Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta n°: 11304732

A/C: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170374315 ASL-0259137/17**
Vitima:	**MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO**
Data Acidente:	**17/01/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2017

Carta n°: 11339848

A/C: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

Sinistro:	**3170374315 ASL-0259137/17**
Vítima:	**MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO**
Data Acidente:	**17/01/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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.seguradoralider.com.br.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta n°: 11419510

A/C: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

Sinistro:	**3170374315 ASL-0259137/17**
Vitima:	**MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO**
Data Acidente:	**17/01/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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: **MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000001033**
Conta: **0000094960-9**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**1.687,50**

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

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO ..... Autorizacao de pagamento ..... URADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do benefici** , 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, MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAÚJO

PORTADOR(A) DO RG Nº 2147907 EXPEDIDO POR SSDS-PB EM 02/08/12 E

CPF 058103344-23 /CNPJ ..... PROFISSÃO aux. serviços gerais

E RENDA MENSAL DE R$ [illegible] NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Markson Augusto Martins de Araujo, 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

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.

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) 1033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 094960-9

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.

João Pessoa, 20 de Junho de 2017 Markson Augusto Martins de Araujo

LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

PREVIDÊNCIA SOCIAL DPREV SEGURIDADE 07 JUN 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
COMPREV
06 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança Social

Boletim de ocorrência

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00559.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00559.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:19 horas do dia 20 de março de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Markson Augusto Martins de Araujo**, CPF nº 058.103.344-23, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Serviços Gerais, filho(a) de Rita de Araújo Augusto e Martins Augusto, natural de Patos/PB, nascido(a) em 16/04/1984 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua 07 de Setembro, Nº 006, complemento Casa, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Próximo a Ups do Novais, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98711-2025.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Presidente Félix Antônio, Rua do Rio, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/01/17 17:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 17.01.2017, por volta das 17h40, pedalava em sua bicicleta pela Rua Presidente Félix Antônio, Cruz das Armas, nesta capital, transitando próximo ao meio-fio, quando foi atingido no lado esquerdo por um AUTOMÓVEL não identificado, o qual, não parou para prestar socorro, evadindo-se do local; Que o veículo trafegava na mesma mão de direção que o noticiante, o qual, não viu o veículo, apenas sentiu o impacto sendo arremessado ao solo e em decorrência lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 21.02.2017; Que o noticiante foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos; Que não deseja representar criminalmente; Que não deseja solicitar requisição para exame traumatológico.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de março de 2017.

ESTADO DA PARAÍBA — DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL — SECRETARIA DE EST. DA SEGUR. E DEFESA SOCIAL

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00559.01.2017.1.00.420

Declaracao de Inexistencia de IM

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Markson Augusto Martins de Araújo portador da carteira de identidade nº 2741.907 e inscrito no CPF sob o nº 058.103.344-23 residente e domiciliado na Rua de setembro 06 - Oiticeiro, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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

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

(x) 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 Markson Augusto Martins de Araujo
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 20 Junho 2017
Local e data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SAMU 192
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME

SAMU 192
REGIONAL JOÃO PESSOA

Comprovacao de ato declaratorio

CNPJ: 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 703/071, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1573388, o atendimento pré-hospitalar realizado na referida instituição ao paciente **MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAÚJO**, idade: 32 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento por Carro)** no dia 17/01/2017, na Rua do Rio, Bairro: Cruz das Armas - João Pessoa - aproximadamente às 17:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergencia e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 22 de Março de 2017.

