
Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180109372
Vitima: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS
Data do Acidente: 06/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180109372**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180109372
Vitima: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS
Data do Acidente: 06/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180109372**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS

Sinistro: 3180109372

Vítima: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180109372** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2018

Carta n°: 12830274

A/C: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180109372
Vitima: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS
Data do Acidente: 06/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004913

Conta: 000008429-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

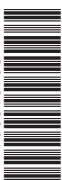
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://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 riscos, 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/retorno.

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 AS:

CNH da Vítima

077.224.874-59

Nome completo da vítima

Elizandro José dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Elizandro José dos Santos		077.224.874-59	recuse
Endereço	Número	Complemento	CEP
Sítio Tabatinga	S/N		58328000
Brasil	Estado	UF	Telefone (DDI)
Zona Rural	PB		(81) 97167948
Endereço	E-mail: choprat@hotmail.com		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RÉCUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SIM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
CONTA POUPANÇA (selecionar para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (311)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº	Nº
(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Timbaúba, 27 de Fevereiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 080/2018

427651

0084354/18

Aos PRIMEIRO dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, sob a assinatura do(a) escrivão(a) do seu cargo, aí, por volta 10h:45min, compareceu à PESSOA a seguir qualificada:

ELISANDRO JOSE DOS SANTOS, Mor. nº 000, bl. 2, lote 000, apt. 000, CEP: 58.328-000, CPF: nº 077.224.874-33, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro, DRT/PIB: 0000000000000000, natural de Geraldo Jose dos Santos E/000, Eliane masfino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Trapalhaga, tendo como ponto de referência: x000, na cidade de PEDRAS DE FOGO, fone(s) para contato: xxx-xxx.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das peças cominadas ao crime de FALSIDADE IDIOLÓGICA (CP art. 290), tenha declarado que compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registro de fato/ocorrência conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

2) DATA DO FATO: 06 de fevereiro de 2018

3) HORÁRIO: 10h:45min

4) LOCAL: Sítio Trapalhaga, zona rural de Pedras de Fogo/PB

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Informa o noticiante, na data 06/01/2018, conduzia a motocicleta HONDA/CG 150, cor prata, ano 2007/2017 de placa: 000-00000/PB, registrada em nome de GERALDO JOSE DOS SANTOS, chassi: SCUB0100HR200744, deu entrada no sítio onde mora quando colidiu com um caminhão não identificado até o presente momento, vindo a cair ao solo. Que foi socorrido pela ambulância do SAMU e levado para o Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa/PB.

6) OBSERVACOES:

Nada Consta

Nada mais a constar, não é achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão(a) da ocorrência.

ELISANDRO JOSE DOS SANTOS
Comunicante

Escrivão / Agente
Matrícula: 0-144-076-0



Prefeitura Municipal de Alhandra

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: US-42

HORA: 17:39h

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA		Paciente / Usuário:	Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Data:	Ocorrência n.º:	Electroto José dos Santos	80a	
Local da Ocorrência		Bairro:	Médico Regulador	
Sítio Tabatinga - Pedras de Fogo			Felipe	

Apoio no Local: PM Resgate / Bombeiros Resgate PRF CPTAN SITRANS Outro:QTA: Socorrido por Terciários Requisou Atendimento Socorrido pelo Bombeiro Local não Encontrado Outro:

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)	ANTECEDENTES
---	--------------

TRAUMA CLÍNICO GINECO-OBSTÉTRICO
 TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO: _____
 OUTRO: _____
 CINEMÁTICA: _____

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIA (S): _____

ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: 10:00h

VACINAS:

TCB / TRM / FRATURA / CONTUSÃO / ENTORSE /
 LUXAÇÃO / FACE / PCR / FAB / FAF / AFOGAMENTO /
 ATROPELAMENTO QUEIMADURA / ELETROCUSSÃO /
 DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO / QUEDA DA PRÓPRIA
 ALTURA / QUEDA MOTO / QUEDA ALTURA _____ metros

TIPO DE FERIMENTO E LOCAL: Escoriações M1D _____
 Local: _____
 Responsável: _____
 Função: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)

