

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2017

Carta nº: 11772407

A/C: RICARDO AUGUSTO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170534485 ASL-0379496/17
Vítima: RICARDO AUGUSTO DA SILVA
Data Acidente: 21/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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, 09 de Outubro de 2017

Carta nº: 11783735

A/C: RICARDO AUGUSTO DA SILVA

Sinistro: 3170534485 ASL-0379496/17
Vítima: RICARDO AUGUSTO DA SILVA
Data Acidente: 21/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2017

Carta nº: 11826129

A/C: RICARDO AUGUSTO DA SILVA

Sinistro: 3170534485 ASL-0379496/17
Vítima: RICARDO AUGUSTO DA SILVA
Data Acidente: 21/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta nº: 11897374

A/C: RICARDO AUGUSTO DA SILVA

Sinistro: 3170534485 ASL-0379496/17
Vítima: RICARDO AUGUSTO DA SILVA
Data Acidente: 21/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **RICARDO AUGUSTO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.181,25**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **0000031336-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.181,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170534485 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **RICARDO AUGUSTO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CAPIM DE CHEIRO nº 00 - AREA RURAL - CAAPORA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2129684 - SSP**
Data local do exame: **23/10/2017 GOIANA/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO MAIS LUXAÇÃO ACRÔMIO OMBRO 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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA A FIXAÇÃO DE FRATURA DO MALÉOLO LATERAL NO DIA 26/01/2017 COM USO DE PLACA 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, E NO DIA 28/01/2017 FOI SUBMETIDO A RECONSTRUÇÃO COM REDUÇÃO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR COM USO DE 1 FIO DE KIRSCHNER. RECEBEU ALTA NO DIA 30/02/2017 E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

AO EXAME FÍSICO DO OMBRO DIREITO APRESENTA LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 10°, DOR RESIDUAL NA ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DURANTE A PALPAÇÃO, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO EM 5°.

AO EXAME FÍSICO TORNOZELO ESQUERDO É POSSÍVEL EVIDENCIAR UMA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO PLANTAR EM 15°, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO EM 5°, ALÉM DE AUMENTO DE VOLUME (2+/4+) E A DIMINUIÇÃO DA FORÇA FLEXORA GRAU II.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE OMBRO DIREITO DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO

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 seqüela 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)

OMBRO DIREITO

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO ESQUERDO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - GOIANA, 23/10/2017

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:24411/PE

Diogo Martins Ferreira
Dr. Diogo Martins Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PE / 24411 CRM-PE
TEOT 14530

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PEL



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, RICARDO AUGUSTO DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2-129-684 EXPEDIDO POR SSDS-PA EM 11/03/17
 CPF 02644800478 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO AUXILIAR DE SERVIÇOS
 E RENDA MENSAL DE R\$ meus NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ricardo Augusto da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micrô empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade 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 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) N° da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1033 N° da CONTA (com dígito, se existir) 0031336-4

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.

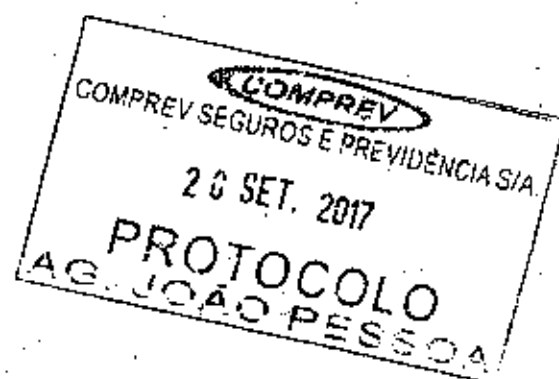
11 de março de 2017
 LOCAL E DATA

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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
 1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
 6ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CAAPORÃ
 Rua Augusto Correia Veloso, 56 – Centro CEP 58.326-000 Tel/Fax: (83) 3286 1402

