
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

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.seguradoraslider.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 n°: 12443168

A/C: 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

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%

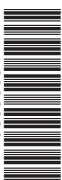
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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.seguradoraslider.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 KOTOKA SISTEMA
Endereço RUA PROJETADA	Número S/N	Complemento CASA	
Bairro SACUMA	Cidade CONDE	Estado PB	CEP 58.322-000
Email valvivio.net@hotmail.com	(81) 98721-5834	Telefone (DDD) 81-3538-0063	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3487	D/V 	CONTA NRO. 35.989	D/V 0
--------------------------------	-----------------	--------------------------------	-----------------

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	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 Lider 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.

Abreu e Lima, 30 de Janeiro de 2012

Local e Data

X Elias Joaquim do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO | MOVTO. E SALDO DO DIA
AG: 3487 - BAIRRO DE MANGABEIRA OPER: 013 PAG: 001 / 001
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. TEX157D4
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR

ELIEDSON NEVES ARAÚJO
Assistente Administrativo e Negócios
Mat. 127/1547 - BAIRRO DE MANGABEIRA / PB
AG. BAIRRO DE MANGABEIRA / PB
CAIXA ECONOMICA FEDERAL





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA
Nº: 1130/2017

Aos quatro (04) 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 serraria 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 Civis 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 Júnior

Mat. 182.276-4

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

Elias Joaquim do Nascimento

CPF da Vítima

029.498.884-02

Data do Acidente

11/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

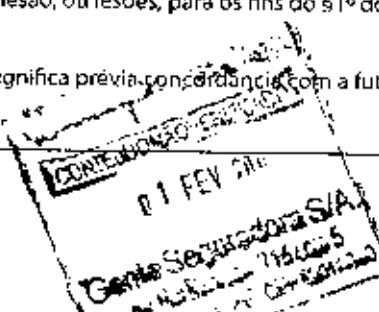
- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Abne Luiz / 26/30 de Janeiro

Local e Data



Elias Joaquim do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



29 -

CERTIDÃO

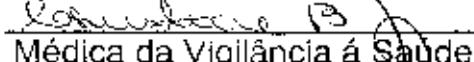
Nº. 1520/2017

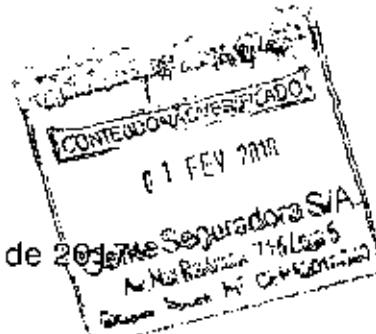
Atendendo solicitação de **ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº52161 e Prontuário Nº 2017.08.001720 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 16 de outubro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PRÉFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
RUA: AGENCIA FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1280
FAX: () - CNPJ: ()

Ficha Nr: 52161

Atd: Nac

Data: 11/08/2017

Hora: 21:39:06

Recepção: GIULIANA DE MENEZES DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO

Num. Frontuário: 2017.08.001720

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2192961 Fone: 987360627

Natural: JOÃO PESSOA/PB Data Nasc.: 07/01/1976 Id: 41 ano(s)

End.: RUA/ PROJETADA, 0

Bairro: JACUMA Cidade: CONDA 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 ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA/ ROSILENE

Tel.: () . Resposavel: 0 / SEM DOCUMENTO, SD.

Pré-dencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA QUEDA DE MOTO RJ AS

Vitima de violência por: 16:00, EM JACUMA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

■ Tipo de Classificação de Risco:

PA: PR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemie: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

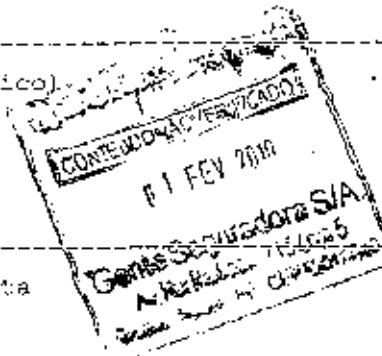
Quinta Principal

[] Vomito
Observacao

Talyta Conessor
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 771.333

Defeito/dade no pulmão

Historia - Exame Fisico - (horas do atendimento medico)



