

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO

Nº Sinistro: 3180035110

Vitima: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO

Data do Acidente: 22/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180035110**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12270323



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO

Sinistro: 3180035110
Vítima: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO
Data do Acidente: 22/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180035110** 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, 10 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12373630

A/C: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO

Nº Sinistro: 3180035110
Vítima: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO
Data do Acidente: 22/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000617

Conta: 000000026413-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 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
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <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

130.315.594-69

Nome completo da vítima

Svetomiro de Souza Lucindo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Svetomiro de Souza Lucindo
CPF titular da conta: 130.315.594-69
Profissão: servente
Endereço: 1001 Dist. Curimatãu
Número: 312
Complemento:
Bairro: Distrito Curimatãu
Cidade: Pilar
Estado: PB
CEP: 58338-000
Telefone (DDD): 83- 98663-4900
Email: zeduardosilva@hotmail.com

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)

☒ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº:

DV

CONTA

Nº:

DV

0617

(Informar dígito se existir)

00026423

(Informar dígito se existir)

6

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº:

AGÊNCIA

Nº:

DV

CONTA

Nº:

DV

(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.

João Pessoa 03 de Janeiro de 2018

Local e Data

Svetomiro de Souza Lucindo

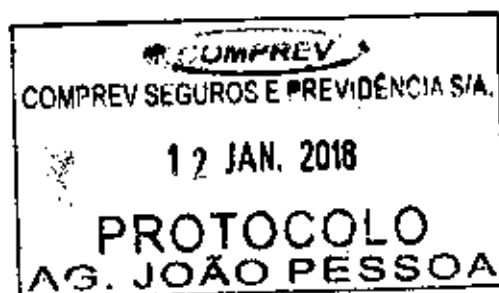
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 JAN. 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

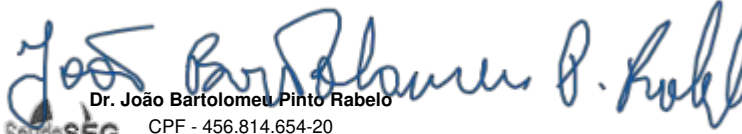
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Suetonio de Souza Lucindo
Endereço do(a) Examinado(a): Loc Dist Curimatau, S/N Area Rural
Distrito Curimatau Pilar PB CEP: 58338-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3891228
Data local do exame: [02/02/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
EVOLUI COM AUSÊNCIA DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.
Data da alta: 15/10/2017.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.
AMPUTAÇÃO DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
3º DEDO DO PÉ - Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo () 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo () 50% médio () 75% intensa () 100% completo
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

Suetônio de Souza Lucindo

CPF da Vítima

110.315.594-89

Data do Acidente

22-08-17

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:

Assinar 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 contestação com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 05 de Janeiro de 2018

Local e Data

Suetônio de Souza Lucindo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 55041 Atd: Nao Regula
Data: 22/08/2017
Hora: 20:18:22
Recepcionista: LUARA DA SILVA PEREIR
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO

CNS: 703201611828691 Sexo: M IDENTIDADE: 3891228 Fone: 987575974

Natural: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 12/10/1992 Id: 24 ano(s)

End.: DISTRITO CURIMATAU, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PILAR UF: PB

Mae: MARIA MARGARIDA DE SOUZA LUCINDO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERVENTE DE OBRAS

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO

Tel/Doc. Responsavel: 987575974 / IDENTIDADE: 3891228

End.: HOSPITAL HOSPITAL PILAR

Pai: SEVERINO RO RAMO LUCINDO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: NAO INFORMADO

Comprovacao de ato declaratorio



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARROXMOTO HJ AS 16:00

Vitima de violencia por: ENTRE CURIMATAU E PILAR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP: 0001, 98

Peso: Altura: 1,60m

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Or: xa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Encaminhado conforme pactuacao.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Enfermeira
COREN 78654

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

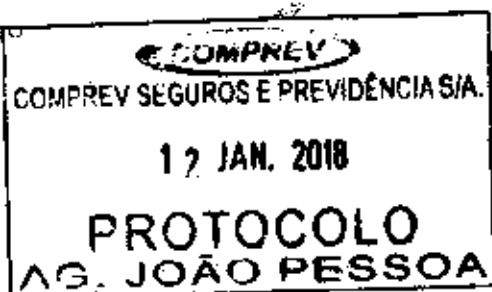
12 JAN. 2018

PROTOCOLO
AO. JOAO PESSOA

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

tõe | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☒ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

LAO22390AC

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: 06/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000026413-6

Nr. da Autenticação 8CE1A2DA185E4304



Fatura Mensal
Número do Cartão: 526965XXXXX3655
Atendimento a Cliente: 40049009
Dentais Localidades: 0800 940909

Vencimento da Fatura 28/10/2017
Total da fatura R\$ 50,00

Pagamento à

R\$ 7,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas de juros e encargos nesta fatura, incidindo sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo de pagamento em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,00.
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

CTO RECIFE PE PLUS

JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor Original	Valor US\$	Crédito/Debit
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR				29
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO				29
	Subtotal Nacional				0

JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655
Movimentações Nacionais
13/10 ANUIDADE OFERECIDA TIT 02/04
Subtotal Nacional

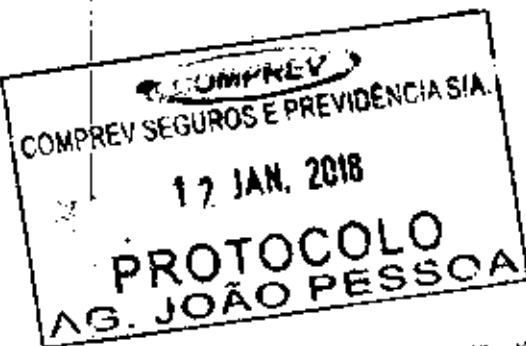
Total Nacional
Total Interacional
Total da Fatura

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível 22276
Pontos a Expirar 1230

Encargos

MULTA 2,00 %
MORSA 1,00 %
ENCARGO 5,03 %



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Silvetomio de Souza Lucenô inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.315.594-69 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Silvetomio de Souza Lucenô inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.315.594-69, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaracao Circular SUSEP 445/12

☒ Recuso informar



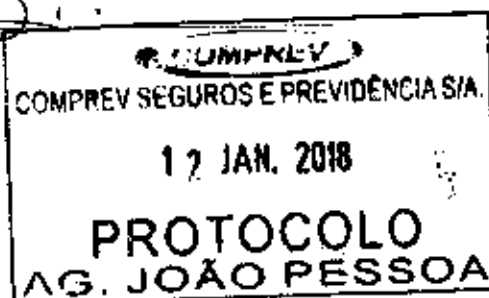
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Jose Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento -
Bairro <u>Alamaria</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-400</u>
E-mail <u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99342-1170</u>

João Pessoa 05 de Janeiro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante





Documentação médica - hospital

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA



Data da Admissão: 22/08/19

Nome: S. T. T. de Sá
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: 2 e 3 de 1000 e 3º PD na 04/10/19

HDA: 13 com 01/10/19 e 3º PD na 04/10/19

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Medicações em uso: Ø

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

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-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Rx Exame 25 3º 100, Rx 25 50 100 Focum

Conduta:

No Bolo Curativo 1/10/10

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Sueltonio de Souza Bentes</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>P</u>	Clinica: <u>Ortopedia</u>	EMP:	LR:
Data: <u>16/8/18</u>	Cirurgião: <u>R. Amado</u>			1º Assistente: <u>Edson de P.</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesiista: <u>F. C. B. R.</u>		Tipo Anestesia: <u>R. G. M.</u>		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>FX Exposto de P. C.</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>10 Mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>FX Cirurgia de</u>					
<u>FX Exposto</u>					
COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 12 JAN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não			Descreva:		
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não			Edson de P. Campos ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8759-CRM-PE 23308		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Sustana da Silva Lucindo				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO	
			DAIOPEDIC	17	181	

DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA
22.08.2017	24.08.2017	03 dias

DIAGNÓSTICO INICIAL	
Amputação Traumatismo 3º dedo do pé D.	

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	

OUTROS DIAGNÓSTICOS	

PRINCIPAIS EXAMES	
Rx pé (D)	

PROCEDIMENTO REALIZADO:	
- Amputação 3º dedo do pé D. com curativo e medicação.	

TERAPIA MEDICAMENTOSA	

ANATOMIA PATOLÓGICA	

INFECÇÃO P.O.	☐ SIM	☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL	☐ SIM	☒ NÃO
---------------	------------------------------	---	--------------------	------------------------------	---

RESULTADO BACTERIOLOGIA	

CONDIÇÕES DE ALTA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO
-------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente admitido com Amputação Traumatismo 3º P.D. com curativo e medicação.	

DIETA:	Leve	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
--------	------	----------------------

REPOUSO:	Relativo em casa por 30 dias.	
	Retorno às atividades sem esforço físico em 45 dias.	
	Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em dias.	

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Limpeza com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
-----------------------------------	---

MEDICAÇÕES PARA CASA:	Uso de analgésico 500mg
-----------------------	-------------------------

RETORNO	Ao posto de saúde em para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do Dr. Renato em 30 dias para revisão.

DATA	22.08.2017	Dr. Lucas P. Basti Neto
		CRM 8498
		ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO	
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

I) DDH + R. gni

II) L.M.C. E / S.F.C. 9. / 10. / 11.

III) Anest. + Ant. Trombo

IV) Debr. de W. p. estern

Incisão:

o # padocutido não apresentando condições de reparação de ferida extensa de 10 cm, Amputação traumática de 10 padocutido direito

Achados:

realizado reparação do cto. Hemostase + Fechamento de ferida com fio 0/1 PDS plano e autolítico + curativo e - 10 dias.

Conduta:

Dr. Rômulo Soares de Castro
033.002833 / 033.002833
CPF: 481.533.594-68

OMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

OBS:

Data:

22/08/18

Eduardo Nobrega Campos
MEDICINA TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 23.888
MEDICO/CRM



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PILAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Frederico de Almeida Idade: 48 Sexo: M
Endereço: Av. ... Telefone p/Contato: ...

Procedência do Paciente: Pilar - PB
Motivo do Encaminhamento: Verificar ...
PA: ... P/s: ... Temperatura: ...

Medicação Realizada:

- a) Delbepodesclvtsy
b) ...
c) ...
d) ...

Histórico Clínico

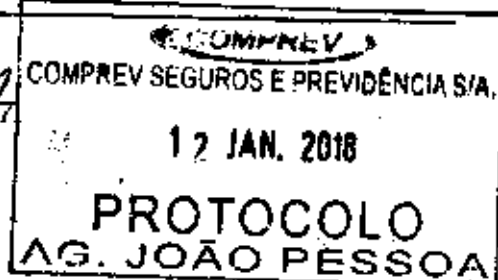
Frederico de Almeida - 02/01/2018
...
...

Pilar - PB, 22.08.2017

[Assinatura]
Ass. do(a) Médico(a) Responsável

Ass. do(a) Médico(a) Responsável

Ass. do(a) Enfermeiro(a) de Plantão





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
A ADMINISTRAÇÃO DO VEÍCULO

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

SOUSA LUCINDO

CPF 3893226 **RG** 687

DTN 110.315.594-69 **DATA DE EMISSÃO** 12/10/1992

PROFISSÃO SEVERINO DO RANHO
 LUCINDO
 MARIA MARGARIDA DE
 SOUSA LUCINDO

SEXO M **ESTADO CIVIL** AD

DATA DE NASCIMENTO 26/05/2019 **DATA DE VALIDADE** 07/11/2014

CPF 05226307313

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1467385509

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA PARAIBA

DATA DE EMISSÃO 07/03/2017

46340616546
98034244557

PARAIBA

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 12 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Documentos de identificação



LEO GONCALVES
 05701485



LEO GONCALVES
 05701485



INSCRIÇÃO: 12578

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOSE EDUARDO DA SILVA
 PLINIAE

JOSEFA GENYASIO DA SILVA
 ANTONIA LOPES

JOAO PESSOA-PB
 027047867

1.054.582 - SSP/PB
 453.526.024-2

MAIORE DE ANOS E CREDO
 02/04/2015

ATAZENHA LOPES
 SUPERVISOR

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 12 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANES

Nº. 013027236422

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 11031559469
CHASSI: 9C2KC08107R061428
MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS
ANO: 2006

SUSTONIO DE SOUZA LUCINDO

NOVO PB 9C2KC08107R061428

11031559469 MOV0268/PB

PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC MASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS

2 P/149 /CI PARTIC PRETA

1 P/149 /CI PARTIC PRETA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 0,00/00/0000

SEM RESERVA DE DOMINIO

PILAR-PB LOCAL DATA 06/03/2017

36633 40533

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

PB Nº 013027236422 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 06/03/2017

1 11031559469 MOV0268/PB

HONDA/CG 150 TITAN KS

2006 9C2KC08107R061428

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00/00/0000

CUSTO TOTAL (R\$) 0,00/00/0000

SEGURADORA LIDER - DPVAT

31/08/2016

40533-0119577-20170306

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
12 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180035110 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA EM 3º PODODÁCTILO

Sequelas permanentes: PERDA ANATÔMICA 3º PODODÁCTILO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: 3º PODODÁCTILO 1005

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

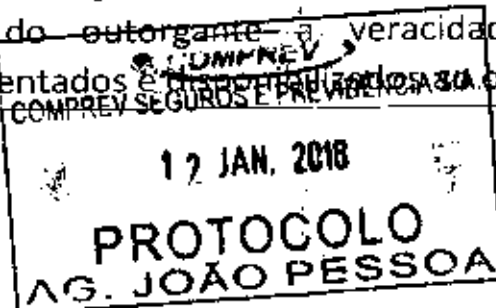


OUTORGANTE:

Suitorio de Souza Lucindo
 brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
perito, CI RG nº 389 1228,
 CPF/MF nº 140315594-69, residente e domiciliado(a) à Rua
hoc Dist Perimatau, sem nº, Distrito Curimatau,
 Cidade de Pilar, Estado
Paraíba, CEP: 58338-000, telefone
83-98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, 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 utilizados pelo outorgado.



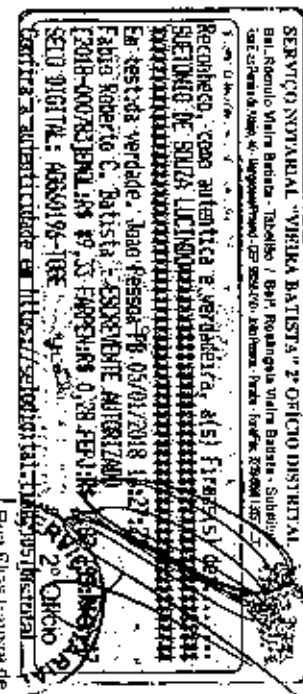
João Pessoa, 05 de Janeiro de 2018.

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

Suitorio de Souza Lucindo

OUTORGANTE



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180035110

Cidade: Pilar

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO

Data do acidente: 22/08/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TERCEIRO PODODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.
AMPUTAÇÃO DO TERCEIRO PODODÁCTILO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL TOTAL DO 3ºDEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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 da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