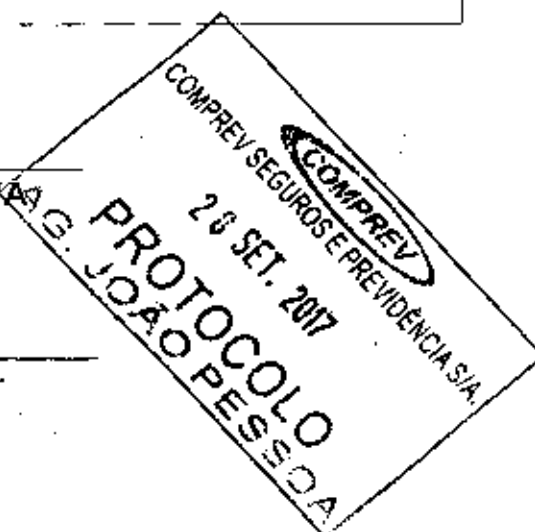

BOLETIM DE OCORRENCIA nº117/2017
Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data do ocorrido: 21/01/2017
Hora e data que a Delegacia tomou conhecimento: ÀS 11H43', do dia 13 de Fevereiro de 2017.
Local do ocorrido: Caaporã/PB
COMUNICANTE:
Nome: RICARDO AUGUSTO SILVA
Nacionalidade: Brasileira
Naturalidade: Caaporã- PB
Idade: 41 anos
Data de nascimento: 05/06/1975
Estado Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade nº: 2.129.684 SSDS/PB
Filiação: Augusto Aureliano da Silva e de Maria José da Silva
Endereço: Sítio Capim de Cheiro de Cima e de Maria José da Silva
Telefone: 83-9-9301-5314
Ponto de Referência: Próximo da Associação dos Trabalhadores

HISTORICO: Afirma o Notificante que no dia 21/01/2017, estava voltando do trabalho e ao atravessar a rodovia, nas proximidades da divisa, um carro de placa QFQ4166 bateu na moto que o notificante conduzia; QUE, o notificante foi socorrido pelo SAMU, e encaminhado para o Trauma em João Pessoa, conforme Laudo anexo; QUE, o notificante conduzia o veículo HONDA CG 125 FAN ES, ANO 2011, MODELO 2011, DE COR PRETA, CHASSI 9C2JC4120BR719656, RENAVAL 330679180 EM NOME DE OZIERES ALMEIDA DOS SANTOS; QUE, o condutor do carro prestou socorro. Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica)



Ricardo Augusto da Silva
RICARDO AUGUSTO DA SILVA
 Notificante

Luiz Xavier da Silva Júnior
Luiz Xavier da Silva Júnior
 Agente de Investigação





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Ricardo Augusto da Silva, portador da
carteira de identidade nº 2.129.689 e inscrito no CPF sob o nº 026.448.014-78
residente e domiciliado na Sítio Capim de Cheiro
zona rural, Cidade Barão,

Estado Pernambuco, 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.

Ricardo Augusto da Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 03

Local e data

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

20 SET. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: 26/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.181,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO AUGUSTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000031336-4

Nr. da Autenticação BE65D1068B8ECA3F3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ricardo Augusto da Silva

RG nº 9.129.684, data de expedição 14/05/2011

Órgão SSDS-PB CPF nº 026.448.014-78, 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:

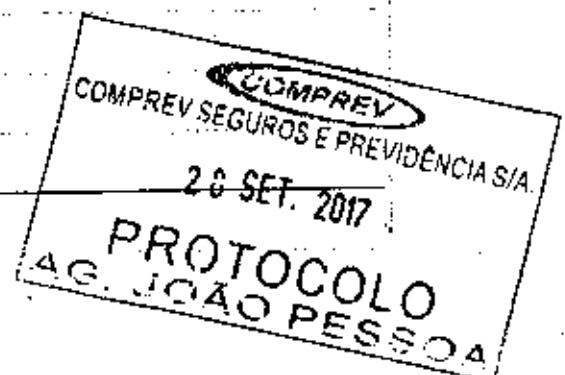
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Capim de Cheiro</u>
Número	<u>514</u>
Aptº / Complemento	<u>area rural</u>
Bairro	
Cidade	<u>Caaporã</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>52326-000</u>
Telefone de contato	<u>83-99342-1170/3512-8500/99105-5363</u>
E-mail	<u>alexandracarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caaporã / PB, 03/03/2017

Ricardo Augusto da Silva

Assinatura do Declarante



RICARDO AUGUSTO DA SILVA
EST. CAPIN DE CHERO, S/N, ÁREA RURAL
CAAPORA/PB CEP 58370000 (A3-18)