SAMU 192 JP
Jefferson da Rocha Augusto
Coordenador
CREJ/5ª Região: 16111

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Markson Augusto Martins de Araújo,

RG nº 2.741.907, data de expedição 02/08/2012,

Órgão SSDS-PB CPF nº 058.303.344-23 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/Praça	Sete de setembro
Número	06
Aptº / Complemento	-
Bairro	Ilitizeiro
Cidade	João Pessoa
Estado	Paraíba
CEP	58088-670
Telefone de contato	83-98732-6361/98660-2858/3512-8500
E-mail	alexandracesar duarte@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa PB 20/06/2017

Markson Augusto Martins de Araújo
Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
COMPREV
06 JUL 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAIXA VISA

Fatura Mensal

Número do Cartão: 459360XXXXXX9519
Atendimento a Clientes: 40049009
Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura	Total da fatura	Pagamento Minim
02/01/2017	R$ 343,04	R$ 52,57

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo dos encargos em caso de pagamento mínimo até o vencimento R$ 58,65
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 20/01/2017

CTC RECIFE PE PL12
MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO
R SETE DE SETEMBRO 06
OITIZEIRO
58088-670 JOAO PESSOA PB

Vencimento: 02/01/2017 Postagem: 26/12/16 Emissão: 21/12/2016

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Crédito/Débito R$
18/11	TOTAL DA FATURA ANTERIOR		491,54D
05/12	JUROS ROTATIVO		47,50D
02/12	OBRIGADO PELO PAGAMENTO		230,00C
	Total Nacional		**308,64D**
	MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO 459360XXXXXX9519		
	Lançamentos Nacionais		
	IOF BASE DE ROTATIVO		0,50D
21/12	IOF ADICIONAL DE ROTATIVO		0,81D
	Subtotal Nacional		1,31D
	MARKSON AUGUSTO M ARAUJO 459360XXXXXX1871		
	Movimentações Nacionais		
21/11	TARIFA 2A. VIA-CARTAO CHE		17,00D
21/12	ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 04/04		16,09D
	Subtotal Nacional		**33,09D**
	Total Nacional		343,04D
	Total da Fatura		343,04D

...VO DE 03/12 a 02/01	18,19 %
MORA	2,00 %
PARA SAQUES EFETUADOS DE 03/12 a 02/01	1,00 %
JUROS MAXIMOS ROTATIVO DE 03/01 a 02/02	19,69 %
MAXIMOS PARA SAQUES EFETUADOS DE 03/01 a 02/02	20,19 %
TAXA PARCELADO COM JUROS	21,69 %
JUROS NAO PAGAMENTO MINIMO DE 03/12 a 02/01	5,03 %
JUROS MAXIMOS NAO PAGAMENTO MINIMO DE 03/01 a 02/02	20,19 %
CET FINANCIAMENTO	22,19 %
CET FINANCIAMENTO PROXIMO PERIODO	714,67 % a.a
CET CASH PERIODO	498,12 % a.a
CET CASH PROXIMO PERIODO	449,01 % a.a
CET PARCELADO C/JUROS	59,80 % a.a
	95,62 % a.a

Linha de Crédito

LIMITE/LINHA DE CREDITO TOTAL	R$	850,00
LIMITE/LINHA PARA SAQUE CASH	R$	240,00
LIMITE/LINHA COMP PARCELADA	R$	840,00
Total de compras parceladas a vencer	R$	0,00
Limite de Crédito Disponível	R$	345,04

TERM 00000059 AGENTE 701574 AUTE 21244
COBAN:67456 LOJA:0001 POV:000000
05/01/2017 BANCO DO BRASIL 11:22:44
163645601 CORRESPONDENTE BANCARIO 0098

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10490015261813070000202000271469
00000000000000

NR. DOCUMENTO	19.099
DATA DO PAGAMENTO	05/01/2017
VLR DOCUMENTO	350.00
VALOR COBRADO	350.00

NR.AUTENTICACAO 6.B28.01E.762.757.220

VIA DO CLIENTE

PAG FACIL

CAIXA 104-0 **10490.01926 181**

Pagador: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO
R SETE DE SETEMBRO 06 OITIZEIRO - 58088-670 - JOAO PESSOA - PB

Nosso Número	Nº do Documento	Vencimento	Valor do Documento
000000203297149	00203829714	02/01/2017	343,04

Beneficiário
CARTÕES CAIXA - 00.360.305/0001-04
Endereço do Beneficiário
SBS Quadra 4, Lotes 3/4, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70092-900
Agência / Código do Beneficiário
1813/570.000001192-3

