
Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190131960

Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 09/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190131960

Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 09/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

Recebedor: CARLOS ANTONIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000904

Conta: 0000029151-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

03412357413

Nome completo da vítima

Carlos Antonio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Carlos Antonio da Silva		CPF titular da conta	03412357413	Profissão	Recuse
Endereço	Rua Francisca M ^a da Conceição		Número	35	Complemento	
Bairro	Alto do Céu	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP
Email						58027-482
						Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRG 0904 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRG AGÊNCIA NRG D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRG 29151 D/V 6 (Informar dígito se existir)		CONTA NRG D/V (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária, para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na renda agência conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 15 de Outubro de 2018
Local e Data

o Carlos Antonio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01532.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01532.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:18 horas do dia 13 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Carlos Antônio da Silva**, CPF nº 034.123.574-13, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Serralheiro, filho(a) de Josefa Maria da Conceição e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/08/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisca Maria da Conceição, Nº 35, bairro Mandacarú, tendo como ponto de referência Colégio Violeta Formiga, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98732-6746.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Antônio Silva Neto, Em Frente À Cagepa, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/11/17 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava na garupa da MOTOCICLETA HONDA/POP 100, VERMELHA, 2011/2012, PLACA OFE7790/PB, CHASSI 9C2HB0210CR417506, registrada em nome de JOSÉ DEONILIO GOMES, conduzida por ISRAEL SOARES DO NASCIMENTO, quando foram atingidos na lateral direita por uma CAMIONETE NÃO IDENTIFICADA; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 15.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; Que o condutor teve ferimentos leves; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 13 de agosto de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

CARLOS ANTÔNIO DA SILVA
Noticiante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190131960 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 09/11/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Carlos Antonio da Silva CPF da Vítima 03412357413 Data do Acidente 09/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

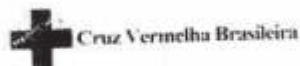
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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

João Pessoa 15 de Outubro de 2018
Local e Data

Carlos Antonio da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1040384



Identificação do paciente				
ID 735384	Nome CARLOS ANTONIO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/08/1975	Idade 42 anos 2 meses 28 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe. JOSEFA MARIA DA CONCEICAO	Pai NAO DECLARADO			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87326746	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2839087	Nº Cns 898002276237033		
Local de procedência JAGUARIBE	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58027847	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro São Bernardo	
Número 26	Complemento		Bairro Alto do Céu	
Admissão				
Data e Hora 09/11/2017 15:41:01	Número da pulseira 1000006289446		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso		Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos Fet. vítima acidente moto fratura exposta UTE, orientado				
Diagnóstico				CID
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA				Tempo 01min 15seg

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

14 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Isaías J. Santiago de Souza
Enfermeiro
COREN-PB 500757

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: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ANTONIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000029151-6

Nr. da Autenticação F4E84741BA50FF3A

ROSILENE DA CONCEICAO SILVA
RUA FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO, 35 - ALTO DO CEU
JOAO PESSOA / PB CEP: 58027-482 (AG: 1)

Emissao: 08/08/2018 Referência: Ago/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFASICO B: 230, Km25 - Cristo Redentor - Joao Pessoa / PB - CEP: 58071-690
Roteiro: 3 - 1 - 229 - 1170 Nº medidor: 00009231306



ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.103/0001-40 Insc. Est: 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 016-132
Cód. para Dth Automática: 00002215762

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Ago/2018 09/08/2018 06/09/2018 666.897.740-3
Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/221576-2

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/07/18	10111	09/08/18	10133	1	22	30

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Aliq	Imposto(R\$)	Base Calc	Por(R\$)	Por(R\$)
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Por(R\$)		(1,0045%)(4,0950%)	
0601	Consumo até 20kWh-BR	30.000	0,180480	5,41	0,00	0	0,00	5,41	0,08
0601	Adic. B. Vermelha	0,55	0,00	0	0,00	0,55	0,00	0,55	0,00
0610	Subsídio	11,42	0,00	0	0,00	11,42	0,12	0,57	0,57
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0800	DEBITO COMPENSADO 07/2018	6,85	0,00	0	0,00	6,85	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio	-10,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	13,30	0,00	0,00	17,26	0,18	0,88
-------------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh) 57 **VENCIMENTO 16/08/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 13,30**

Histórico de Consumo (kWh)

102	7	0	17	56	77	75	72	84	82	64	24
Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18