Classificação: RURAL/RURAL-RESIDENCIAL MONOFÁSICO B123, Km25 - Onça Preta - Macaíba/PB - CEP: 58711-000
Roteiro 2-18-110-1340 Referência: Jan/2017
Nº medidor: 00008712887 Emissão: 05/01/2017



ENERGISA PARANÁ - DIS - REUNIDORA DE ENERGIA
Onça Preta - Macaíba/PB - CEP: 58711-000
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Ins. em 16.016.823-0

Nota Fiscal: Cota de energia Elétrica: 152,171
Cotação para Débito Automático: 00017018903

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

Conta referente a:

Canal de contato:

Jan / 2017

Apresentação:

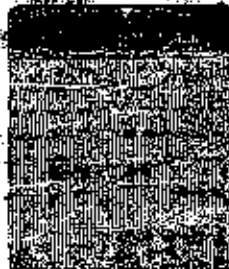
05/01/2017

Data prevista da próxima leitura

02/02/2017

CPF/CNPJ/RANT

2044801478



Atividade: Atividade Constante Consumo: 102,30

Data Leitura: 05/01/2017 Leitura: 1358

Consumo: 102,30

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	102	0,30818 (R\$)	31,43
Suscrição			13,41
ICMS			10,22
PIS			0,87
COFINS			3,16
TOTAL			58,69
Descontos e Serviços			-13,41
Devolução Suscrição			-13,41

Histórico de Consumo (kWh)

Nov/16	87
Out/16	80
Set/16	78
Ago/16	73
Jul/16	84
Jun/16	92
Mai/16	97
Abr/16	88
Mar/16	88
Fev/16	74
Jan/16	65

Média dos últimos meses

66

	BASE DE CÁLCULO	ADQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	64,89	25,00	16,22
PIS	64,89	1,0400	0,67
COFINS	64,89	4,7801	3,10

24a0.bcbf.713e:d674.2c85-5bcb.17a8.4003

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicador	Valor	Limite Inferior	Limite Superior
Q1	0,00	0,00	220
Q2	0,00	0,00	220
Q3	0,00	0,00	220
Q4	0,00	0,00	220
Q5	0,00	0,00	220
Q6	0,00	0,00	220
Q7	0,00	0,00	220
Q8	0,00	0,00	220
Q9	0,00	0,00	220
Q10	0,00	0,00	220

Discriminação	Valor (R\$)	%
Valor de Referência	11,05	23,24
Valor de Referência	12,07	27,11
Valor de Referência	13,09	29,00
Valor de Referência	14,11	30,89
Valor de Referência	15,13	32,78
Valor de Referência	16,15	34,67
Valor de Referência	17,17	36,56
Valor de Referência	18,19	38,45
Valor de Referência	19,21	40,34
Valor de Referência	20,23	42,23
Total	51,82	100,00

Valor de Referência (R\$) 11/2016 R\$ 15,74

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
28 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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.

A² 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 COAF³.

*1 Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização das mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
2 Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.*

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74,

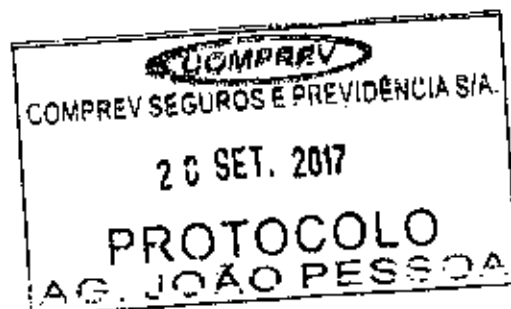
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Ricardo Augusto da Silva do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Ricardo Augusto da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO

Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Uzides Almeida dos SantosRG nº 8072783 data de expedição 18/08/95Órgão SSP/PE portador do CPF nº 100.617.224-61 comdomicílio na cidade de CAAPORÁ no Estado dePernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)SITIO CAPIM DE CHEIRO nº S/Ncomplemento BAIRRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Ricardo Augusto da Silva cujo o condutor eraRicardo Augusto da SilvaVeículo: motoModelo: HONDA CG 125 FANAno: 2011/2011Placa: PEH 5986Chassi: 9C23C4720B2719656Data do Acidente: 21-07-17Local e Data: Caaporá, 03-03-17Uzides Almeida dos Santos