Diagnóstico

| Conduta

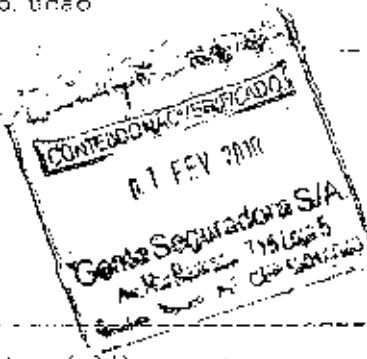
Prescrição

| Horário da medicacão

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermeira

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO FACIONTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

D Rosilean Perline martin

Assinatura do Paciente/Responsável

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

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/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 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	CONTEÚDO 11/11/2016	Número	200	Complemento	CASA
Bairro	TIMBÓ	Cidade	PE	Estado	CEP	53520170
Email:	balbinospe@hotmail.com	Telefone Comercial (DDD)	(81) 3538.0069	Telefone celular (DDD)	(81) 98721.5834	

Abreu e Lima/PE, 30 de Janeiro de 2018
Rossana Ligia Fernandes
 Assinatura do Declarante



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Elias Jocoge do Rosário 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: Sei que é falso (E)
HDA: Doente com dor de cabeça do lado esquerdo p/ ele
O dor no lado esquerdo é forte (E) o lado direito

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Rág em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Ictericia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaleia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectorção [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria
[] Mal Cheiro [] Cerrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rígidez pós-reposo [] 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:

Doencias Anteriores: _____

Alergias:

Cirurgias: _____ [] HTP

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

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:

Conducta



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Elios 2009 J. M.</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data <u>18/08/17</u>	Cirurgião: <u>Drs Alexandre Nishime</u>	1º Assistente: <u>Dra. Sá</u>			<u>Dra. Sá</u>
2º Assistente: <u>Dra. Driess</u>	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I: _____ T: _____			

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<u>Fratura radio distal C E</u>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>O membro</u>	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<u>Reducao aberta e fixada</u> <u>infarto com flase em T</u> <u>3x6,</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	Descreva:
	<input type="checkbox"/> Não	
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensiva Residência Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: - DDA sob roteiro endovenoso
- Aspirina & Antitrombolina
- Abertura de catéteres

Incisão:

Achados:

Conduta:

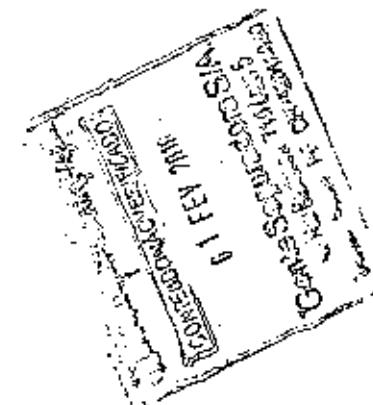
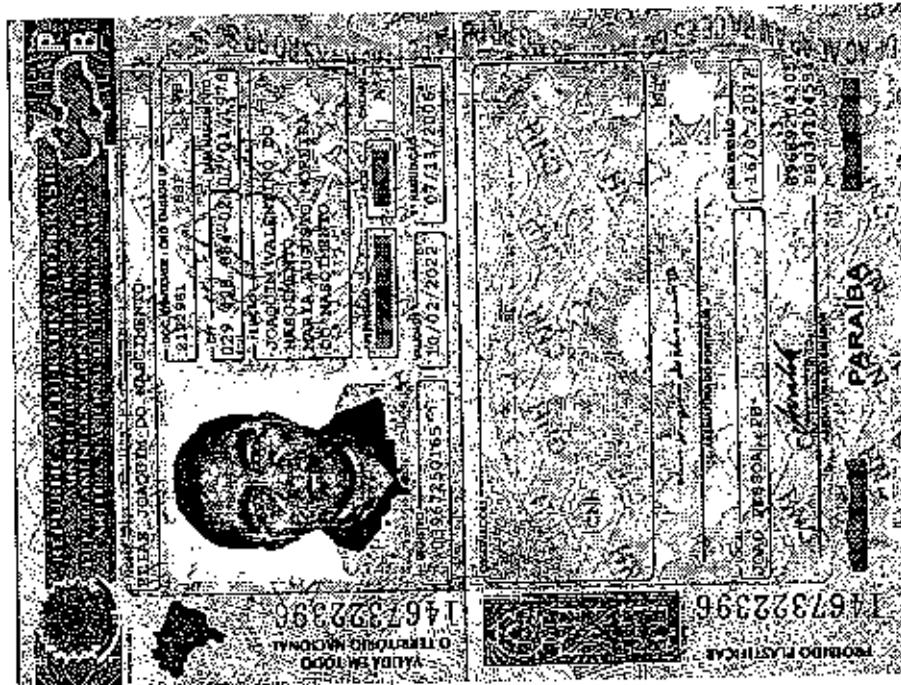
- Reduplicação e dilatação linfo-vascular com placas nas T₁, 3x4 cm colossais de obstruções.
- Fechamento por planos
- Revisão da hemostasia
- Retirada de gênero
- Curativo
- Radiografia de controle
- Tela Axilar Polimérica