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Comprovante de residencia

FAC
9912322875/2013 - DR/SPM
Vivo S.A.
Correios

CTO IRICOTE PEJUPA 5_3
ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV JOAO MACHADO, 399
SL 01
58013-520 JOAO PESSOA - PB

Devolução Eletrônica
Correios

Data de Postagem: 09/08/2016

vivo Conexão como nenhuma outra.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaracao Circular SUSEP 445/12

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP[1] 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[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 nº 9.613/98.*

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74 na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Markson Augusto Martins de Araujo do sinistro de DPVAT da natureza **Invalidez** da vítima Markson Augusto Martins de Araujo e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

- Profissão: Advogada Renda Mensal: R$ Recusou
- Documentos comprobatórios: Recusou

Alexandra Cesar Duarte

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
06 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documentacao medico – hospital

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	16/04/84
NOME DA MÃE	RITA DE ARAUJO AUGUSTO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	974.762
Nº PRONTUARIO	99.887
DATA DO ATENDIMENTO	17/01/17
HORA DO ATENDIMENTO	18:09
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA CLAVÍCULA E
CID 10	S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento (colisão carro x bicicleta), apresentando dor no ombro E Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro e - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da clavicula E ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Luciano Lira e Dr. Kartney Sarmento.

ALTA HOSPITALAR: 30/01/17
DATA DA EMISSÃO: 21/02/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

COMPREV
COMPREV SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA S/A.
03 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, an -- CNES: 1233

Boletim de Atendimento 79

Identificação do paciente

ID: 1056830	Nome: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO			Sexo: Masculino
Data de nascimento: 18/04/1984	Idade: 32 anos 9 meses 1 dia	Estado civil: SOLTEIRO(A)	Religião: NAO INFORMADA	Prontuário:
Mãe: RITA DE ARAUJO AUGUSTO			Pai: MARTINS AUGUSTO	
Escolaridade: FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco): O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel: 83	Fone Móvel: 987112025		DDD Fixo:	Fone Fixo:
Tipo documento: CNH	Número documento: 08313081173		Nº Cns: 700408939057642	
Local de procedência: CRUZ DAS ARMAS			Tipo: BAIRRO	UF: PB
Email:	Naturalidade: JOAO PESSOA		CBO/R:	

Endereço

CEP: 58086670	Município de residência: JOAO PESSOA	UF: PB	Logradouro: SETE DE SETEMBRO
Número: 06	Complemento:		Bairro: OITIZEIRO

Admissão

Data e Hora: 17/01/2017 18:09:48	Número da pulseira: 1000005627485	Convênio: SUS
Especialidade: CLINICA GERAL		Clínica: CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco:		Origem do paciente: RUA
Caráter de atendimento: URGENCIA	Motivo do atendimento: ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente: VEICULO X BICICLETA

Indicadores e Transporte

Caso policial: Não	Parto de risco: Não	Veio de ambulância: Sim	Trauma: Não
Meio de transporte: SAMU		Quem transportou: AMB SAMU	

Sinais Vitais

PA: _____ X _____ mmHg	Pulso:	Temperatura:

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

Tempo: 01min 49seg

Atendido por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Imprimir

Urgência 27/01 NS RC Fb R

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

BE : 974762
[illegible] RENSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJ
[illegible] NASC.: 18/04/1984
AE: RITA DE ARAUJO AUGUSTO
NO.: SETE DE SETEMBRO
BS - OITIZEIRO
JOÃO PESSOA
ONE: ()
ELULAR: (83) 987112026
DADE: 32
ENTRADA: 17/01/2017 10:05:48

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: | IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente abordado pelo [illegible] queixa apresenta dor no [illegible]

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS: (X) Pérvias ( ) Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: (X) Sim ( ) Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: (X) Sim ( ) Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: (X) Sem dificuldade ( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: (X) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente

HTE: (X) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente

2 - RUÍDOS

( ) Sim — HTD: Roncos, Sibilos, Estertores — HTE: Roncos, Sibilos, Estertores

( ) Não

FR: _____ Imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ( ) Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Pletórica ( ) Ictérica