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO SOUSA SOARES - NOTAS, DOC. E PROTESTO
Travessa do Figueir, S/N, Centro, Caaporá-PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) do:
UZIDES ALMEIDA DOS SANTOS
ou fe. Caaporá/PB - 03/03/2017
Escrevente: Hermógenes Bezerra Gomes Filho
Emol R\$ 9,23, FARPEN R\$ 0,27, MP R\$ 0,15, FEPJ R\$ 1,70
Selo Digital: AET26637 XEJ2
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Hermógenes Bezerra Gomes Filho

Assinatura





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 Ricardo Augusto da Silva
DATA DE NASCIMENTO 05/06/75
NOME DA MÃE Maria José da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 797828
DATA DO ATENDIMENTO 30/11/14
HORA DO ATENDIMENTO 19:25
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de zigoma + ferimento em supercílio E.
CID 10 S02.4 S01.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, nega vômitos ou desmaio, apresenta edema em região zigomática E, ferimento crto-contuso em supercílio esquerdo, glasgow 15, sem déficit. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio e face.

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades Neurocirúrgicas. Fratura de zigoma.

TRATAMENTO:

1º atendimento + sutura de ferimento + alta com retorno marcado.

ALTA HOSPITALAR: 30/11/14
DATA DA EMISSÃO: 25/04/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 SET. 2017
PROTOCOLADO
JOSÉ JOÃO PESSOA

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MEDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMO DO TRAUMA

Lesão intra a qual do mês.
 Man Vomitando e dor no
 fêmur distal em região proximal (B)
 lesão costal em fêmur (C) e lesão
 em osso.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☐ Perivas ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

2 - MURMÚRIO VESICULAR

☐ Presente e normal

☐ Rudo

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTE ☐ Presente e normal

☐ Rudo

☐ Diminuído

☐ Ausente

2 - RUÍDOS

☐ Sim

Roncos

Sibilos

Estertores

☐ Não

HTE Roncos

Sibilos

Estertores

PR

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Cianótica

TEMPERATURA DA PELE ☐ Normal ☐ Fria

PULSO ☐ Normal ☐ Ausente

☐ Frio ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RITMO

BULHAS

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

☐ Normal ☐ Anormais

☐ Hipotônicas ☐ Ausente

☐ Presente ☐ Ausente

SOPRO

BÉ GUB

☐ Sim ☐ Não

FC: ☐ bpm PA: ☐ X mmHg T: ☐ °C

ECG:

ABDOMEN:

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotoreagente

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença ☐ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (≤4 anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Spontânea	Consciente / Palavras apropriadas, sociais socializa e segue objetos	Obedece aos comandos
À solicitação verbal	3	4
À estímulo físico	2	3
Nenhuma	1	2
		1
TOTAL	15	

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado

- 1 Abrasão
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Contusão
- 6 Dp
- 7 Escoriação
- 8 Empelamento
- 9 Erisema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de fogo
- 14 F. Contuso
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corto-Contuso
- 17 F. Perfuro-Contuso
- 18 F. Perfuro-Cortante

- 19 Fratura Óssea Fechada
- 20 Fratura Óssea Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Injuriamento Nervoso
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tundinha
- 25 Luxação
- 26 Mordecura
- 27 Movimento forçado paradoxo
- 28 Objeto Encaixado
- 29 Otorragia
- 30 Parálise
- 31 Parestia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinais de Isquemia
- 36

OBS:

QUEIMADURA

Superfície corporal lesada (regre da palma%)

% Grau de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☐ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☒ Tomografia computadorizada

- ☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1	TC de Abdom e Tórax - Alta da An. gl.		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de