2bb7.b5ca.9533.eb06.71e6.dd59.b9f8.8988.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	5,27	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	10,16			
DIC ANUAL	23,20			
FIC MENSAL	3,23	0,00	CONTRATADA	102
FIC TRIMESTRAL	8,47		LIMITE INFERIOR	231
FIC ANUAL	12,95		LIMITE SUPERIOR	
DARC	2,86	0,00		
DICRI	12,22			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	1,06	14,88
Compra de Energia	2,92	21,20
Serviço de Transmissão	0,30	2,26
Encargos Tarifários	1,54	11,58
Impostos, Direitos e Encargos	1,04	7,82
Outros Serviços	6,65	50,00
Total	13,30	100,00

Valor do EUCO (Ref: 6/2018) R\$ 6,33

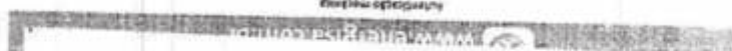
ATENÇÃO

- Existem débitos anteriores ao atual no Histórico.
AVISO: Permanecer em atraso na "DEBITOS ANTERIORES", a reavaliados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Sua unidade foi faturada como: Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 10,72.
- Leitura confirmada.

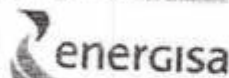
Faturas em atraso

Jun/18	25,23
Mai/18	37,67
Abr/18	39,86
Mar/18	32,73
Fev/18	36,14
Jan/18	38,75
Dez/17	44,38
Nov/17	8,28





JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA QUARTE, 157 / SALA 05 - MANGABERA
JOAO PESSOA / PB CEP 58055784 (A3-1)



Emissão: 22/05/2018 Referência: Mai / 2018

Cidade/Serviço: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFASICO
Rota: 12-5-252-490 Nº medidor: 5000507525

ENERGISA PARANA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 290 Km-25, Chácara Resende - João Pessoa/PB - CEP 58071-400
CNPJ 08.092.103/0001-40, Ins. Est. 18.515.902-0

Nota Fiscal: Contrato de Energia Elétrica nº 17401-911-002
Cód. para DIB Automático: 0001002102



Mai / 2018 22/05/2018 21/06/2018 1094222445

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Base o aplicativo Energisa On em qualquer smartphone ou tablet.
Você terá acesso à segunda via da conta, mudanças de titularidade,
informações sobre falta de energia e serviços, outros serviços.
Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite estas
facilidades.

PR C/P

Data	Leitura	Data	Leitura					
30/04/18	1357	22/05/18	2548	1	221	33		
Código Descrição								
Quantidade Tarifa Valor Base Tarifa Adm. Tarifa de Energia (R\$/kWh) Consumo (kWh) Valor (R\$)								
Tabela Tarifária (R\$/kWh) Preços (R\$) Sufixo (R\$) Consumo (kWh)								
0001 Consumo Energia	221,500	2,551,470	152,81	142,81	25	28,30	152,81	0,94 4,36
0801 Adc. à Amarela			7,12	7,12	25	0,40	0,13	0,01 0,06
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0907 CONTRA SERVIÇO PÚBLICA			9,30	3,00	6	0,01	0,05	0,05 0,03

COMPREV SEGUROS
14 JUL 2018
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu, Alexandra Leivas Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Antonio da Silva, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 034.123.574-13, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Carlos Antonio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.123.574-13, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Agente fiscal José B. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Alamogobeiras</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>99105-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa, 04 de outubro de 2018
Local e Data

Alexandra Leivas Duarte
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE DEONILIO GOMES,
RG nº 395.148, data de expedição 14/08/14,
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 142.079.824-32 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R JOÃO TATO, nº 101,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Carlos Antonio da Silva, cujo o condutor era
Ismael Soares do Nascimento

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda POP 100
Ano: 2013/2012
Placa: 0FE7790/PB
Chassi: 9C24B0210ER437506
Data do Acidente: 03/11/17
Local e Data: JOÃO PESSOA 15/08/18

JOSE DEONILIO GOMES Declarante
Assinatura do Declarante 10º Ofício

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



Rua Francisco Luiz Figueira, 10 - Jd. Santa Helena
João Pessoa - PB - 53011-000 - Fone: (31) 3366-1111
www.decarlinto.com.br | @decarlinto
Titular: Ismael Soares do Nascimento