TEMPERATURA DA PELE: ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria

PULSO: ( ) Normal ( ) Aumentado ( ) Fino ( ) Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTMO: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente

BULHAS: ( ) Normatonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Ausente

SOPRO: ( ) Presente ( ) Ausente

BE OU B4: ( ) Sim ( ) Não

FC: _____ bmp PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: Sem anormalidade

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: (X) Fotorreagente ( ) Paralisadas (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / loqualeto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

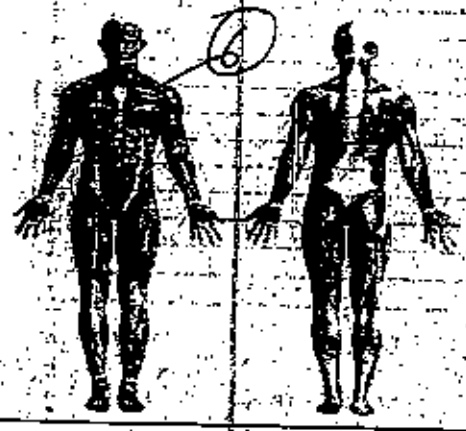
F(NG).CC.001

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim:
MEDICAMENTOS: ( ) Não ( ) Sim:
IMUNIZAÇÃO ( ) Não ( ) Sim:
PATOLOGIA ( ) Não ( ) Sim:
ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não ( ) Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



1 Abrasão
2 Amputação
3 Avulsão
4 Contusão
5 Crepitação
6 Dor
7 Edema
8 Empalamento
9 Efisema subcutâneo
10 Esmagamento
11 Equimose
12 F. Arma Branca
13 F. Arma de Fogo
14 F. Contuso
15 F. Cortante
16 F. Corto-Contuso
17 F. Perfuro-Contuso
18 F. Perfuro-Cortante
19 Fratura Óssea Fechada
20 Fratura Óssea Aberta
21 Hematoma
22 Ingurgitamento Nervoso
23 Laceração
24 Lesão Tendínea
25 Luxação
26 Mordedura
27 Movimento torácico paradoxal
28 Objeto Encravado
29 Otorragia
30 Paralisia
31 Paresia
32 Parestesia
33 Queimadura
34 Rinorragia
35 Sinais de Isquemia
36

OBS.:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

EXAMES SOLICITADOS
( ) Radiografias
( ) Ultrassonografia (FAST)
( ) Tomografia computadorizada
( ) Lavado peritonial
( ) Gasometria arterial
( ) Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Dr. Roberto Nery Dantas
Cirurgião Geral
CRM-PB 1866

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO
Solicito parecer da _____ às _____ do dia ___/___/___
Solicito parecer da _____ às _____ do dia ___/___/___

DESTINO DO PACIENTE
DATA DA SAÍDA: 28/01/17
HORAS: 20:30

( ) Centro cirúrgico
( ) Transferencia (unidade de saúde) _____
( ) Internado (setor) _____
( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência
( ) Óbito ( ) Até 48 hs ( ) Após 48 hs ( ) Família ( ) IML ( ) SVO

Dr. Raimundo Carvalho Filho
Médico
CRM-PB 5905
CNC 1852308

_____ ASSIN

_____ ASSIN
ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSHL

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
17/01/17		[illegible] Pacus do Oliveira [illegible] Liberado para [illegible]

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NEETSOL

Nome: Markson Augusto Martins BE/Prontuário: 974762

Idade: _____ Sexo: (X)Masculino ( )Feminino Cor: _____ Data: __/__/__

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Luciano Lima 1° Assistente: Dr. Kartney

2° Assistente: Dr. Glauber (R1) 3° Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início __:__ Término __:__

Diagnóstico Pré-Operatório	CID
• Fratura de 1/3 média da clavícula esq	

Procedimento Cirúrgico	Código
• TTO cirúrgico de fx de clavícula esq	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim (X)Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ( )Sim (X)Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X)Enfermaria ( )Terapia Intensa ( )Residência ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 28/01/11

Médico/CRM: Glauber M. Novais Miranda Médico CRM 9220

F(NG).ASCIR.009-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEMOSAL

Posição e Preparo:

1 - Paciente em Decúbito Dorsal sob Anestesia
2 - Assepsia + Antissepsia
3 - Aplicação de Campos Cirúrgicos

Incisão:

4 - Anterior da Clavícula

Achados:

5 - Fx cominuta do 1/3 médio da Clavícula esq.

