido agradeço antecipadamente.



x Idalbento de Souza Lopes

SOLICITANDO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160176944 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IDALBERTO DE SOUZA LOPES **Data do acidente:** 22/08/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 03/05/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Trauma em tornozelo direito

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** PAULA SEROA DA MOTTA SOUTO SOARES

**CRM do médico:** 52-90632-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160176944

**Cidade:** Cajazeiras

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** IDALBERTO DE SOUZA LOPES

**Data do acidente:** 22/08/2015

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FERIDA CORTO CONTUSA NO TORNOZELO DIREITO. (REFERE FERIDA NO TÓRAX SEM REGISTRO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS)

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME APRESENTA LESÃO CICATRICAL EM REGIÃO DE LINHA AXILAR ANTERIOR A DIREITA NA ALTURA DO MAMILLO DE CERCA DE 2CM DIÂMETRO. CICATRIZ COMPATÍVEL COM HISTORIA E FICHA DE ATENDIMENTO EM REGIÃO INFRAMALEOLAR LATERAL DIREITA JÁ CICATRIZADA SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA. SEM ALTERAÇÕES FUNCIONAIS

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO COM SUTURA DO FERIMENTO SOB ANESTESIA LOCAL E IMOBILIZAÇÃO, REFERE QUE FEZ SESSÕES DE FISIOTERAPIA PARA REABILITAÇÃO E USO DE MEDICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 07/05/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Jamacir Ferreira Moreira

**CRM do médico:** 8344

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

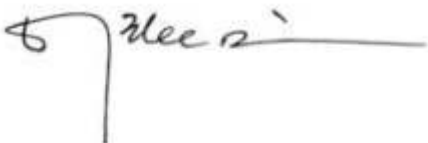
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

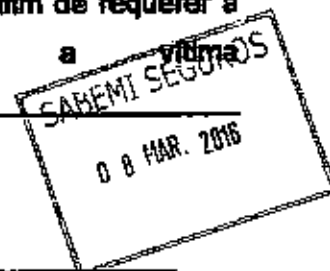
Nome: Idalberto de Souza Lopes  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 3041952  
CPF: 064.672.754-03  
Profissão: Autônomo  
Endereço: Rua Ten Barbosa, 06, Pto X - Cajazeiras - PB

### OUTORGADO:

Nome: Mauricélio Macário da Silva  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Casado  
Identidade: 2421541  
CPF: 035.831.484-44  
Profissão: Autônomo  
Endereço: R. José Rodoualho Alencar, 331, Casa Centro - Cajazeiras - PB


Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Idalberto de Souza Lopes



Cajazeiras - PB, 12 de Janeiro de 2016.

Local e data

 Idalberto de Souza Lopes


Assinatura do Outorgante





**CARTORIO DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA".**  
 Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **ADALBERTO DE SOUZA LOPES**. Em test. *[assinatura]* da verdade. DOU FÉ.  
**CAJAZEIRAS - Paraíba, 12/01/2016** *[assinatura]*

**RENE MOÉSIA**  
 Sala Digital de Realização Tipo Normal B-ACR04781/3400  
 Confira os dados do ato em <http://reelodigital.tpb.pa.br>  
 EMOLUM. R\$: 10,85 FARPEN R\$: 0,99 FEPU R\$: 0,23

*Renelita da R. Moésia*  
 **ESCREVENTE**

**CARTÓRIO DIMAS ANDRIOLA**  
**1º OFÍCIO**



**René Moésia - TABELIÃO**  
**Robelita da Rocha Alves Moésia**  
**TABELIÃ SUBSTITUTA**  
**Renelita da Rocha Moésia - ESCRIVENTE**  
 CNJ 100.000.000.000

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **IDALBERTO DE SOUZA LOPES** Sinistro: **3160176944** Data: **22/08/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **TENENTE BARBOSA, 06 - PIO X - Cajazeiras - PB - CEP 58900-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / PB** ] **3041952**

Data local do exame: [ **07/05/2016** ] **Cajazeiras** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FERIDA CORTO CONTUSA NO TORNOZELO DIREITO. (REFERE FERIDA NO TÓRAX SEM REGISTRO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS). AO EXAME APRESENTA LESÃO CICATRICAL EM REGIÃO DE LINHA AXILAR ANTERIOR A DIREITA NA ALTURA DO MAMILÃO DE CERCA DE 2CM DIÂMETRO. CICATRIZ COMPATÍVEL COM HISTÓRIA E FICHA DE ATENDIMENTO EM REGIÃO INFRAMALEOLAR LATERAL DIREITA JÁ CICATRIZADA SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA. SEM ALTERAÇÕES FUNCIONAIS**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM SUTURA DO FERIMENTO SOB ANESTESIA LOCAL E IMOBILIZAÇÃO, REFERE QUE FEZ SESSÕES DE FISIOTERAPIA PARA REABILITAÇÃO E USO DE MEDICAÇÕES.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ ] Sim [ **X** ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