Reconheço, como autêntica e verdadeira, as FIRMAS de:
JOSE DEONILIO GOMES
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 15/08/2018 11:22:33
Odilon Barbosa de Oliveira - Escrevente
(2018-062762)EML:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,28 FESPA:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,40
SELO DIGITAL: #H109621-KYJ5
Confira a autenticidade em <https://selodigital.com.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	CARLOS ANTONIO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	12/08/75
NOME DA MÃE	JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.040.384
DATA DO ATENDIMENTO	09/11/17
HORA DO ATENDIMENTO	15:41
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA.
CID 10	S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, ferimento em perna direita, nega perda da consciência, Torax e abdômen sem queixas. Presença de fratura exposta em perna direita. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura em perna direita

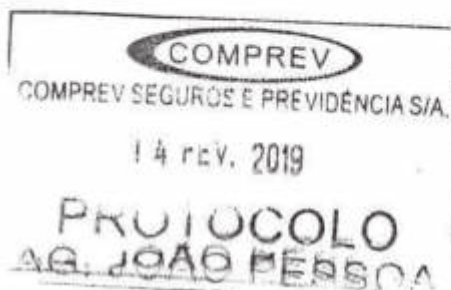
TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR:	09/11/17
DATA DA EMISSÃO:	15/03/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CARLOS ANTONIO DA SILVA	1040384	09/11/2017 15:41:01	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
12/08/1975	42	Masculino	898002276237033
Mãe			Telefone de Contato
JOSEFA MARIA DA CONCEICAO			(83) 87326746
Endereço	Bairro	Município	UF
São Bernardo, 26	Alto do Céu	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LEONALDO TORRES DINIZ	10647/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
09/11/2017 15:41:01		09/11/2017 15:57:53	
Convênio	Nº Matricula		Senha
SUS			

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RÍGIDA E COM COLAR CERVICAL RELATANDO HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COLISÃO MOTO - CARRO, HÁ 30 MINUTOS. QUEIXA-SE DE DOR E FERIMENTO EM PERNA DIREITA. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, CERVICALGIA, DOR TORÁCICA E ABDOMINAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E PATOLOGIAS PRÉVIAS. NÃO SE RECORDA DE HISTÓRICO VACINAL PARA TÊTANO. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. PRESENÇA DE FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA; TÓRAX COM EXPANSIBILIDADE SIMÉTRICA; ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO; MOBILIDADE DE MEMBROS SUPERIORES E PERNA ESQUERDA PRESERVADA. CONDUTA: 1 - SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA E CIRURGIA VASCULAR; 2 - SOLICITO RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA; 3 - PRESCREVO SRL, DIPIRONA, CETOPROFENO, TRAMADOL, TETANOGAMMA E CEFALOTINA; 4 - LIBERADO DA CIRURGIA GERAL.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE AD)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE AD)

TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SORO FISIOLÓGICO)

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MG/TS)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0.0 (MG/TS)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
14 DEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Conduta

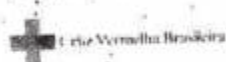
Em observação

CARLOS ANTONIO DA SILVA

LEONALDO TORRES DINIZ
(CRM: 10647/PB)

Boletim registrado por: ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA em 09/11/2017 15:42:16





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente CARLOS ANTONIO DA SILVA	BAE 1040384	Data/Hora Entrada 09/11/2017 15:41:01	Data Saida 2017-11-09 17:53:24.0
Data de nascimento 12/08/1975	Idade 42	CNS 898092276237033	Telefone de Contato (83) 87326746
Mae JOSEFA MARIA DA CONCEICAO	Sexo Masculino		Prontuário
Endereço São Bernardo, 26	Bairro Alto do Céu	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA	Nº Cons. Regional 5221/PB
Data/Hora Classificação 09/11/2017 15:41:01		Data/Hora Prescrição 09/11/2017 17:53:45	
Convênio SUS	Nº Matricula		Serha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ISOLADO NA PERNA DIREITA, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO SEGMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR, SUBMETIDO A RADIOGRAFIA (SEGUE CÓPIA), ANALGESIA PARENTERAL E CEFALOTINA 1,0 GRAMA EV. NÃO FOI SUBMETIDO A PROFIAXIA ANTITETÂNICA POR FALTA NESSE HOSPITAL, FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADO, CONFORME PACTUAÇÃO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data e Hora
09/11/2017 17:53:24

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Observações
PACIENTE VITIMA DE TRAUMA (ISOLADO NA PERNA DIREITA, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO SEGMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR, SUBMETIDO A RADIOGRAFIA (SEGUE CÓPIA), ANALGESIA PARENTERAL E CEFALOTINA 1,0 GRAMA EV. NÃO FOI SUBMETIDO A PROFIAXIA ANTITETÂNICA POR FALTA NESSE HOSPITAL, FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADO, CONFORME PACTUAÇÃO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.