Fechamento:

OBS:

Data: 18/08/17

MÉDICO/CRM





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

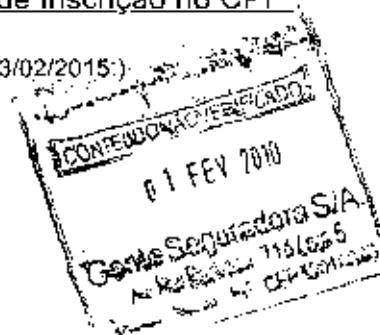
Dígito Verificador: **00**

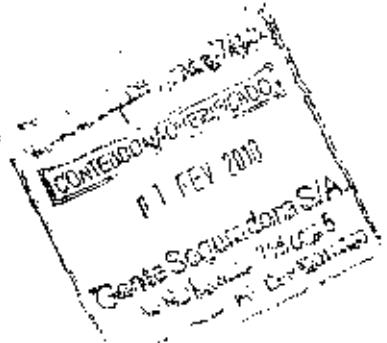
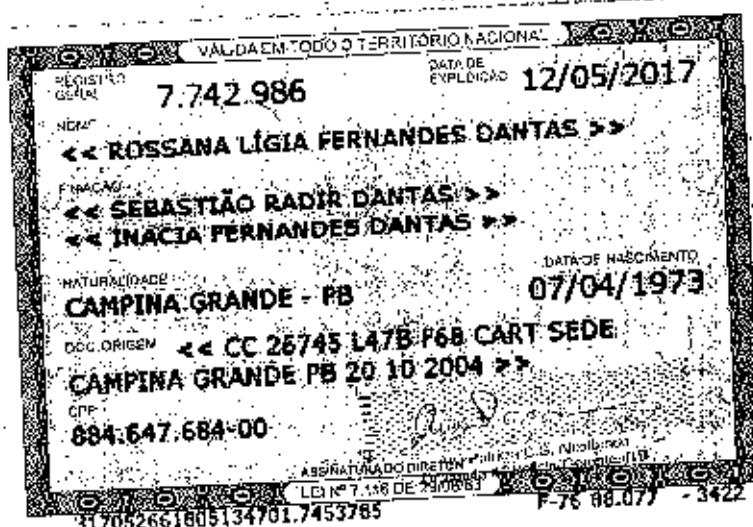
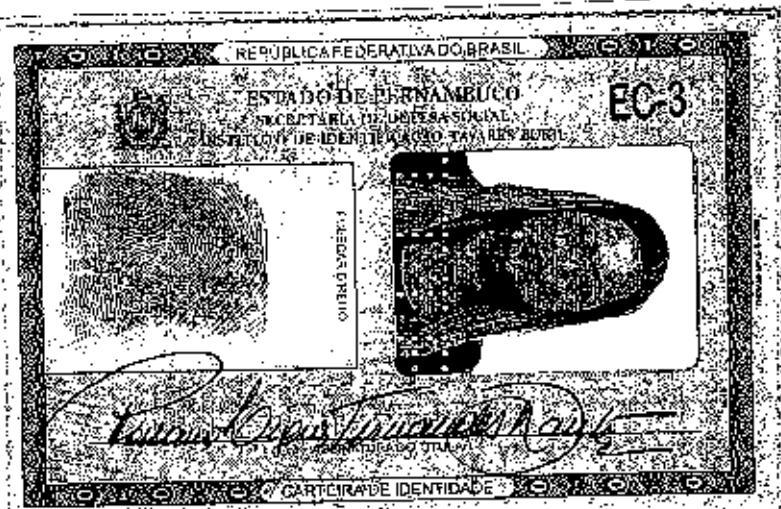
Comprovante emitido às: **20:14:40** do dia **29/01/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **861F.605D.A917.35DE**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DPVAT

L	DETRAN - PB	Nº 013027102450		
A	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
C	PLACA: PRV-2017-000087604 - EXERCÍCIO			
R	DATA: 01/01/2017			
E	NOME:			
O	ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO			
D	D.P.F / CNPJ: 02949888402			
I	PLACA: OFA6791/PB			
9	PLACA ANT / UF:	CHASSI:		
5	NOVO	PB 9C6KG0650F0034231		
4	ESPECIE / TIPO:	COMBUSTIVEL:		
3	MOTOCICLETA / NÃO AUTOMATICO / ALCO/GASOL			
1	MAHUA / MODELO:	ANO: 2015 / 2015		
9	YAMAHA / YS150 FAZER SED			
5	KM / POT / CIL:	CATEGORIA:		
4	2 P / 149 / CI	PARTIC.		
3	COTA ÚNICA:	VENC. COTA ÚNICA:		
1		00/00/0000		
9	FAIXA IPVA:	PARCELAMENTO / COTAS:		
5	A*****	0		
4	PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$):	ICF (R\$):	PRÉMIO TOTAL (R\$):	DATA DE PAGAMENTO:
3	*****	*****	*****	07/02/2017
1	OBSERVAÇÕES:			
9	SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
5	CONDE - PB	LOCAL:	DATA:	
4	36994		07/02/2017	
3	36730			

PB Nº 013027102456		DUF -0007-	AT
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
		EXERCÍCIO / DATA EMISSÃO 2017 - 07/02/2017	
VIA	CPP / CNPJ	PLACA	
1	02949888402	07A5791 / SP	
REF/ANM	MARCA / MODELO		
01077836225	YAMAHA / Y6150 FAZER SED		
ANO FAB / FOLHA	Nº CHASSI		
2015	9	9C6KG0530F0034231	
PRÉMIO TARIFÁRIO PRENTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) ***** **** ****			
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOF (R\$)	TOTAL PAGAMENTO (R\$)
*****		SEGURO	PAGO
PAGAMENTO		DATA DEQUITAÇÃO	
S COTAS ÚNICAS		07/02/2017	
PARCELADO			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.800/0001-04



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 = 67°/ extensão = 67°. ADM punho ESQ (operado): flexão = 45°/ extensão = 58°.

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 - assinalar 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 protrúnário médico.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procedo

40026*

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO

Profissão: MOTORAXISTA

Identidade: 2.192.961 CPF: 029.498.884-02

Endereço: Rua Prosternon s/nº JACUMA - 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 Pesssoa-PB, 15/01/2018

Local e data

Elias Joaquim do Nascimento



Assinatura do Beneficiário/Vitima

(Reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA REBITA" 2º OFÍCIO DISTRIBUIDOR: Rio Grande, PB
Bel. Edmundo Vieira Rebita - Tequila / Bel. Domingos Vieira Rebita - Cabedelo / Bel. Dr. Mário Vieira
Av. Belo Monte de Arco, 41 - Jardim São Pedro - CEP 58000-010 - João Pessoa - Paraíba - Brasil - Fone: (83) 3224-1222 - E-mail: rebita@bol.com.br

RECONHECIDO como autêntica e verdadeira, ante) João Pesssoa-PB
ELIAS JOAQUIM DO NASCIMENTO
Em test. da verdade. João Pesssoa-PB 15/01/2018 10:22:54
Mariceldeide Alexandre da Silva Morais - ENTREGANTE AUTO
[2018-002264]ENOL-R\$ 19,48 FARFENE R 0,20 IPI R 1,90 ISS-R\$ 0,47
SELO DIGITAL: 4BH06794-KGCB
Confira a autenticidade em <https://seladigital.tjpb.jus.br>

2º Ofício
Notarial
DISTRIBUIDOR

NOTARIAL
SERVIÇO
VIEIRA REBITA