

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11851128

A/C: EDICARLOS PORCINO ALVES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170560887 ASL-0400778/17
Vítima: EDICARLOS PORCINO ALVES
Data Acidente: 28/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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 início 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



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **EDICARLOS PORCINO ALVES**

Sinistro: **3170560887**

Vítima: **EDICARLOS PORCINO ALVES**

Data do Acidente: **28/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170560887** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Carta nº 12384366

A/C: EDICARLOS PORCINO ALVES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170560887 ASL-0400778/17
Vitima: EDICARLOS PORCINO ALVES
Data Acidente: 28/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2018

Carta nº: 12472285

A/C: EDICARLOS PORCINO ALVES

Nº Sinistro: 3170560887
Vítima: EDICARLOS PORCINO ALVES
Data do Acidente: 28/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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: **EDICARLOS PORCINO ALVES**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000003571**

Conta: **000000004063-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, EDICARLOS PORCINO ALVES

PORTADOR(A) DO RG Nº 3412.252 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 13/10/2008 E

CPF 080114314-88 /CNPJ _____, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ NÃO POSSUÍ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDICARLOS PORCINO ALVES 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 Fundonal.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP.
- 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 Lotéricas 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 beneficiário/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/beneficiários.

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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3541 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.00004063-6

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.

ITAPORANGA/PB, 18 de SETEMBRO de 2014

LOCAL E DATA

Edicarlos Porcino Alves

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



AUTO-ATENDIMENTO - ag. itaporanga

DATA: 18/09/2017

HORA: 09:25:47

TERMINAL: 35711003

CONTROLE: 357110030091

AGENCIA: 3571 - ITAPORANGA

CONTA : 013-00.004.053-6

CLIENTE: EDICARLOS PORCINO ALVES

CPF : 080.114.374-88 ANO CALENDARIO : 2016

INFORME DE RENDIMENTOS FINANCEIROS

FONTE PAGADORA

CNPJ

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 00.360.305/0001-04

Valores em Reais





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 593 / 2017.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do Fato: 28 / Agosto / 2017. . **HORAS** - 17h10min.

Sob a responsabilidade do Del.Pol: IVALDO PEDRO DE RRAUJO DIAS

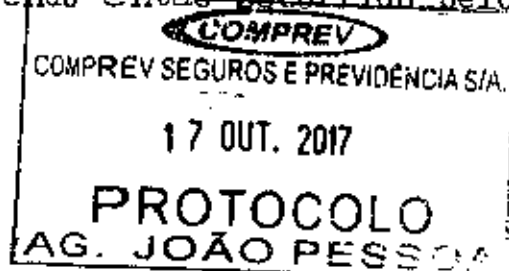
Notificante/Vítima:

EDICARLOS PORCINO ALVES, brasileiro, natural de Itapo -
fanga/PB, Solteiro, Agricultor, nascido no dia 28/02/90, filho-
dia Pedro Alves Cardoso e Raimunda Porcino Alves, RG 3.712.252/
SSP/PB e CPF 080.114.374-88, residente na R. Projatada s/n Conj
Loteamento Adailton Teixeira -Itaporanga/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao
Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**:

Que no dia e horas acima citadas, trafegava pela Rod.que liga Itapo-
ranga à Boa Ventura/PB, PB 386, conduzindo a moto HONDA/CG 150 TITAN
ESD, cor Branca, Ano 2013/14, Placa OGG66O5/PB e chassi 9C2KC1650ER -
O11760, em nome de FRANCISCO CABRAL LOPES e em uma lanceada deparou-
se com outro veículo fazendo uma ultrapassagem onde o mesmo avançou
a contra-mão, vindo a bater no retrovisor deste, perdendo o controle
da moto e caindo no acostamento, sendo então socorrido pelo SAMU pa-
ra atendimento Hospitalar.



Itaporanga (PB), 28 / Setembro / 2017.

Edicarlos Porcino Alves
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
13. POL. A. NAY-40265-8
CHEFE DE CARTÓRIO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 593 / 2017.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Boletim de ocorrência



Data do Fato: 28 / Agosto / 2017. • **HORAS** - 17h10min.