CARLOS ANTONIO DA SILVA

ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
(5221/PB)

Boletim registrado por: ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA em 09/11/2017 15:42:16





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente
CARLOS ANTONIO DA SILVA

BAE
1040384

Data de nascimento
12/08/1975

Idade
42

Sexo
Masculino

Mãe

JOSEFA MARIA DA CONCEICAO

Endereço

São Bernardo, 26

Bairro

Alto do Céu

Acidente

VEICULO X MOTO

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Classificação
09/11/2017 15:41:01

Convênio
SUS

Nº Matricula

Data/Hora Entrada
09/11/2017 15:41:01

CNS
898002276237033

Município

JOAO PESSOA

Profissional

MARCOS BARBOSA DE SOUZA JUNIOR

Data/Hora Prescrição
09/11/2017 17:40:41

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 87326746

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

6926/PB

Senha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO X CARRO COM QUADRO DE FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA. A O EXAME: ESTAVEL. HEMODINAMICAMENTE MID: EXPOSIÇÃO OSSEA + AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO + PULSOS DISTAIS PRESENTES CD: ALTA DA VASCULAR

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

CARLOS ANTONIO DA SILVA

MARCOS BARBOSA DE SOUZA JUNIOR
(: 6926/PB)

Boletim registrado por: ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA em 09/11/2017 15:42:16





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: CARLOS ANTONIO DA SILVA

Data: 09/11/2017 17:52:39

Sexo: Masculino

CPF: Não

Informado

Idade: 42

BAE: 1040384

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA ISOLADO NA PERNA DIREITA, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO SEGMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR. SUBMETIDO À RADIOGRAFIA (SEGUE CÓPIA), ANALGESIA PARENTERAL E CEFALOTINA 1,0 GRAMA EV. NÃO FOI SUBMETIDO À PROFILAXIA ANTITÉTICA POR FALTA NESSE HOSPITAL. FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADO, CONFORME PACTUAÇÃO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.

Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-5221 / ECT 7702

Dr. ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA

5221/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: CARLOS ANTONIO DA SILVA

Data: 09/11/2017 17:52:39

Sexo: Masculino

CPF: Não

Informado

Idade: 42

BAE: 1040384

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA ISOLADO NA PERNA DIREITA, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO SEGMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR. SUBMETIDO À RADIOGRAFIA (SEGUE CÓPIA), ANALGESIA PARENTERAL E CEFALOTINA 1,0 GRAMA EV. NÃO FOI SUBMETIDO À PROFILAXIA ANTITÉTICA POR FALTA NESSE HOSPITAL. FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADO, CONFORME PACTUAÇÃO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-5221 / ECT 7702

Dr. ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA

5221/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 09/11/17 15:57

Usuário: LEONALDO

Boletim 1040384



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome CARLOS ANTONIO DA SILVA	Data de Nascimento 12/08/1975	Idade 42	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 1040384	Data Prescrição 09/11/2017 15:57:53
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 09/11/2017 15:57:00 - 10/11/2017 15:57:00		

Convenio SUS	Matrícula	Benha
-----------------	-----------	-------

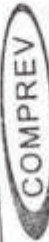
Nome do medicamento	Dose U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0 ML	Observação: DILUIR EM 10 ML DE AD	E.V.		AGORA	
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0 MG	Observação: DILUIR EM 10 ML DE AD	E.V.		AGORA	
3 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0 ML	Observação: DILUIR EM 100 ML DE SORO FISIOLÓGICO	E.V.		AGORA	
4 TETANOGAMMA	100.0 UI		INTRAMUSCULAR		AGORA	
5 CEFALOTINA 1G	1000.0 MG		E.V.		AGORA	
6 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1000.0 ML		E.V.		CONTINUA	
7 PARECER ORTO	0.0					
8 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR	0.0					

09 de Novembro de 2017

LEONALDO TORRES DINIZ

CRM: 10647

Assinatura e Carimbo do Profissional



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 0106/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA 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 nº 76752 e Prontuário nº 2017.11.001361 pertencentes a **CARLOS ANTONIO DA SILVA** dia 26/08/2018 às 02H01min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna esquerda.