Solicito parecer de

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Família☐ IML☐ Desistência☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
30/09/14	21:30	8 ANOS
		PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE MOTORIELO TIPO RÁPIDO, NEGA VÔMITO E FRACASSO, SEM CAPRIZ, RECOLHIDA NO.
		APRESENTA MOVIMENTOS OCULARES PE- SERVADOS, NEGA DIPLOPIA, AUSÊNCIA DE EPISTAXE, NÍVEL DE ABERTURA OC- UL, NELA NA OCCLUSÃO.
		APRESENTA FERIDA EM REGIÃO FIGON- TICA (E) NO LADO CLÍNICO A FERIDA TOPOGRÁFICA OBSERVA-SE FRATURA E- FIGON (E), FOLHA EM SUPER CÍLIO (E)
		HD: (E) FERIDA EM SUPER CÍLIO (E) (E) FRATURA E FIGON (E)
		OP: (E) ALVARO LIGA DI LIGAMEN- TO
		(E) INTERCAMBIO HOS. ALTA PES RENAISS ESPECIALIDADES (SUSPENSO)
		(E) REALIZADA SUTURA
		(E) ALTA COM RETORNO.

ALVARO LIGAMEN ALVARO
CRUZ VERMELHA BRASILEIRA
CRO-PR 4072

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 0660/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 923560 e Prontuário Nº 2017.01.0017 pertencentes a **RICARDO AUGUSTO DA SILVA** que foi atendido dia 21/01/2017 09h20min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo e ombro direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura tornozelo esquerdo e LAC de ombro direito. Indicado tratamento cirúrgico que realizado dia 26/01/2017. Alta dia 28/01/2017.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de maio de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Drenagem:

Posição a DDH

Incisão:

Achados:

Conduta:

Redução aberta de fratura do malleolo lateral e fixação com placas e parafusos. Redução aberta de fratura do malleolo medial e fixação com parafusos. Lavagem com SF 0,9%. Sutura por placas. Limpeza. Curativos.

Refeimento:

Reduções do antebraço. Imobilização.

Data: 20/01/17

Dr. Daniel B. Cavalcante
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 3249



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
CONDOMÍNIO VILA DO SOL

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

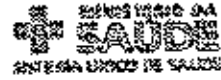
Nome: Deodoro Augusto do Rê Data da Admissão: 21/09/17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: P M: () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____
OPD: Derivação para
HDA: Do Estado de Pernambuco para o Estado de Pernambuco
Estado de Pernambuco

Medicações em uso: _____

Interferência de medicamentos:

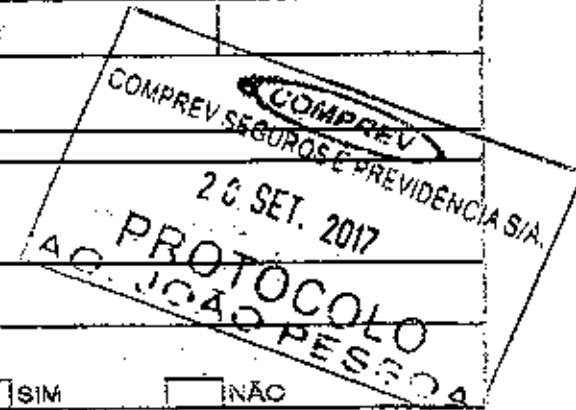
Exames: Exames de laboratório e exames de imagem





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>ALVES AUGUSTO DO SILVA</u>				PRONTUÁRIO Nº	
SEXO: <u>M</u>	IDADE: <u>4</u>	COR: <u></u>	CLÍNICA: <u></u>	EMP: <u></u>	LEITO: <u></u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>02/02/17</u>		DATA DE ALTA: <u>02/02/17</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u></u>	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>AR</u>				CID: <u></u>	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: <u>C. Mucosa</u>					
DIAGNÓSTICO TERCIÁRIO: <u>ex. TNZ</u>					
TRATAMENTO: <u>Rx + Exame físico</u>					
ACREDITAMENTO AB/2015: <u>AS curado</u>					
TERCEIRO DIAGNÓSTICO: <u>Exame físico</u>					
MOTIVOS DE INTERNAÇÃO: <u></u>					
RESOLUÇÃO DO: ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL: ☐ SIM ☐ NÃO			
RESULTADO EXATOLÓGICO: <u></u>					
CONDICIONAMENTO: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					



RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA EVOLUÇÃO CLÍNICA COMPLETA DE
paciente, em um de menor esforço
na evolução de