Sob a responsabilidade do Del. Pol: IVALDO PEDRO DE RRAUJO DIAS

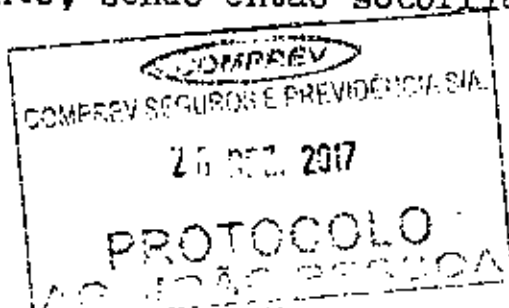
Notificante/Vítima:

EDICARLOS PORCINO ALVES, brasileiro, natural de Itapo-
ranga/PB, Solteiro, Agricultor, nascido no dia 28/02/90, filho-
dia Pedro Alves Cardoso e Raimunda Porcino Alves, RG 3.712.252/
SSP/PB e CPF 080.114.374-88, residente na R. Projatada s/n Conj
Loteamento Adailton Teixeira -Itaporanga/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao
Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**:

Que no dia e horas acima citadas, trafegava pela Rod. que liga Itapo-
ranga à Boa Ventura/PB, PB 386, conduzindo a moto HONDA/CG 150 TITAN
ESD, cor Branca, Ano 2013/14, Placa OGG6605/PB e chassi 9C2KC1650ER -
011760, em nome de FRANCISCO CABRAL LOPES e em uma lanceada deparou-
se com outro veículo fazendo uma ultrapassagem onde o mesmo avançou
a contra-mão, vindo a bater no retrovisor deste, perdendo o controle
da moto e caindo no acostamento, sendo então socorrido pelo SAMU pa-
ra atendimento Hospitalar.



Itaporanga (PB), 28 / Setembro / 2017.

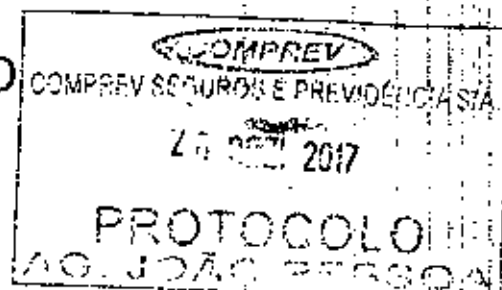
Edicarlos Porcino Alves
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
NAT: 60265-5
PARTICID

HOSPITAL DISTRITAL Dr. JOSÉ GOMES DA SILVA
ITAPORANGA - PARAÍBA

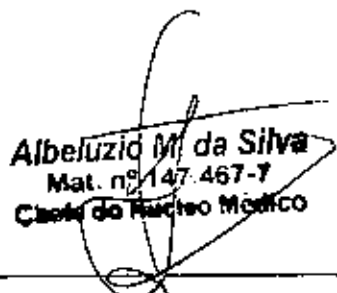
DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins de direito que **EDCARLOS PORCINO ALVES**, natural do município de Itaporanga-PB, residente na Rua Projetada s/n, Loteamento Adailton Soares Teixeira, nascido em 28/02/1990, solteiro, agricultor, esteve nesta unidade hospitalar no dia 28/08/2017, vítima de acidente.

Conforme consta no Livro de Registro Geral.

Itaporanga, 15 de dezembro de 2017.



Albeluzio M. da Silva
Mat. nº 147.467-7
Chefe do Núcleo Médico

Albeluzio Malaquias da Silva

Chefe do Núcleo de Contas Médicas

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência



Eu, Edicarlo Porcino Alves, portador da carteira de identidade nº 3.712.252 e inscrito no CPF/ME sob o nº 080.114.344-88, residente e domiciliado na RUA: PROJETADA S/N, LOTEAMENTO NOVO - CAMUHO, Cidade ITAPORANGA, Estado PARAIBA, 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
- ☐ 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.

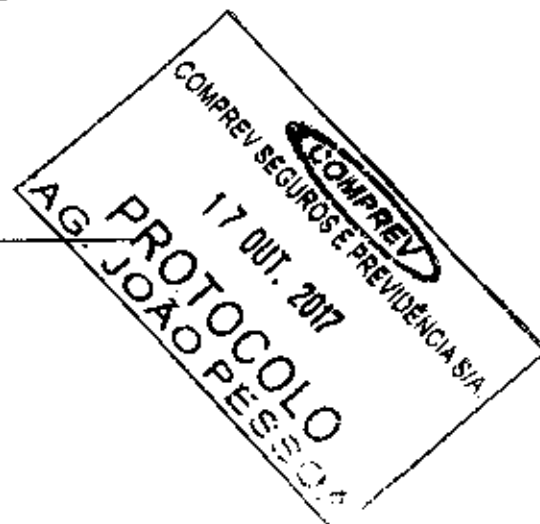
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edicarlo Porcino Alves

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ITAPORANGA/PB, 18/09/2017

Local e data





PREFEITURA DE
ITAPORANGA
CONSTITUÍDA EM 1956

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Comprovação de ato declar.



SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR 03A03

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

HORA: 17:30

Data: 28/10/2017	ID: 271	Paciente: Eduekley Pereira Alves	Idade: 27	Sexo: ☐ FEM ☒ MASC
Local da Ocorrência: CM 361 Itaporanga - Vila Ventosa		Bairro:	Médico Regulador: Key Samuel	
Apoio no Local: ☐ PM Resgate/Bombeiro ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ Trole ☐ Nenhum ☐ Outro				
OTA: ☐ Socorro por terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorro pelo Bombeiros ☐ Local não encontrado ☐ Outro				

TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE

☒ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico	Sinais e Sintomas:
☐ Agressão	☐ Psiquiátrico	Alergia:
☐ Clínico	☐ Quase afogamento/Afogamento	Medicação:
☐ Desabamento	☐ Queimaduras	Passado Médico:
☐ Eletrochoque	☐ Queda metros	Líquidos e alimentos ingeridos:
☐ F.A.B.	☐ Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
☐ F.A.P.	☐ Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

☐ Pálido	☐ Cianótico	☐ Ictérico	☐ Sudoreico	☐ Pele Fria	☐ Pele Úmida	☐ Isocórico	☐ Anisocórico	☐ Miótica	☐ Dor
☐ Midriase	☐ Dispnéico	☐ Taquipnéia	☐ Hematêmese	☐ Hemoptise	☐ TCE	☐ TBM	☐ Fratura	☐ Contusão	☐ PCR

Tipo de ferimento e local:

Queixas principais/Sinais e Sintomas:

Vitima de trauma automobilístico

Transferência/Destino:

Local: Responsável:

Sinais Vitais:

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ <30 irpm ☐ Perfunção Capilar: ☐ Retardada ☐ Normal

PA: 120x80 mmHg FC: 103 bpm FR: 13 irpm Spo: 98 % E: Glicemia Capilar: 150 mg/dL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Ansiedade	☐ Capacidade adaptativa	☐ Inibitória	☐ Comunicação verbal prejudicada	☐ Confusão aguda	☐ Deambulação prejudicada
☐ Ritmo cardíaco diminuído	☐ Desobstrução ineficaz das VVAA	☐ Disritmia	☐ Autonomia	☒ Dor aguda	☐ Hipertermia
☐ Integridade da pele prejudicada	☐ Integridade tissular prejudicada	☐ Medo	☐ Intolerância à atividade	☐ Mucosa oral prejudicada	☐ Padrão respiratório ineficaz
☐ Perfunção tissular cerebral ineficaz	☐ Perfunção tissular cardiopulmonar ineficaz	☐ Perfunção tissular gastrointestinal ineficaz	☐ Perfunção tissular renal ineficaz	☐ Termorregulação ineficaz	☐ Troca de gases prejudicada
☐ Ventilação espontânea prejudicada	☐ Volume de líquidos deficientes	☐ Volume excessivo de líquidos	☐ Náuseas	☐ Retenção urinária	☐ Percepção sensorial perturbada
☐ Interação social prejudicada	☐ Incontinência intestinal	☐ Eliminação urinária prejudicada	☐ Constipação	☐ Outros	

Intervenções:

CVV + AVPe bilateral, imobilização completa e HSE (mão) Tomado do alho

Evolução de Enfermagem:

Paciente, 27 anos, sexo M. História de trauma automobilístico (HOTA) com vítima, orientada de deambulação, referindo dor em mão e alho. Realiza o atendimento conforme M.S. e encaminhado ao HRP.

Identificação da Equipe:

Médico: José Wilton
Enfermeiro(a): Kátia Oliveira
Téc de Enfermagem:
Condutor: Duranday

CRM: 6738
COREN: 278674
COREN:

DR. JOSE WILLIAM FIGUEIREDO
CRM 9788 - PB

☐ Liberado após atendimento ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte

Recusa: _____
Nome: _____
Assinatura: _____ RG/CPF: _____

Terapêutica/Medicamentos (prescrição direta ou por telemedico):
LAU 500ml TENAXIA 400mg METOPROLOLOL 50mg

Evolução clínica:
VITIMA de TRAVESSIA MATACIESTRA Ao EXAME
FX S. METACARPO E, TRAVESSIA CANELA E?

Diagnóstico médico: Politraumático
DR. JOSE WILLIAM F. FIGUEIRELLA
CRM 9788-PB
Médico

Procedimentos realizados: ☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Intubação naso/orotraqueal ☐ Cânula orofaríngea ☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação mecânica (manual) ☐ Respirador ☐ Inalação de oxigênio O2 ☐ Drenagem torácica ☐ Massagem cardíaca externa
☐ Desfibrilação/cardioversão ☐ Controle de hemorragia ☒ Curativo ☒ Punção venosa ☐ Sonda gástrica ☐ Sonda vesical
☐ Sedação ☒ Imobilização ☒ Colar cervical ☐ Outros _____
ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e materiais)

OSKI
os equipamentos
os jécos
colar e
prancha rígida
tala
atacadores

Exame Gineco-Obstétrico ☐
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (3)

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA VERBAL	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA MOTORA	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento do reflexo	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO		15
TOTAL MÍNIMO		3
INTUBAÇÃO		8

BPA/Procedimentos	
USA - 03:	
Código	03.01.03.009-0
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).
Código	03.01.03.017-0
Procedimento	SAMU 192: Transporte Inter-hospitalar realizado pela Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).

BPA/Procedimentos	
USA - 06:	
Código	03.01.03.010-3
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).
Código	03.01.03.013-8
Procedimento	SAMU 192: Transporte Inter-hospitalar pela Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).

Procedimento: 03.01.03.009-0 / 03.01.03.017-0 Quantidade: II
CBO: Enfermeiro: 223505 Técnico: _____ Médico: _____

03

HOSPITAL DISTRITAL Dr. JOSÉ GOMES DA SILVA
ITAPORANGA - PARAÍBA.

Comprovação de ato declaratório

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que **EDCARLOS PORCINO ALVES**, natural do município de Itaporanga-PB, residente na Rua Projetada s/n, Loteamento Adailton Soares Teixeira, nascido em 28/02/1990, solteiro, agricultor, esteve nesta unidade hospitalar no dia **28/08/2017**, vítima de acidente.

Conforme consta no Livro de Registro Geral.

Itaporanga, 15 de dezembro de 2017.

Alberluzio M da Silva
Mat. nº 147.467-7
Clube do Nucleo Médico

Albeluzio Malaquias da Silva

Chefe do Núcleo de Contas Médicas

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

17 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edicarlo Porcino AlvesRG nº 3.412.252, data de expedição 13 / 10 / 2008, Órgão SSP/PB

CPF nº 080.114.344-88, 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)	<u>PROJETADA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>LOTAMENTO NOVO - CONJUNTO</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.480-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999471520 / 996948811</u>
E-mail	<u>SEPTAD.ASSOCIADA@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA/PB, 18/09/2017Assinatura do Declarante: Edicarlo Porcino Alves

JOSE ALVES CARDOSO
RUA PROJETAÇÃO, 941/ LOTE NOVO - COMLURTO
ITAPORANGA / PB CEP: 58760000 (AG. 104)

Enviado: 30/08/2017 Referência: Agt/ 2017

Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO 57 230, Km 25 - Cód. Redutor - João Pessoa / PB - CEP 58711-000
Roteiro: 18 - 154 - 85 - 4325 Nº Creditor: 00018733331

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.986.153/0001-40 Tel: 31.16.015.820-0

Nota Fiscal/Conta de Energia e Serviço: 407.029
Cód. para DIB Autenticação: 0001792404

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

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAN
Ago / 2017 30/08/2017 29/09/2017 2960896408

UC (Unidade Consumidora): 5/1791340-1

Canal de contato
Tela e Sinal de Energia Elétrica - TSEE e Sinal para Lb
10.408 de 28 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
29/07/17	885	30/08/17	928	31
Demonstrativo				
Cód. Descrição				
0001	Consumo em kWh	34,00	5,23	0,29
0001	Consumo em kWh	28,00	0,81	0,47
0001	Adm. B. Amarela	0,04	0,04	0,02
0001	Adm. B. Verde	0,04	0,04	0,02
0010	Subsídio	21,85	21,85	0,21
TAXAS E SERVIÇOS				
0007	CONTRIBUIÇÃO ENERGIA	3,90	3,90	0,00
0009	Debitos em aberto	16,09	16,09	0,00

CC: Códigos de Classe e Grupo de Consumo (CCTG)
Módulo Outras medidas (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
06/09/2017 R\$ 31,55

Histórico de Consumo (kWh)
48 | 02 | 76 | 73 | 73 | 66 | 65 | 60
Jul17 | Jun17 | Mai17 | Abr17 | Mar17 | Fev17 | Jan17 | Dez16 | Nov16 | Out16 | Set16 | Ago16
REINFORMAÇÃO AGREGADA
7c17.c658.9d18.a8ca.9854.f8e.38c3.4511.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	0,47	NOMINAL	Serviço de O&M da Empresa	4,55	14,43
DI TRIMESTRAL	12,04		Consumo Energia	8,14	25,82
DI ANUAL	25,89		Serviço de Transmissão	0,31	0,98
PI MENSAL	3,95	CONTRATADA	Encargos Energia	1,63	5,19
PI TRIMESTRAL	7,10		Impostos Diretos e Encargos	10,91	34,64
PI ANUAL	14,20		Outros Serviços	0,00	0,00
OMC	0,00	LÍMITE SUPERIOR	Total	31,55	100,00
DMC	12,22				

Valor do BUDG (Ref: 6/2017) R\$ 6,06
ATENÇÃO
Sua unidade foi fornecida com uma única leitura, tendo um descompartilhamento de 28/08/17. Por favor, consulte o site da Energisa.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
17 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIUA, 58 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 54780003 (AO: 154)

Energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rua Cristiano Resende, 100 - Centro - Curitiba/PR - CEP: 80071-030
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Classif. Subst. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br230, Km 25 - Cristo Redentor, João Pessoa/PB - CEP: 53071-030
Roteiro: 7-154-25-8188 Referência: Jun/2017 Emissão: 12/08/2017
NF. medidor: 00009205001

Hiz a Fich. Cont. de Energia Elétrica Nº 000 479.100
Código para Dúvidas Autoclientes: 0000027434

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

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4**

Jun/2017

Apresentação

12/08/2017

Data prevista da próxima leitura

13/07/2017

CPF/CNPJ/RANI

3524708408

0180, E

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Date: 12/05/17	Letura: 8508	Date: 12/08/17	Letura: 8587	58,5
Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo em kWh	87,5	0,43497	38,05	
Adic. B. Vermelha			1,20	
ICMS			5,85	
PIS			0,38	
COTINS			1,83	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			5,88	
JUROS DE MORA 05/2017			5,20	
MULTA 05/2017			0,85	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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 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 COAF².

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

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

Pelo exposto, eu EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS, portador(a) do

RG nº 5.652.161, expedido por SSP/PE, em

30 / 04 / 96, CPF/CNPJ nº 039.244.064-09,

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

PORCINO ALVES do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

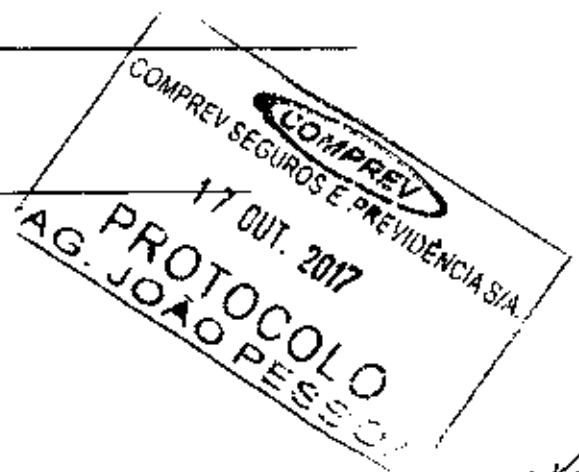
da vítima EDICARLOS PORCINO ALVES, e conforme

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

Profissão: REUSOU Renda Mensal: R\$ REUSOU

Documentos comprobatórios: NÃO POSSUI

Edilson Rodrigues dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



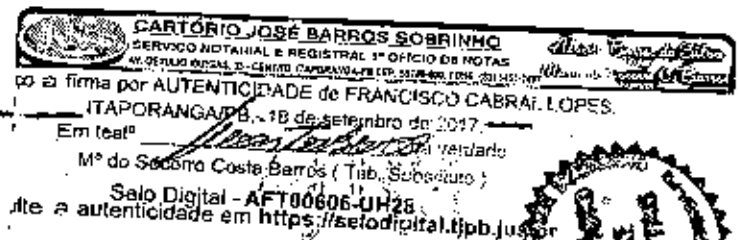


DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, FRANCISCO CABRAL LOPESRG nº 3524222, data de expedição 28 / 08 / 2014Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 084.458.324-12, com domicílio na cidade de ITAPORANGA, no Estado de PAPAÍBAonde resido na (Rua/Avenida/Estrada) LOTEAMENTO ADAILTON SOARES RIBEIRA, nº 54, complemento Bela Vista, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima EDICARLOS PORCINO ALVES, cujo condutor era O MESMO.Veículo: MOTOModelo: HONDA/CG 150 TITAN ESDAno: 2013/2014Placa: 0GG6605/PBChassi: 9C2KC1650ER011760Data do Acidente: 28/08/2014Local e Data: ITAPORANGA/PB, 18/09/2014

Francisco Cabral Lopes

Assinatura do Declarante



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

LAUDO OFTALMOLÓGICO

O Sr.(a)EDICARLOS PORCINO ALVES, vítima de trauma contuso em olho esquerdo com laceração de córnea de limbo a limbo, apresenta ao exame oftalmológico:

Acuidade visual sem correção:

OD: 20/20
OE: 20/40

Biomicroscopia: Conjuntiva hiperemiada 1+, córnea transparente com suturas íntegras e sepultadas de limbo a limbo em região paracentral inferior, câmara anterior média a rasa, sem Seidel.

Fundoscopia: Sem alterações patológicas.

Conclusão: Foi realizado cirurgia de sutura de córnea em olho esquerdo; paciente encontra-se em acompanhamento neste serviço.

Campina Grande, 16/09/2017


Dra. DENISE ALEXANDRE COSTA
CRM: 9913



HOSPITAL DISTRITAL Dr. JOSÉ GOMES DA SILVA
ITAPORANGA - PARAÍBA

Documentação médico - hospitalar
1 10011101 110 11011 1 11 11011

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que **EDCARLOS PORCINO ALVES**, natural do município de Itaporanga-PB, residente na Rua Projetada s/n, Loteamento Adailton Soares Teixeira, nascido em 28/02/1990, solteiro, agricultor, esteve nesta unidade hospitalar no dia **28/08/2017**, vítima de acidente.

Conforme consta no Livro de Registro Geral.

Itaporanga, 15 de dezembro de 2017.

Albeluzio M. da Silva
Mat. nº 147.467-T
Classe do Nucleo Médico

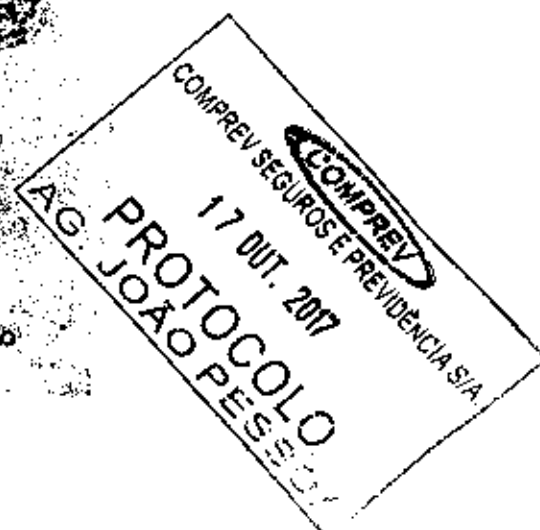
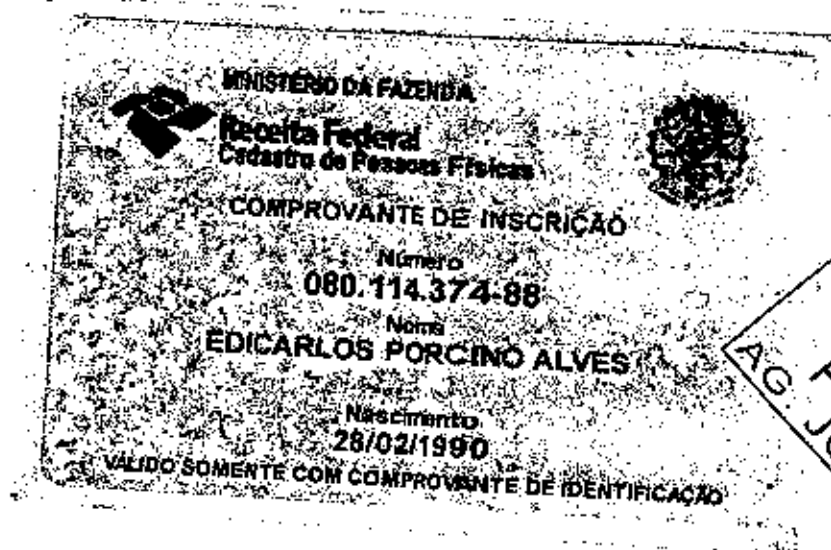
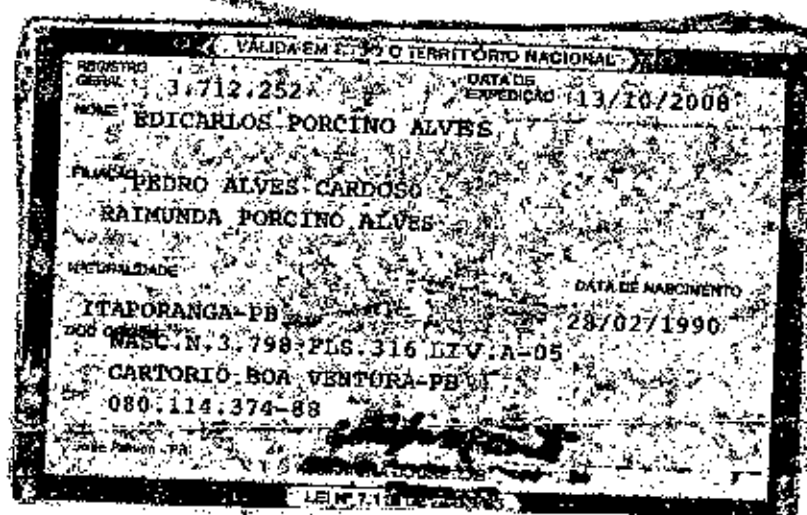
Albeluzio Malaquias da Silva

Chefe do Núcleo de Contas Médicas

COMPREV RECURSOS E PREVIDÊNCIA S/A
17 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Documentos de identificação





EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.064-09 DATA NASCIMENTO: 13/04/1978

FILIAÇÃO: ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

VALIDADE: 20/06/2022

PROVIDÊNCIA NACIONAL
1424948517

PROVIDÊNCIA PLÁSTICA
1424948517

PERNAMBUCO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
17 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013152691601
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
T 00993501702-2 00700800000 2017

FRANCISCO CABRAL LOPES

08745832412 OCG6605/PB

NOVO 9C2KCI6502RU11750

PAS/MOTOCICLETA/RNO APLIC ADOO/GRISOL

HONDA/CG-150 TITAN-BSD 2013/1620414 MOD

2CAP/1401/CI PARTIDA BRANDADE DOMINANTE

COTA ÚNICA 00700800000

1º ANO

2º ANO

3º ANO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DIAMANT 25/07/2017

40053

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAQ SEGURO DPVAT

PB Nº 013152691601 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FRANCISCO CABRAL LOPES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1004

2017 25/07/2017

FRANCISCO CABRAL LOPES

08745832412 OCG6605/PB

00993501702-2 HONDA/CG 150 TITAN-E

PRÊMIO TARIFÁRIO

2013 9 9C2KCI6502RU11750

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00

SEGURO B A G O

PARCELA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

40053-1507022-20170725

COMPREV
17 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 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

080.114.374-88

Nome completo da vítima

Edicardes Pereira Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Edicardes Pereira Alves		CPF titular da conta 080.114.374-88	Profissão Agricultor
Endereço Rua Projetada		Número S/N	Complemento Casa
Bairro Faz. Nova - Conjunto	Cidade Itaperanga	Estado PB	CEP 58.780-000
Email sextas_assessoria@hotmail.com		Telefone (DDD) 83	Telefone 999471520/996978811

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
- ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
- ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
- ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRQ.

D/V

CONTA
NRQ.

D/V

3571

(Informar dígito se existir)

04063

(Informar dígito se existir)

6

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRQ.

AGÊNCIA

NRQ.

D/V

CONTA

NRQ.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Itaperanga, 15 de Fevereiro de 2018.

Local e Data

X Edicardes Pereira Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400778/17
Vítima: EDICARLOS PORCINO ALVES
CPF: 080.114.374-88
CPF de: Próprio
Data do Acidente: 28/08/2017
Titular do CPF: EDICARLOS PORCINO ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Outros

Outros



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

Data da entrega: 20/12/2017
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400778/17
Vítima: EDICARLOS PORCINO ALVES
CPF: 080.114.374-88

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/08/2017
Titular do CPF: EDICARLOS PORCINO ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Outros

Outros



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

Data da entrega: 17/01/2018
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170560887 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDICARLOS PORCINO ALVES **Data do acidente:** 28/08/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Trauma contuso em olho esquerdo com laceração de córnea de limbo a limbo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade 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: Encaminhar à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

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: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170560887

Cidade: Itaporanga

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDICARLOS PORCINO ALVES

Data do acidente: 28/08/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO MAIS FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OLHO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DA MÃO ESQUERDA: APRESENTA ATITUDE EM FLEXO DA INTERFALANGIANA PROXIMAL DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO EM 20º NÃO SENDO POSSÍVEL REALIZAR EXTENSÃO DEVIDO AO BLOQUEIO ARTICULAR, DEFORMIDADE ROTACIONAL DE APROXIMADAMENTE 10º COM ROTAÇÃO INTERNA DO 5º DEDO, POSSÍVEL EVIDENCIAR ENCURTAMENTO RELATIVO DO 5º METACARPO ESQUERDO DEVIDO A FRAGMENTAÇÃO ÓSSEA E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, NOTA-SE AUMENTO DE PARTES ÓSSEAS EM REGIÃO DORSO MEDIAL DA MÃO ESQUERDA (2+/4+), DÉFICIT DE EXTENSÃO GRAU II DO 5º DEDO, ALÉM DE DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DO 5º RAO.
AO EXAME DA VISÃO ESQUERDA: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE VISUAL A ESQUERDA CONFORME LAUDO OFTALMOLÓGICO (OE: 20/40), AFIRMA ALTERAÇÕES VISUAIS COMO VISÃO TURVA, CEFALÉIAS COM USO DE ANALGÉSICOS FREQUENTES, O MESMO AFIRMA UTILIZAR COLÍRIO, PORÉM, NÃO SABE INFORMAR QUAL SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 28/08/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO MAIS FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OLHO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DOS OSSOS DA MÃO ESQUERDA COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO LUVAS GESSADAS POR UM PERÍODO DE 50 DIAS, O PACIENTE FOI ENCAMINHADO PARA OUTRA CIDADE PARA SERVIÇO DE CIRURGIA OFTALMOLÓGICA, REALIZOU SUTURA DE CÔRNEA EM OLHO ESQUERDO DEVIDO A TRAUMA LACERANTE. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Perda parcial da visão à esquerda, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com seqüela

Data da perícia: 02/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

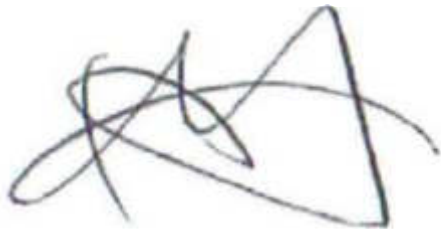
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**PROCURAÇÃO PARTICULAR:****OUTORGANTE:**Nome: EDICARLOS PORCINO ALVESNacionalidade: BRASILEIRO/Estado Civil: SolteiroProfissão: AGRICULTORIdentidade: 3.412.252/CPF: 080.714.344-88Endereço: R. PROJETADA, S/N, LOTEAMENTO NOVO, CONJUNTO ITAPORANGA/PB**OUTORGADO:**Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOSNacionalidade: BRASILEIRO/Estado Civil: CASADOProfissão: AUXILIARIdentidade: 5.652.161/CPF: 039.244.064-09Endereço: R. MANOEL PEREIRA CALVIA, 55, CENTRO ITAPORANGA/PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: EDICARLOS PORCINO ALVESLocal e data: ITAPORANGA/PB, 18/09/2017

Edicarlos Porcino Alves

CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL 1º OFÍCIO DE NOTAS
AV. CENÓLIO VARGAS, 11 - CENTRO ITAPORANGA - PB 56300-000
FONE (35) 3331-1111

Recebo a firma por AUTENTICIDADE de EDICARLOS PORCINO

ITAPORANGA/PB, 18 de setembro de 2017.
Em test. [Assinatura] da verdade
Mº do Socorro Costa Barros (Tab. Substituto)

Selo Digital - AFT00607-RLDC
Insulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