Conduta:

6 - Redução Aberta + fixação com placa DCP 3,5mm 8 furos + 7 parafusos corticais + fio de cerclagem

7 - Lavagem com SF0,9%

8 - Sutura por planos anatômicos

Fechamento:

9 - Curativo estéril
10 - Rx de controle

Observação:

Glauber M. Novais Miranda
Médico
CRM PB 9220

João Pessoa, 28/03/17

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 28/9/2017 PRONTUÁRIO: 9747762

PACIENTE: Markmar Augusto Araujo	SEXO: M	COR:	IDADE: 32A
PRESSÃO ARTERIAL: 200x9	PULSO: 80	RESPIRAÇÃO: Espontânea	TEMPERATURA:
PESO:	GRUPO SANGUÍNEO:		
ESTADO GERAL (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO: MV+ em AHT s/RA | AP. CIRCULATÓRIO: RCR em 2T c/BCNF

AP. DIGESTIVO: jejum ± 12h | ESTADO MENTAL: LOTE | DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: Midazolam 3mg + Fentanil 100mg | ESTADO FÍSICO (ASA):

DOSE/HORA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de clavícula esquerda.

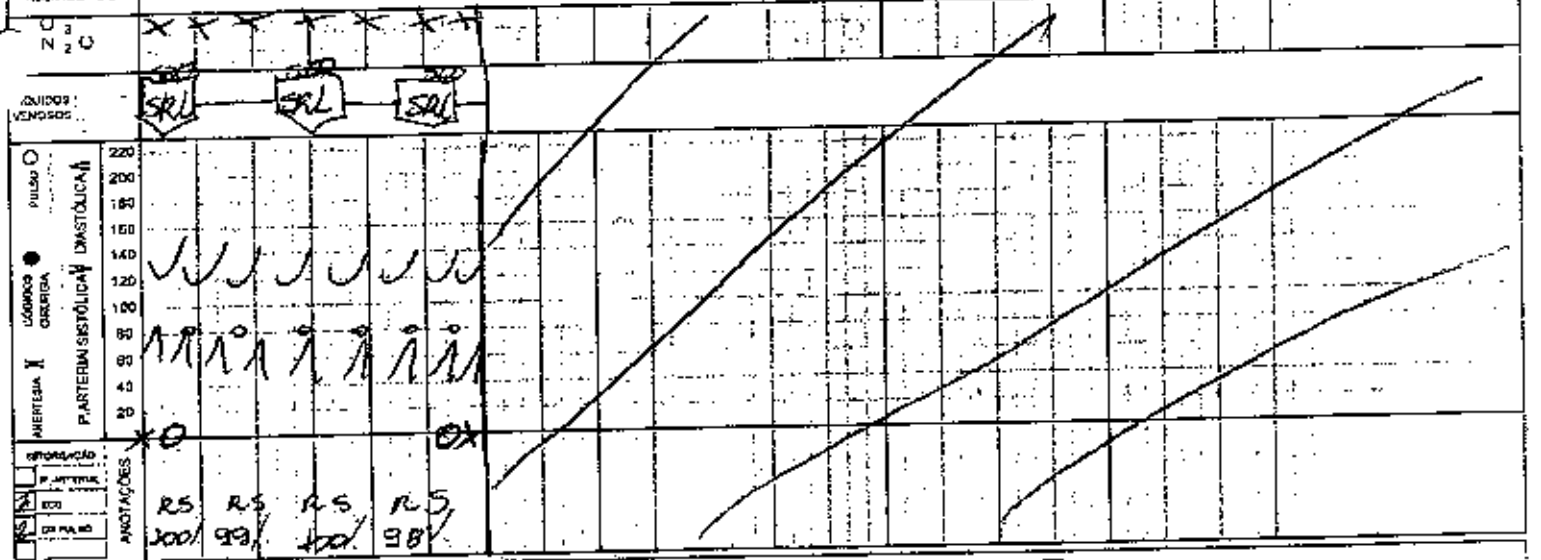
CIRURGIA REALIZADA: Tto cirúrgico de fratura de clavícula E.

CIRURGIÃO: Dr. Luciano | AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 12:30 | TÉRMINO DA ANESTESIA: 14:00 | DURAÇÃO DA ANESTESIA: 90 min.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: | QUANT. DE CH.: | VALORES R$:

ANESTESISTA: Dr. João Batista + Dr. Geraldo (TRO)



(X) ANESTESIA GERAL ( ) RAQUIDIANA ( ) EPIDURAL (X) BLOQ. PLEXO ( ) BLOQ. NERVOS ( ) OUTROS

TÉCNICA

LIQUIDOS	Volume em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO		
SORO		1	Midazolam 3 mg	11
NACL		2	Fentanil 100 mg	12
SANGUE		3	Cefazolina 02 g	13
RINGER		4	Dexametasona 10 mg	14
TOTAL	1.500 mL	5	Profenid 100 mg	15
		6	Dipirona 02 g	16
		7	Lidocaína 1% sem 20 mL	17
		8	Novalgin 25% EV 20 mL	18
		9	Propofol 100mg + 100mg	19
		10		20

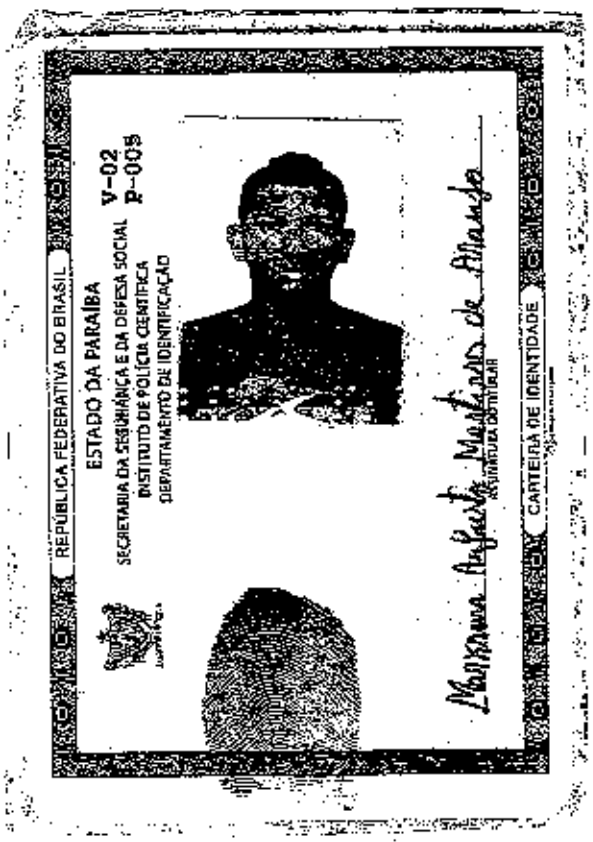
DESTINO DO PACIENTE: ( ) APT* ( ) ENFERMARIA ( ) UTI ( ) RESIDÊNCIA (X) OUTROS URPA.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Paciente em DIVA e monitorizado → A + A de 2 e 2 cerveja c/ álcool 70% → Bloqueio de plexo braquial c/ auxílio EMG + agulha A25 → injeção de (7) + (8) → indução c/ (5) + (9) → colocação de máscara laríngea nº 03 → manutenção c/ sevoflurano → S/ intercorrências

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

CARIMBO E CRM:

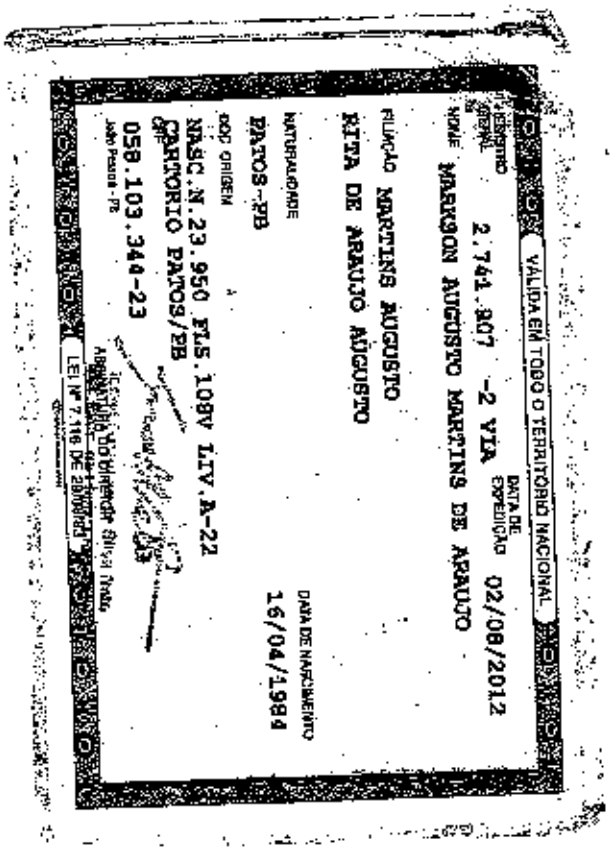
Documentos de identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-005

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.741.807 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 02/08/2012

NOME MARKON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

FILIAÇÃO MARTINS AUGUSTO
RITA DE ARAUJO AUGUSTO

NATURALIDADE PATOS-PB

DATA DE NASCIMENTO 16/04/1984

DOC ORIGEM
NASC.N.23.950 FLS.108V LIV.A-22
CARTORIO PATOS/PB

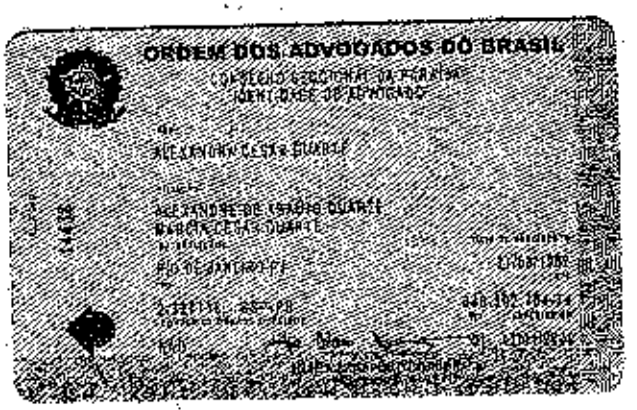
CPF 058.103.344-23

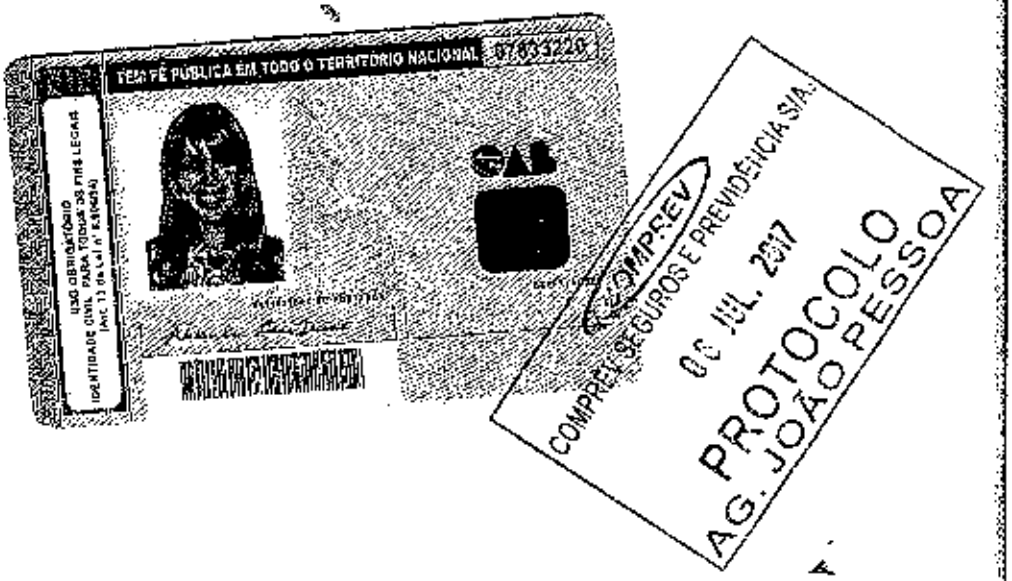
João Pessoa - PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documentos de identificacao