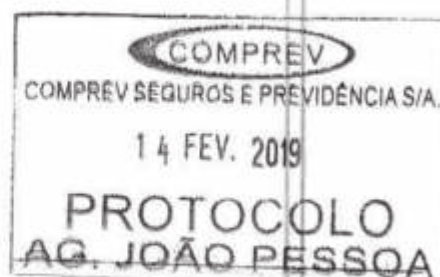
Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/11/2017, 23/11/2017, 30/11/2017, 26/01/2018, 06/02/2018, 19/03/2018 com alta médica dia 09/04/2018.

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

João Pessoa, 04 de fevereiro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 76752

Atd: Nao Reg.

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 09/11/2017

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 19:01:44

384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: CARLOS ANTONIO DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.11.001361

CNS: 704803051210145 Sexo: M IDENTIDADE: 2839087 Fone: 988943652

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/08/1975 Id: 42 ano(s)

End.: RUA SAC BERNARDO, 26

Bairro: ALTO DO CEU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEFA MARIA DA CONCEICAO Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: SERRALHEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

ESPOSA.

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DO TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ CARRO AS 16HRS *CONDUTOR MOTO*

Vitima de violencia por: EM JAGUARIBE PX. A CAGEPA

|| Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA:

☐ Aparentemente Sem

☐ Grave

FC:

☐ Politraumatizado

☐ Convulsao

Peso:

Altura:

☐ Hemorragia

☐ Dispneia

IMC:

IMC:

☐ Diarreia

☐ Agitado

Q2%:

Q2%:

☐ Regular

☐ Chocado

Queixa Principal

Observacao

EXPOSICAO DE PERNA DIREITA

fratura exposta do fêmur e comecado do
fratura - Exame Fisico - Hora do atendimento medico
fratura distal de perna.

Diagnostico

Conduta

Prescritor

Horario da medicacao

Dr. Intercep
Unipol do mpe

Dr. Filipa Almeida Dotter
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.583
TEOT - 14.193



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Borges Antonio do Silva			Data da Admissão:	09/11/12
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:		
Nome da Mãe:					
Endereço:	Bairro:				
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:		
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:		
Escolaridade:	Data de Nascimento			/ /	
QPD:	Ex Expose tipo hp sh.				
DA:	paciente c/ tipo de acidente com modo hp sh.				
	com Ex Expose tipo hp sh.				
	Neurotoxicológico				
Medicações em uso:	AO BLOW				
Interrogatório Sintomatológico:					
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese					
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros:					
ele:					
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe					
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: ____ Visão: ____					
AR e ACV: [] Dor ____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise					
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema ____ Outros: ____					
ABD: [] Dor ____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas					
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume					
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria					
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: ____					
SME: [] Dor ____ [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades					
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos					
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade					
[] Amnésia [] Libido [] Humor					

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

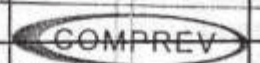


RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>CARLOS ANTONIO DA SILVA</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>19/03/18</u>	Cirurgião: <u>Dr. Jansen</u>			1º Assistente: <u>TULIO SI</u>	
2º Assistente: <u>LEONARDO</u>		3º Assistente: <u>YUNIR</u>		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>- DMC e TIBIA D</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>- PSEUDOTUMOR DE TIBIA (D)</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>- LIMPEZA</u>					
<u>- DMS</u>					
<u>- COLITA DE MATERIAL P/ CULTURA</u>					
<u>- FEITO FIXAÇÃO EXTERNA</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:	
1 () Sim					
2 (X) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim					
2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					





Nome: Carlos Antonio de Jesus		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:
Data:		Cirurgião: Dr. F. Silva	1º Assistente: Dr. F. Silva
2º Assistente:		3º Assistente:	
Anestesista: Dr. G. Silva		Tipo Anestesia: Geral	
Horário: I:		T:	
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
Fut. esp. túmida excluída "in loco" e apresenta met. de síntese			
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)			CÓDIGO
Limpesza cirúrgica			
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 14 FEV. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			
Acidente durante Ato Cirúrgico		Descreva:	
1 () Sim 2 () Não			
Biópsia de Congelação:			
1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

*Proximidade e acúmulo
do sangue dentro*

Incisão:

*Realizada desbridamento
cirúrgico e limpeza*

Achados:

*coletivo em
fenda específica*

Conduta:

*Fenda "pronta" para
"rodas" retê-lo.*

Fechamento:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 FEV. 2019

PROTOCOLO
AB. JOÃO PESSOA

OBS:

Data:

30/11/11

*Dr. Roberto A. Santos
Especialista em Traumatologia
CRM-PB 1550*

(MEDICO/CRM)

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Recorrido em DDH sob fluoroscopia
- Anestesia + antiespasmódicos + opóio de campo estéril

Incisão:

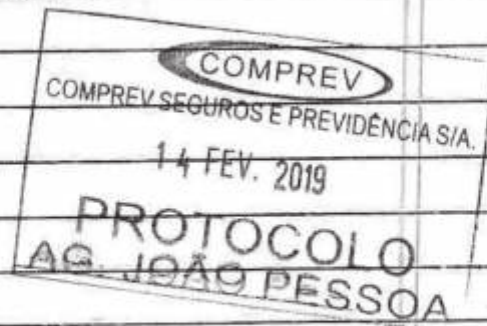
-

Achados:

- Fervente irrigado com óleo de Nectose em áreas císticas da fíbula.

Conduta:

- Realizado desbridamento de tecido desvitalizado e excisão vascular
- Lige excisão 80% de tecido necrótico.
- Curativo com gaze iodoformada.
-



Fechamento:

OBS: Proposta de tratamento em trabalho pelo cirurgião plástico. Solicitar exames.

Data: 22 / 11 / 27

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-PB 8877

MÉDICO CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente sob DDM
 Anestesia + Antiemético
 Sues Hsu
 Descrição de corpo energético

Incisão:

Debridamento de F.O
 Ampliação sobre região sel-
 Hsu Hsu

Achados:

Ex. Exposto dos ossos perna

Conduta:

MT com S.O. 9 1.10h.
 Redução + aplicação de placa
 4, T de P 12, 6 corticais proximais
 12 e 6 distais.
 Sutura sob placa autômica,
 Rx controle
 Curativo.

Fechamento:

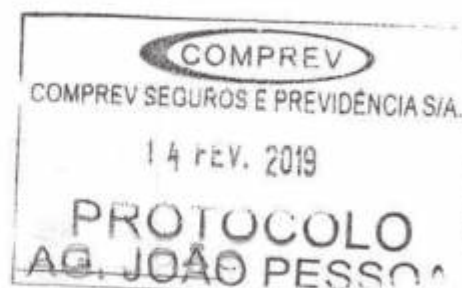
OBS:

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 14 FEV. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Data:

09/11/17

MÉDICO/CRM



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

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

SOC. ENTIDADE / ORG. EMISSOR NF
2627718 SSP PB

CIT 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982

PERMISAO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE

ACC CALHAR B

Nº RENOV 01851269660 VALIDEZ 16/01/2019 1ª HABILITACAO 29/06/2001

VALIDADEZ EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS 894056231

CATEGORIA

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO 17/01/2014

Rodolfo Correa Lima 66588356744
ASSINATURA DO EMISOR PB027919595

DEFINIR DE PARABAI

PREVISTO PLASTIFICAR 894056231

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
14 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190131960 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 09/11/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Carlos Antonio da Silva
 brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão perito
 Ci RG nº 2.839.087
 CPF/MF nº 034.123.574-13 Residente e domiciliado(a) à Rua R. Francisca Maria da Conceição, 35 Alto do
 Cidade, de João Pessoa Estado PB
Paraíba, CEP: 58027-482, telefone 99105-5363, 98663-4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

João Pessoa, 07 de agosto de 2018.

Carlos Antonio da Silva

OUTORGANTE



Decarlinto
 Serviço Notarial - 10ª Circunscrição
 Ciente com a gente

Rua Fernando Luís Henrique dos Santos, 75 - Jardim Osório
 João Pessoa - PB - CEP: 56077-050 - Fone: (83) 326-9029
www.decarlinto.com.br
 Titular: Sérgio Albuquerque

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimã(s) de:
 CARLOS ANTONIO DA SILVA
 Em test. da verdade, João Pessoa-PB 07/08/2018 11:34:04
 Debora Ferreira Vieira de Sena - Escrevente
 (2018-059959)ENOL:R\$ 89,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,00
 SEL0 DIGITAL: AHH22777-93XQ
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Decarlinto
 10ª Ofício

COMPREV

MAPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 FEV. 2019

PROTOCOLO
 2018-059959
 JOÃO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056212/19

Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA

CPF: 034.123.574-13

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 09/11/2017

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

CARLOS ANTONIO DA SILVA : 034.123.574-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA