

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180067218

Vitima: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 11/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180067218**.

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 12361587



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180067218
Vítima: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 11/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

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 3180067218** 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, 28 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12443168

A/C: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180067218
Vítima: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 11/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

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: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000035989-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 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



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

029.498.884-02

Nome completo da vítima

ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO		CPF titular da conta 029.498.884-02		Profissão NOTATAXISTA
Endereço RUA PROJETADA		Número S/N	Complemento CASA	
Bairro JACUMA	Cidade CONDE	Estado PI	CEP 58.322-000	
Email balvinohe@hotmail.com			Telefone (DDD) (31) 98721-5834	

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)
 ☐ ITAU (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO.
3487

D/V

CONTA

NRO.
35.983

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

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.

Assinatura **30 de Janeiro** de **2017**
Local e Data

Assinatura **ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO**
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Sem título

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 22/01/2018

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO

| MOVTO. E SALDO DO DIA

PAG: 001 / 001

AG: 3487 - BAIRRO DE MANGABEIRA

OPER: 013

CONTA: 35.989-0

NOME: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.: 0,00

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL: 0,00

BLOQUEADO: 0,00

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG.
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES

TEX157D4
F12 FINALIZAR

ELIEQUIA NEIRA RAUJO
Assessoria de Atendimento e Negócios
Mat. 127.164-2
AG Bairro de Mangabeira / PB
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CONFECIONADO
01 FEV 2018
Centro Seguradora S/A
Av. das Américas, 1150 - 5
Rio de Janeiro - RJ 22250-000



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA
Nº: 1130/2017

Aos quatro (dias) de Agosto de , nesta cidade, na delegacia do Conde -PB, onde presente encontrava o(a) Exmo(a) **HECTOR NUNES AEVEDO**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de seu cargo, por volta das 10h:25min;

COMUNICANTE: Elias Joaquim do Nascimento
CPF: 029.498.884-02 **RG:** 2192661SSP/PB
NACIONALIDADE: brasileira, **NATURALIDADE:** Conde /PB
ESTADO CIVIL: Casado
DATA DE NASCIMENTO: 07/01/1976
FILIAÇÃO: Joaquim Valentino do Nascimento e de Maria Augusto Moreira do Nascimento
ENDEREÇO: Rua projetada, s/n conj. Ademário Regis, Conde / PB.
PONTO DE REFERÊNCIA: prox. A serralha do irmão Daniel
TELEFONES: (83) 98736-0627

OCORRÊNCIA: Afirma o notificante que: vinha na principal de Jacumã com sua moto placa QFA 6791/PB, CHASSI 9C6KGO650F0034231, No dia 11/08/2017, por volta das 15:00 prox. Ao primeiro posto de gasolina, indo para João pessoa quando uma moto atravessou na sua frente ocasionando a colisão. Quebrando toda a frente da motocicleta. O notificante foi levando pelo Samu para o complexo hospitalar de Mangabeira conforme laudo médico. Por este motivo compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para registrar Boletim de Ocorrência.

Ciente das sanções Cíveis e criminais as quais estará sujeito caso o quanto aqui declarou não porte estritamente a verdade. Era o que tinha a Registrar.

Conde, 4 de setembro de 2017.

Notificante: Elias Joaquim do Nascimento

Ivan da Silva Paula Junior
Policial civil: Ivan da Silva Paula Junior
Mat. 182.276-4





CERTIDÃO

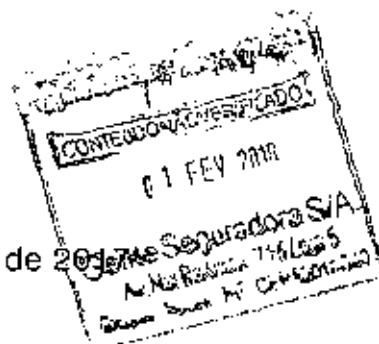
Nº. 1520/2017

Atendendo solicitação de **ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº52161 e Prontuário Nº 2017.08.001720 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 11/08/2017 às 21H39min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/08/2017 com alta médica dia 20/08/2017.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 16 de outubro de 2017




Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BORTY.
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1280
FAX: () - CNPJ: -

Ficha Nr: 52161 Atd: Nac: ☒ Ad:
Data: 11/08/2017
Hora: 21:39:06
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2192961 Fone: 987360627 Num. Prontuario: 2017.08.001720
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 07/01/1976 Id: 41 ano(s)
End.: RUA/ PROJETADA, 0
Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB
Mae: MARIA AUGUSTO MOREIRA DO NASCIMENTO Pai: JOAQUIM VALENTINO DO NASCIMENTO
Raca: PARDa Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIALIZACAO Escolaridade: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: ESPOSA/ ROSILENE
Tel. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: ED
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA QUEDA DE MOTO RJ AS

Vitima de violencia por: 16:00, EM JACUMA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: PR:
SC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: Q28:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

Deficiência no punho (C)

Talyta Confessor
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 771.333

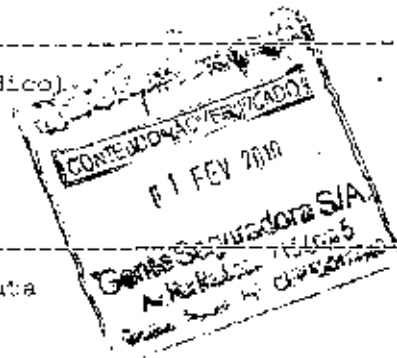
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

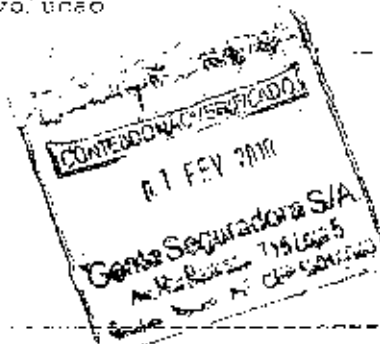
Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

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

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: 21/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000035989-0

Nr. da Autenticação EDFBB4A86FE9D9DE

**ROSSANA**CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOiFATURA DE
JAN/2018
CÓDIGO MINHA OI
40176979229-VENCIMENTO
02/02/2018
Emissão em 15/01/2018
Período de 13/12/2017 a 13/01/2018PAGAR (R\$)
454,89CTC CORREIOS
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
JOAQUIM NABUCO 200
TIMBO
53520-170 - ABREU E LIMA - PE

7200039896 00000 00000000000 10 150118

**RECEBA ESTA
CONTA DO
JEITO MAIS
PRÁTICO.****MUDE PARA A CONTA ORÇUNÍ.**
É assim que falar a Oi chega ao lugar
Cadastrado de 01/01/2018 15:00:00

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI TOTAL 240,89**OI MÓVEL**

+ Pacotes Adicionais do Móvel 39,00

**OI FIXO****OI INTERNET****OI TV**

+ Pacote Adicionais de TV 0,00

TOTAL DE MENSALIDADES 279,89

Além disso, você...

realizou chamadas de longa distância 149,30

utilizou outros serviços Oi 19,90

SUBTOTAL 449,09

Multa e juros 5,80

TOTAL DA SUA FATURA 454,89

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

CPF: 884.647.684-00

NÚMERO DO CLIENTE: 2808978559

NÚMERO DA FATURA: 876758438

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 40176979229-

**CÓDIGO MINHA OI
40176979229-**www.oi.com.br/MinhaOiCadastre-se na Minha Oi e consulte saldo,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.**ENTENDA SEU CONSUMO**

O valor da sua fatura nos últimos meses

Jan 2018	454,89
Dez 2017	289,51
Nov 2017	180,58

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata die, Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTASFATURA DE
JAN/2018VENCIMENTO
02/02/2018VALOR
454,89

DÉBITO AUTOMÁTICO

40176979229-

OI MÓVEL S.A.

84680000004-0 54890113280-1 89785590875-1 75643800000-9S: SBC - Comercial Norte S/N - Apto Norte
Brasília - DF CEP: 70715-900
CNPJ: 05.423.082/0001-11
Inscrição Estadual: 07.441.358/010-02
Inscrição Municipal:



Seguradora
LÍDE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM CIRCULAR SUSEP 445/12



Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para 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/BIBLIOTECASWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.498.884-02 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.498.884-02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número	200	Complemento	CASA
Bairro	TIMBÓ	Cidade	ABREU E LIMA	Estado	PE	
Email: balbinospe@hotmail.com				Telefone Comercial (DDD)	(81) 3538.0069	
				Telefone celular (DDD)	(81) 98721.5834	

Abreu e Lima/PE 30 de Janeiro de 2013

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Elas Joaze de Almeida Data da Admissão: / /
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: Dor e febre (E)

HDA: Recebendo atendimento de enfermagem de

unidade pediátrica do setor

de internação (E) e febre (E) (E) (E)

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ []HTP
[]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: _____

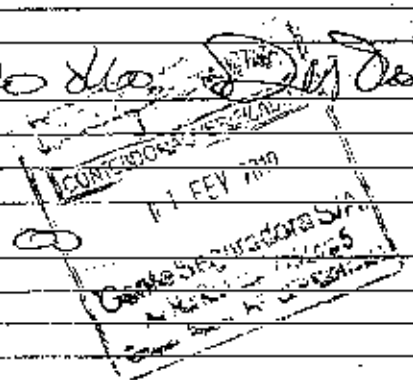
Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Prostata de Doença

Conduta:

Doença crônica





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Elias Hoagui</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR: <u>Thales Sampaio</u>
Data: <u>18/08/17</u>	Cirurgião: <u>Drs Alexandre Nishime</u>			1º Assistente: <u>Drs Elias</u>	
2º Assistente: <u>Drs Elias</u>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura radio distal (E)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Redução aberta e fixação interna com placa em T 3x4</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: - Dti sob toalha estéril
- assépsia p Antimelina
- Alargamento de conduto

Incisão:

Achados:

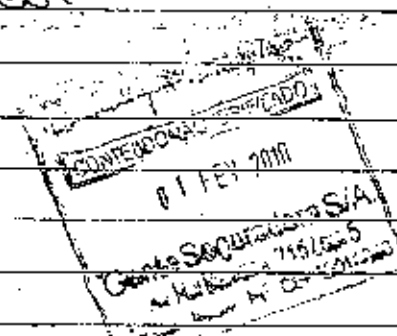
Conduta: - Redução aberta e fixação interna
com placa em T, 3x4, com colocação
de 04 parafusos
- Fechamento por planos
- Drenagem por Pleurostomia
- Retirada de gesso de
- Curativo
- Radiog de controle
- Alta 04h da Manhã

Fechamento:

OBS:

Data:

18/08/17



Dr. Aurélio de Sá Pinto
CRM: 97840/O

MÉDICO/CRM



REPUBLICA DE PARAGUAY
GOBIERNO NACIONAL
MINISTERIO DEL INTERIOR
DIRECCIÓN NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

IDENTIFICACIÓN NACIONAL

1467322396

VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

JOSE JOAQUIN DO NASCIMENTO

21/12/1981

029 938 094-02

JOAQUIN VALENTINO DO NASCIMENTO

07/11/2006

10/02/2022

16/07/2017

PARAIBÁ

FORMADO PLASTIFICAR

GOBIERNO NACIONAL
MINISTERIO DEL INTERIOR
DIRECCIÓN NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

01 FEB 2018

PARAIBÁ



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 029.498.884-02

Nome: **ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO**

Data de Nascimento: 07/01/1976

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 31/10/1996

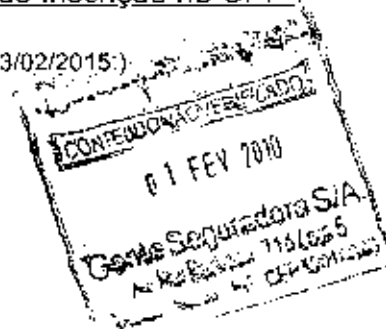
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 20:14:40 do dia 29/01/2018 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 861F.605D.A917.35DE



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Documentos de identificação
0013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE JUSTIÇA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JAVIERES BORGES

EC-3

1. REGISTRO

2. FOTOGRAFIA

3. ASSINATURA

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986

DATA DE EXPIRAÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>

<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB

DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

DOC. ORIGEM << CC 26745 L47B P68 CART SEDE >>

CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.148 DE 29/08/63

F-76 88.077 - 3422

317082661805134701.7453785

CONTEÚDO VERIFICADO

11 FEV 2018

Centro Secundária S/A

1400-5

11 de Fevereiro

[illegible]

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180067218 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 11/08/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO (1/3 DISTAL ESQ)

Descrição do exame médico pericial: Paciente tem incisão longitudinal na região volar do punho ESQ., +/- 08 cm. Tem diminuição da ADM do punho ESQ (operado) em comparação com o DIR. Não há presença de atrofia distal ao foco abordado cirurgicamente, não há edema por estase.

Resultados terapêuticos: Paciente foi submetido a cirurgia com implante de placa + parafusos na região volar do rádio ESQ (1/3 distal). Já realizou as sessões de fisioterapia recomendadas, e no momento está de alta médica. Tem déficit a ADM de movimento do punho ESQ. ADM punho DIR (não afetado): flexão = 67º/ extensão = 67º. ADM punho ESQ (operado): flexão = 45º/ extensão = 58º.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Não portava exames de imagem, dados obtidos a partir do prontuário médico. Indenização em grau leve do punho devido a redução da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Jocemir Paulino da Silva Junior

CRM do médico: 6979

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**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): **ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO** Sinistro: **3180067218** Data: **11/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA, s/n - JACUMA - Conde - PB - CEP 58322-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **2192961**

Data local do exame: [**19/02/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA RÁDIO (1/3 DISTAL ESQ). Pct tem incisão longitudinal na região volar do punho ESQ., +/- 08 cm. Tem diminuição da ADM do punho ESQ (operado) em comparação com o DIR. Valores abaixo. Não há presença de atrofia distal ao foco abordado cirurgicamente, não há edema por estase.**

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.

Pct foi submetido a cirurgia com implante de placa + parafusos na região volar do rádio ESQ (1/3 distal). Já realizou as SS de fisioterapia recomendadas, e no momento está de alta médica. Tem déficit a ADM de movimento do punho ESQ. ADM punho DIR (não afetado): flexão = 45°/ extensão = 67°. ADM punho ESQ (operado): flexão = 67°/ extensão = 58°. Perda da flexão quantificada em 43%.

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.

Diminuição da ADM do punho ESQ em comparação com o contra-lateral.

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
PUNHO ESQ

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Não portava exames de imagem, dados obtidos a partir do prontuário médico.

PROCURAÇÃO PARTICULAR



BENEFICIÁRIO/VITÍMA:

Nome: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO

Profissão: MOTOTAXISTA

Identidade: 2.192.961 CPF: 029.498.884-02

Endereço: RUA PROSTENA S/Nº JACUMÁ - CONDE - PB
CEP. 58.322-000.

PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

Endereço: Av. Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa PB, 15/01/2018

Local e data

Elias Joaquim do Nascimento

CARTÓRIO
VERABATISTA

Assinatura do Beneficiário/Vítima

(Reconhecer firma por autenticidade)