DESTINO: _____
 Local: _____
 Responsável: _____
 Função: _____

DADOS VITAIS
 VVA: Livre Obstruída RESPIRAÇÃO: > 30 bpm < 30 bpm PERFUSÃO CAPILAR: Retardada Normal PAS: > 90 mm Hg < 90 mm Hg

PA: 120x80 DFC: 76 FR: 12 GLICEMIA: _____ E. Cor: 15 SpO2 s/ O2: 100 SpO2 d/ O2: _____ T: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:
- INTERVENÇÕES:

• EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Colisão moto x caminhão. Última vez solteiro - amava - se de dor em MSD e MJD. Edema importante em MJD. Realizado protocolo de trauma. Transporte sem intercorrências.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

MÉDICO: _____ CRM: _____ / ENFERMEIRO: Jakelinne COREN: 1568978

ECUSA

OME: _____

R.G.: _____

SSINATURA: _____

TESTEMUNHA: _____

RELAÇÃO DE PERTENÇAS:

DOCUMENTOS PESSOAIS: RG / CPF / TÍTULO DE ELEITOR / HABILITAÇÃO / PASSAPORTE / OUTRO:

CELULAR: QUANTIDADE: _____ MARCA: _____ MARCA: _____

CARTÕES DE CRÉDITO: MASTER CARD / VISA / AMERICAN EXPRESS / HIPER / OUTRO: _____

CARTÃO DE BANCO: 1 / 2 / 3 NOMES: _____

CALÃO DE CHEQUE E NOME DO BANCO: _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE / VALOR: R\$ _____

CALÇADO (NOME): _____ / RELÓGIO (MARCA): _____ / ANÉIS (QUANTIDADE): _____

BRINCOS (QUANTIDADE): _____ / PULSEIRAS (QUANTIDADE): _____ OUTROS: _____

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENÇAS: _____ SETOR: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS
GLUCAO FISIOLÓGICO		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO N.º)
GLUCAO DE GLICOSE A 5%		ATADURA DE CREPON 15 cm
GLUCAO DE RINGER LACTATO		GAZE ESTERIL (PACOTE)
GLICOSE 5%		GAZE NAO ESTERIL (PACOTE COM 100 und.)
AGUA DESTILADA 10 ml		ALGODAO (PACOTE)
HEIRONA 1 g		ALCOOL (PINCETA 250 ml)
SCOPOLAMINA COMPOSTA (BÚSCOPAN COMP.)		SONDA DE ASPIRAÇÃO N.º
SCOPOLAMINA (HIOSCINA)		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P
ARACETAMOL GOTAS		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M
ICLOPEANCO 75 mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G
UROSEMIDA		JELCO N.º 14
APTOPRIL 25 mg		JELCO N.º 16
AS 100 mg		JELCO N.º 18
SORDIL 5 mg		JELCO N.º 20
RETICLOPRAMIDA		JELCO N.º 22
IDROCORTISONA 100 mg		JELCO N.º 24
IDROCORTISONA 500 mg		SCALP N.º 23
PROTROPICO GOTAS		SCALP N.º 25
ENOTEROL GOTAS		GARROTE
DRENALINA		EQUIPO MACROGOTAS
TROPINA		EQUIPO MICROGOTAS
MIODARONA		ESPARADRAPO
ERBUTALINA		MASCARA DESCARTAVEL
UTROS:		CATETER TIPO OCULOS
		LUVA ESTERIL N.º 7,5
		LUVA ESTERIL N.º 8,0
		LENCOL DESCARTAVEL
		OUTROS:

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: 15/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 00000008429-4

Nr. da Autenticação C06383E6F273B69E

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 COAF²**.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo José Ferreira Reino inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.736.444-32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elisandro José dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.224.874-59, do sinistro de DPVAT cobertura Franquicia da Vítima Elisandro José dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.224.874-59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Gralho Ferreira Reino</u>	<u>127</u>	<u>vara</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>PE</u>	<u>55840-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Eldpost@hotmail.com</u>	<u>(81) 9163-6662</u>	<u>(81) 9716-7948</u>

Pindaíba 27 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Eduardo

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Geraldo José dos Santos,
RG de nº _____, data de expedição _____/_____/_____
Órgão _____, portador do CPF nº 434.431.504-97, com
domicílio na cidade de Pedro do Rosário, no Estado de Paraná,
onde resido na Rua 15 de Novembro, nº 114, Complemento Centro Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido
com a vítima Elizândio José dos Santos, cujo o condutor era _____.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / POP 110 Ano: 2017

Placa: QF3.5133 Chassi: 9C2J80100HR241744

Data do acidente: 6 / novembro de 2017

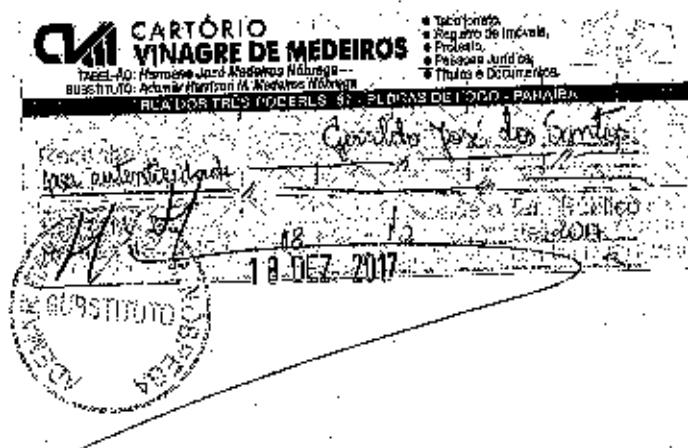
Local & Date: _____

Jeroldo José dos Santos

Assinatura do Declarante:

Assinatura do Declarante:
(reconhecer firmas por autenticidade)

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



AFW46936 - BU67



19

CERTIDÃO

Nº. 1872/2017

Atendendo solicitação de **ELISANDRO JOSE DOS SANTOS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº75676 pertencentes ao mesmo que foi atendido dia 07/11/2017 às 02H33min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de metacarpo esquerdo. Realizado tratamento conservador e imobilizado.

E para constar eu Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de dezembro de 2017

Christine Batista
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANCABETRA GOV. PARCEIRO BURITI
RUA: AGENCIAS FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA PB Fone: (83) 3214-1930

Ficha Nr: 70676

Até: Nao Rege

Data: 07/11/2017

Hora: 02:33:08

Receptorista: JOILMA IRICO AQUINO

Clinica: ORTOPRDTA

CRM/F:

CPF DO PACIENTE:

Nome: ELISANDRO JOSE SANTOS

CPF: 7000030116464706 Sexo: M IDENTIDADE: 2926673 Nome: 991582220

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/01/1987 Id: 30 ano(s)

Rua: SISTO TABATINGA, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PEDRAS DE FOGO UF: PB

Mae: MILEANE ALEXANDRA DOS SANTOS

Pai:

Race: SEM INFORMACAO Mtria: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ELISANDRO, JOSE SANTOS

cel/Doc. Responsavel: 991582220 / IDENTIDADE: 2926673

Accidente: UNIDADE DE SAUDE HOSPITAL DO TRAUMA

Veiculo utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente cor: SIM

Vitima de violencia cor: NAO

Cico Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

TIPO DE CLASSIFICACAO DE RISCO: VERDE

PA:

FR:

Aparentemente Bom

Grav

FC:

TP:

Politraumatizado

Convulsao

Peso:

Altura:

Hemorragia

Disparenia

Glucose:

IMC:

Diarrrea

Agitado

Circo. Abd:

O2%:

Regular

Choendo

Lesao Principal

Vomito

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADO DO TRAUMA APRESENTANDO

FRAT. DO 5º RTC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico:

Fratura de Tíbita

Descrição:

*Fractura com fratura de medicacao
fim perna, redonda
fim perna, redonda exposta
fim perna exposta
fim perna (fim tibia)*

BRUNNENAGEL, DR. KONSTANTIN

Programación en la telefonía

REFERENCES AND NOTES

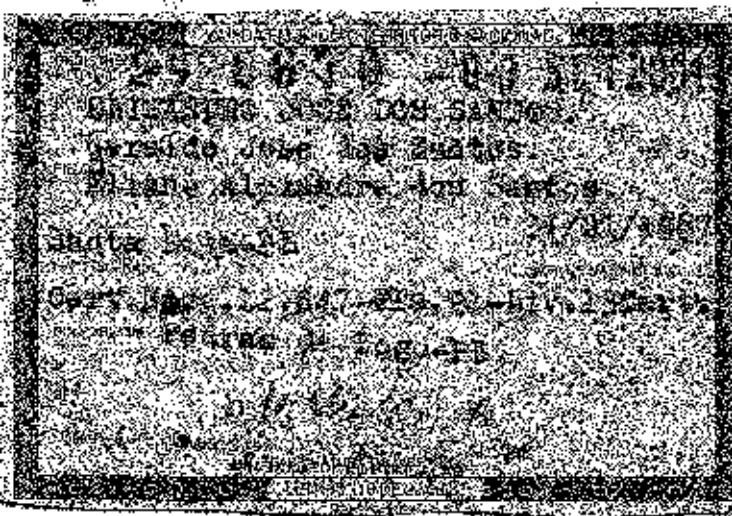
THE INFLUENCE OF THE ENVIRONMENT

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 31, No. 1, January 2006, pp. 1–31
DOI 10.1215/03616878-31-1 © 2006 by the Southern Political Science Association

Copyright © 2014, 2010, 2006 by Pearson Education, Inc.

X Elizandro Zarei das sartas

2008-07-06 08:00:00 2008-07-06 08:00:00





EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
GERALDO FERREIRALIMA, 127, CASA
CENTRO

55870-000 - POMBALBA, PE

LIGACAO INTERNET

OFFICE 16159616

ACESSO 81541167948

R\$ 54,99

VENCIMENTO

20/10/2017

EMISSAO: 02/10/2017

POSTAGEM: 09/10/2017

NUMERO 3211505801

ABONO E JURAMICO SERV CONSIDERADO!

IMPORTANTE PARA EDUARDO

Desde 06 de Novembro de 2015 foi criado o desconto de R\$ 0,00
referente a utilização dos titulos 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 51, 53,
54 e 55 disponibilizado no menu principal do aplicativo TIM Mobile.

RESUMO

MENSALIDADES

R\$ 54,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MOVIMENTADES
Resumo de movimentação por dia/mês/ano (ultimo dia)

VALOR
TIM Controle & Play R\$ 997,6799 (CORR051)
SIMP)

VALOR
TIM Controle & Play - Games Serv 01947369946
(UBB123456789)

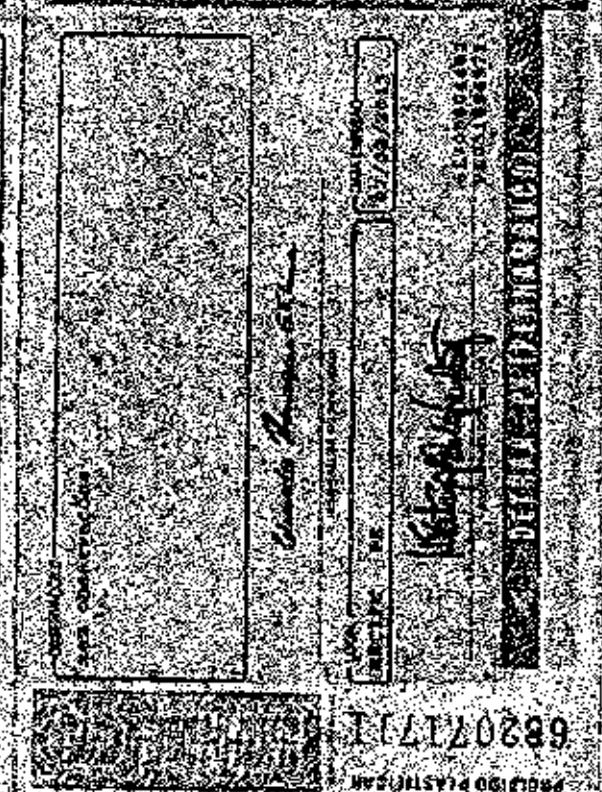
VALOR
TIM Music (internet)