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Ex. físico

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

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: 1. PAINEL de

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

02 02/17

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

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

Dr. aviso



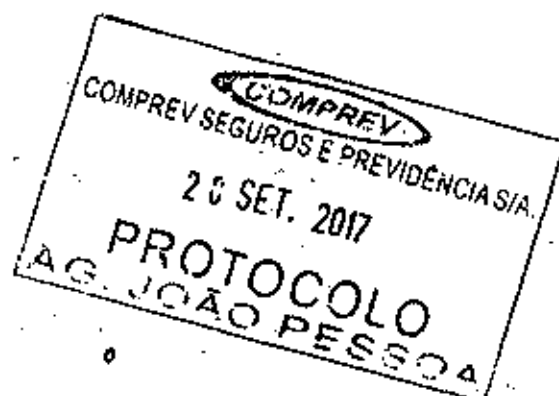
SISTEMA UNICO DE SAUDE

20312665622 0009 1

RICARDO ALGUSTO SILVA

05/06/1975

Documentos de identificação



SECRETARIA ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAUDE
MINISTERIO DA SAUDE

VALIA LEM 1000 O TERMO NACIONAL

REGISTRO 2.129.684 - 2 VIA. EXIBIDOR DATA 14/05/2011

NOME RICARDO AUGUSTO DA SILVA

PAI/AO AUGUSTO AURELIANO DA SILVA

MARIA JOSE DA SILVA

IDENTIFICACAO

CMAPORA-PB

BOO ORCULA

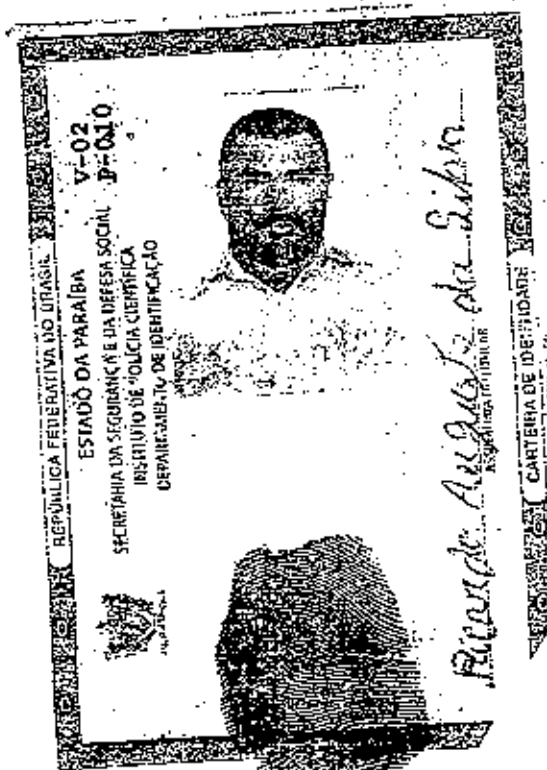
NASC.N.1584 FLE 09 LIV.03

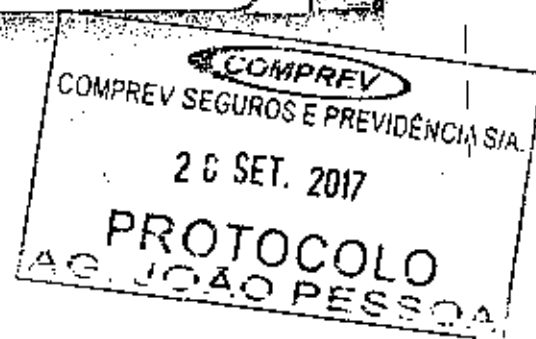
CARTORIO CMAPORA-PB

026.448.014-78

DATA DE NASCIMENTO 05/06/1975

ASSOCIADA DO REGISTRO





Ordem dos Advogados do Brasil
Conselho Seccional
da Paraíba

Relatório
14438
Moto
ALEXANDRE CESAR DUARTE

Verbo
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Assinatura
RIO DE JANEIRO RJ
Recebido em
BRASILIA-DF
Data do Recebimento
21/05/98
Data da Expediente do OAB
17/05/2009

Data do Decreto de Grevé
30/07/2007
Data da Expediente
13/08/2009

JOSE MARCIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros

31 de 01
DPVAT**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0379496/17

Vítima: RICARDO AUGUSTO DA SILVA

CPF: 026.448.014-78

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/01/2017

Titular do CPF: RICARDO AUGUSTO DA SILVA

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
Outros

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

RICARDO AUGUSTO DA SILVA : 026.448.014-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/09/2017
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF/CNPJ: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170534485 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO AUGUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMA, FRATURA DE PERNA E TORNOZELO ESQUERDO, LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA E FERIMENTO CORTO CONTUSO EM SUPERCÍLIO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170534485 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO AUGUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMA, FRATURA DE PERNA E TORNOZELO ESQUERDO, LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA E FERIMENTO CORTO CONTUSO EM SUPERCÍLIO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Ricardo Augusto da Silva
 brasileiro(a), estado civil casado, profissão Agricultor
 CI RG nº 2129684
 CPF/MF nº 026448014-78, residente e domiciliado(a) à Rua Sítio Capim de Chano
 Cidade de Caapora, Estado Paraíba, CEP: 58326-000, telefone 83-99342-1170, 83-3512-8500

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

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar 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.

20 de 03 de março de 20 17

Ricardo Augusto da Silva

OUTORGANTE



2017/09/20

COMPREV 2017 03/03/2017 03/03/2017 03/03/2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
20 SET. 2017
PROTOCOLO
REGISTRO PESSOA



CARTÓRIO SOUSA SOARES - NOTAS, DOC. E PROTESTO
Travessa do Fórum, S/N, Centro, Caaporá - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
RICARDO AUGUSTO DA SILVA
Ddu fe. Caaporá/PB - 03/03/2017
Escrevente: Hermógenes Bezerra Gomes Filho
Emol RS 9,23, FARPEN RS 0,27, MP RS 0,16, FEPI RS 1,70
Belo Digital: AET26638-GHST
Acesse o site <https://selodigital.fjpb.jus.br>

Hermógenes Bezerra Gomes Filho
Escrevente



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Ricardo Augusto da Silva
 brasileiro(a), estado civil casado profissão Agricultor
 CI RG nº 2129684
 CPF/MF nº 026448014-78, residente e domiciliado(a) à Rua
Sítio Capim de Chão
 Cidade de Caapora Estado Paraíba
 CEP: 58326-000 telefone 83-99342-1170 83-3512-8500

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

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar 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 03 de março de 2017

Ricardo Augusto da Silva
 OUTORGANTE



2017/09/20

COMPREV 2017 03/03/2017 03/03/2017 03/03/2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
20 SET. 2017
PROTOCOLO
REGISTRO PESSOA



CARTÓRIO SOUSA SOARES - NOTAS, DOC. E PROTESTO
Travessa do Fórum, S/N, Centro, Caaporá - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
RICARDO AUGUSTO DA SILVA
Ddu fe. Caaporá/PB - 03/03/2017
Escrivente: Hermógenes Bezerra Gomes Filho
Emol RS 9,23, FARPEN RS 0,27, MP RS 0,16, FEPJ RS 1,70
Belo Digital: AET26638-GHST
Acesse o site <https://selodigital.fjpb.jus.br>

Hermógenes Bezerra Gomes Filho
Escrivente

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170534485 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO AUGUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO MAIS LUXAÇÃO ACRÔMIO OMBRO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE OMBRO DIREITO;
DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA A FIXAÇÃO DE FRATURA DO MALÉOLO LATERAL NO DIA 26/01/2017 COM USO DE PLACA 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, E NO DIA 28/01/2017 FOI SUBMETIDO A RECONSTRUÇÃO COM REDUÇÃO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR COM USO DE 1 FIO DE KIRSCHNER. RECEBEU ALTA NO DIA 30/02/2017 E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
AO EXAME FÍSICO DO OMBRO DIREITO APRESENTA LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 10°, DOR RESIDUAL NA ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DURANTE A PALPAÇÃO, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO EM 5°. AO EXAME FÍSICO TORNOZELO ESQUERDO É POSSÍVEL EVIDENCIAR UMA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO PLANTAR EM 15°, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO EM 5°, ALÉM DE AUMENTO DE VOLUME (2 / 4) E A DIMINUIÇÃO DA FORÇA FLEXORA GRAU II.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com seqüela

Data da perícia: 23/10/2017

Conduta mantida:

Observações: * MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: TIAGO MARTINS FORMIGA

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