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): ***MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO*** **Sinistro:** ***3170374315*** **Data:** ***17/01/2017***

Endereço do(a) Examinado(a): ***Rua Sete de Setembro, 06 - Oitizeiro - João Pessoa - PB - CEP 58088-670***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PB***] ***2741907***

Data local do exame: [***26/07/2017***] ***João Pessoa*** [***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)
Fratura de clavícula esquerdo. Paciente com cicatriz cirúrgica de cerca de 11cm sobre a clavícula esquerda, com placa saliente sob pele e também parafusos, com hipersensibilidade local e perda de força e movimentos parcial no ombro esquerdo.

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 operado há cerca de 6 meses de fratura de terço distal de clavícula esquerda (redução aberta e fixação interna com placa e parafusos). Não fez fisioterapia. Evoluiu com limitação de força e movimentos no ombro esquerdo.

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

Limitação de movimentos ombro esquerdo (flexão 0-110º, extensão 0-45º, abdução 0-100º, rotação interna normal, rotação externa 0-60º), discreta atrofia deltoidea, força levemente diminuída (grau 4 /5). Hipersensibilidade na cicatriz cirúrgica.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe 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, §1° do art. 3° 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

( ) "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):
Ombro Esquerdo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio (***X***) 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.

Douglas Teixeira

Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259137/17
Vítima: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO
CPF: 058.103.344-23

Data do Acidente: 17/01/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Outros

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração
MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO : 058.103.344-23
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.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 06/07/2017 Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE CPF/CNPJ: 046.502.754-74	Data: 06/07/2017 Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA CPF: 105.999.304-03
ALEXANDRA CESAR DUARTE	NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170374315 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO **Data do acidente:** 17/01/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura em clavícula esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

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.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170374315 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO **Data do acidente:** 17/01/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Paciente com cicatriz cirúrgica de cerca de 11 cm sobre a clavícula esquerda, com placa saliente sob pele e também parafusos, com hipersensibilidade local e perda de força e movimentos parcial no ombro esquerdo.
Limitação de movimentos ombro esquerdo (flexão 0-110º, extensão 0-45º, abdução 0-100º, rotação interna normal, rotação externa 0-60º), discreta atrofia deltoidea, força levemente diminuída (grau 4 /5).

Resultados terapêuticos: Paciente operado há cerca de 6 meses de fratura de terço distal de clavícula esquerda (redução aberta e fixação interna com placa e parafusos). Não fez fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/07/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Procuracao

OUTORGANTE:
Markson Augusto Martins de Araujo
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão aux. serviços gerais, CI RG nº 2741.907, CPF/MF nº 058.103.344-23, residente e domiciliado(a) à Rua Sete de Setembro, 06 - Ditizeiro, Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58088-670, telefone (83)35128500, (83)986602858.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 20 de junho de 2017.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 06 JUN 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA MISSIONÁRIO RAMBERG, 619 - PRESSOIGIL - CEP 58.015-010 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO, [57059]. J.Pessoa-PB, 20/06/2017
12:52:49 Emol R$9,23 Farpen:R$0,27 Fepi:R$1,85,
1SQ:R$0,44 Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSTA
SELO DIGITAL: Selo Digital - AH76034-XSQ Consulte em
https://selodigital.tjpb.jus.br

DIGITAL OFÍCIO

1º SERV. NOT. CARTÓRIO CELEIDA

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: 28/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000094960-9

Nr. da Autenticação 7B6C5CF478AC41B4