VALOR
TIM Banda Virtual (internet)

Total de Movimentações:

R\$ 54,99

682071711





2011-04-31 15:45:07Z BILHETE DE SEGURO DE VIDA

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO PARA
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
NOVOS E SUCEDÂNEOS
SAC 0800 222 1234

SEGURADORA LIDER - OPVAT
CNPJ 00.238.830/0001-04

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180109372 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA ENCURTAMENTO RELATIVO DE FORMA MODERADA DO 5º METACARPO DE APROXIMADAMENTE 5 MM, DEFORMIDADE ROTACIONAL EXTERNA DE APROXIMADAMENTE 10º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 5º DEDO GRAU I, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20º E DA FLEXÃO EM 25º, AFIRMA DOR DURANTE A PALPAÇÃO, ALÉM DE AUMENTO DE PARTES ÓSSEAS EM REGIÃO DORSAL E ULNAR DA MÃO ESQUERDA (1+/4+), AFIRMA DOR LOCAL DURANTE A PALPAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO LUVA GESSADA TIPO GARRAFA POR UM PERÍODO DE 90 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

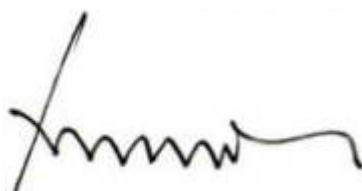
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180109372 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANDRO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA

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

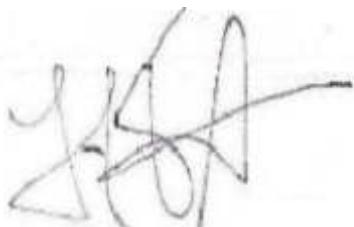
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: Elizandro José dos Santos, brasileiro, solteiro, agente público, inscrito no CPF nº 077.224.874-59, residindo na Rua Silveira Itabatinga, s/n, Centro, Timbaúba, Pernambuco - PB.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandado a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o fato geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Timbaúba, 14 de dezembro de 2017.

Elizandro José dos Santos

**CARTÓRIO
VINAGRE DE MEDEIROS**
PRES. 50: Henrique José Marinho Almeida
ASIST. TUT. Ademir Hamilton M. Marinho Almeida
RUA DAS TRÊS PONCHAS, 51 - PEDRAS DE PEDRO - PERNAMBUCO

- Matrícula
- Registro de Imóveis
- Patentes
- Pequena Lide
- Títulos e Documentos

Recomenda-se(s) Fornecer COPIA DA CARTA
AO AUTORITATIVO

Este é o original
do verdadeiro fato público

Notariais
Consultar o site: www.tabelionato51.com.br

AFW46913 - 4N1H

**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.

Número do Sinistro: **3180109372**

Nome do(a) Examinado(a): **ELISANDRO JOSE DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO ITABATINGA, SN, CASA - ZONA RIRAL - Pedras de Fogo - PB - CEP 58328-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2926670**

Data e local do acidente: [**06/11/2017**] **PEDRAS DE FOGO - PB**

Data e local do exame: [**07/05/2018**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO LUVA GESSADA TIPO GARRAFA POR UM PERÍODO DE 90 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA ENCURTAMENTO RELATIVO DE FORMA MODERADA DO 5º METACARPO DE APROXIMADAMENTE 5 MM, DEFORMIDADE ROTACIONAL EXTERNA DE APROXIMADAMENTE 10º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 5º DEDO GRAU I, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20º E DA FLEXÃO EM 25º, AFIRMA DOR DURANTE A PALPAÇÃO, ALÉM DE AUMENTO DE PARTES ÓSSEAS EM REGIÃO DORSAL E ULNAR DA MÃO ESQUERDA (1+/4+), AFIRMA DOR LOCAL DURANTE A PALPAÇÃO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional da mão esquerda

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Mão esquerda

% 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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TELEF 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB