

---

**Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190243771**

**Vítima: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA**

**Data do Acidente: 13/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190243771**

**Vítima: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA**

**Data do Acidente: 13/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190243771

Vítima: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

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

Recebedor: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 0000010425-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 024.937.874-47 Nome completo da vítima: Derivaldo dos Anjos Pessoa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Derivaldo dos Anjos Pessoa CPF: 024.937.874-47

Profissão: vigilante Endereço: R. Cel. Edinaldo Tavares Rufino Número: 702 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Jardim Europa Cidade: Santa Rita Estado: RS CEP: 58.300-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (53) 99921-9283

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 10425 9

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preencherem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: JOÃO PESSOA 29/03/2019

Nome: Derivaldo dos Anjos Pessoa

CPF: 024.937.874-47

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 MAR 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM 2019





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 03181.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03181.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:19 horas do dia 21 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Derivaldo dos Anjos Pessoa**, CPF nº 024.937.874-47, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Josefa Francisca Pessoa e Alcides dos Anjos Pessoa, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 23/11/1954 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cel Edinaldo Tavares Rufino, Nº 702, complemento CASA, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Proximo Ao Lava Jato, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98832-7841.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Cidade Verde, Proximo o Conjunto Aspom/pb, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/09/18 05:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia 13/09/2018 foi vítima de acidente de motocicleta as 05 hs da manhã, quando ia para sua residência, na moto HONDA POP 110 I, PRETA, DE PLACA QSC6609/PB, CHASSI, 9C2JB0100JR068966, ANO/MOD 2018, registrada no detran/pb e nome de Gabriel Thalysson P. Clemenino, CPF, 115.523.434-05, a mesma foi alugada para o trabalho noturno, e como estava muito cansado cochilou em cima da moto e colidiu em um poste de madeira caindo ao chão, foi socorrido pelo samu para o hospital de emergência e trauma senador Humberto Lucena, lá chegando foi atendido as 06:41min, e fez exames de raio x e após avaliação médica foi diagnosticado com fratura dos ossos maxilares e maxilares + fraturas de segundo e quarto dedos da mão direita cid 10 S024 + S62.6. Que após foi transferido para o complexo hospitalar de mangabeira fez outros exames e fez duas cirurgias, e no dia 08/10/2018 retornou ao mesmo hospital apresentado ferimento infectado em pé direito, ficou internado e no dia 15/10/2018 foi feito procedimento cirúrgico(amputação de hálux direito), com alta médica no dia 20/10/2018.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de março de 2019.

**JOSE INÁCIO DA SILVA NETO**  
Agente de Investigação

**DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA**  
Noticiante

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

**29 MAR. 2019**

**PROTOCOLO**  
Procedimento Policial 03181.01.2019.1.00.401  
**AG. JOÃO PESSOA**



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 024.937.874-47 Nome completo da vítima: Derivaldo dos Anjos Pessoa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Derivaldo dos Anjos Pessoa CPF: 024.937.874-47

Profissão: vigilante Endereço: R. Cel. Edinaldo Tavares Rufino Número: 702 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Jardim Europa Cidade: Santa Rita Estado: RS CEP: 58.300-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (83) 99921-9283

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 10425 9

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preencherem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: JOÃO PESSOA 29/03/2019

Nome: Derivaldo dos Anjos Pessoa

CPF: 024.937.874-47

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM 29/03/2019

# 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: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000010425-9

---

Nr. da Autenticação D2E54034D540C4FF







[illegible]

GIULIANA FLAVIA DE AMORIM MOREIRA  
RADELAPPO DA S G BARRETO 51  
AP 2502 A - A BRANCO

58046-710 JOAO PESSOA - PB

[illegible]

Edição de Postagem 24/137218

28/12/2018

Fecha de vencimiento: 09/01/2019

Three control sites (no fish) were sampled in 2007 and 2011. The 2007 and 2011 data were used to calculate the mean and standard deviation for each of the 12 parameters. The 2007 and 2011 data were also used to calculate the mean and standard deviation for each of the 12 parameters for the 12 parameters.

La próxima figura: 04/02/2014

as provided herein: 04/02/2019

29 MAR 2019

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
30 MAR. 2019

MPREV SEC  
29 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Guilherme Flávia de Amorim Nobre inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Derivado dos Danos Pessoa inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.937.874 / 47 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vitima Derivado dos Danos Pessoa inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.937.874 / 47 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 <u>Av Abelardo da Silva Guimaraes Barreto</u>		Número <u>51</u>	Complemento
Bairro <u>Altiplano</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58046-110</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(83) 99921-9283</u>

João Pessoa, 29 de Março de 2019  
Local e Data

Guilherme Flávia de Amorim Nobre  
Assinatura do Declarante






## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gabriel Thalyson Pereira Clementino,  
RG nº 3.747.058, data de expedição 08/02/2012  
Órgão SSP, portador do CPF nº 115.523.434-05 com  
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de  
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)  
CEL. Edinaldo Tavares Rufino, nº 702,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Derivaldo dos Anjos Pinheiro cujo o condutor era

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda POP 110i  
Ano: 2013/2013  
Placa: QSC 6609/PB  
Chassi: 9C2J001003R0689966  
Data do Acidente: 13/09/2018  
Local e Data: Santa Rita, 18/02/2019

 GABRIEL THALYSON PEREIRA CLEMENTINO  
Assinatura do Declarante

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190243771 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA **Data do acidente:** 13/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE MAXILARES, PAREDES LATERIAS DE ÓRBITA E ARCOS ZIGOMÁTICOS.

Fratura dos 2º e 4º dedos da mão direita.

Ferimento em hálux direito (evoluiu para necrose)

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: RELATA DORMÊNCIA EM FACE (HEMIFACE ESQUERDA), EM USO DE BENGALA. MÃO DIREITA APRESENTANDO GRANDE CICATRIZ E DEFORMIDADE EM 4º QDD COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO EM TODOS OS DEDOS DA MÃO DIREITA / DIMINUIÇÃO DE FORÇA (4/5). AUSÊNCIA DE HÁLUX DIRETO.

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE EM 13-09-2018 REALIZOU CIRURGIA EM 4º QDD E NO PRIMEIRO RETORNO FOI DIAGNOSTICADO COM NECROSE DE HÁLUX DIREITO, SENDO SUBMETIDO A AMPUTAÇÃO EM 15-10-2018 RECEBEU ALTA E FAZ ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão direita, Amputação do 1º pododáctilo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

## 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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA
DATA DE NASCIMENTO	23/11/54
NOME DA MÃE	JOSEFA FRANCISCA PESSOA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.108.070
DATA DO ATENDIMENTO	13/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	06:41
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES + FRATURAS DE 2º E 4º DEDOS DA MÃO DIREITA
CID 10	S02.4 + S62.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma em face, ferimento corto-contuso em mento. Presença de fratura bilateral de parede posterior de seio maxilar, fratura em arco zigomático direito, fratura em pilar fronto-zigomático. Indicação de tratamento cirúrgico. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pactuação. Fratura de falange distal de 4º dedo da mão direita. Fratura de falange média e distal de 2º dedo da mão direita.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio	<div>COMPREV</div> <div>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</div> <div>29 MAR. 2019</div> <div>PROTOCOLO</div> <div>AG. JOÃO PESSOA</div>
TC de face	
RX de torax	
RX de antebraço esquerdo	
RX de punho esquerdo	
RX de dedos da mão direita	
RX de punho direito	

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fraturas das paredes dos seios maxilares, paredes laterais das órbitas e arcos zigomáticos.  
Fratura cominutiva da falange distal do 4º dedo da mão direita, com lesão de tecidos moles (fratura exposta).  
Fratura da falange média e distal do 2º dedo da mão direita.

### TRATAMENTO:

Imobilização das fraturas e encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR:	13/09/18
DATA DA EMISSÃO:	26/11/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB





# Receituário

Paciente: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

Idade: 63

Data: 13/09/2018 11:41:52 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1108070

## ENCAMINHAMENTO

Paciente com história de acidente motociclístico referindo dor em ambas as mãos, joelho e perna esquerdos e face. Nega desmaio e vômitos.

DE ALTA DA NEURO E BUCO.

HISTÓRIA DE FX PREVEA EM BRAÇO ESQ QUE NÃO TRATOU.

EF: DEFORMIDADE EM PUNHO ESQ ( SEQUELA DE FRATURA ) FERIMENTO SUPERFICIAL. FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO OSSEA EM 4 QDD.

ADM DE JOELHO DIR LIVRE. MMII SEM DEFORMIDADES.

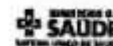
RX: NÃO VISTO SINAIS DE FX OU LUXAÇÃO EM JOELHO DIR. PERNA DIR E BACIA. FX EXPOSTA EM FALANGE DISTAL DE 4 QDD.

CD: ATB PROFILÁTICO / CURATIVO / ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. João Paulo Primo  
Ortopedista Traumatologista  
CRM 8648/TEOT-1594

Dr. JOAO PAULO PRIMO DE ARAUJO  
8848/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



## REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8

1-CPF  
2-CGC

2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE: Derivaldo dos Anjos Pessoa

ENDEREÇO

BAIRRO

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx do punho E (AP e perfil). Rx da mão D (AP e perfil).  
13.09.18

IDENTIDADE

IDADE

COMPREV

ORIGEM

COMPREV

SSM

29 MAR. 2019

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

André M. Neto  
29/09/2018







Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNPES: 445365

DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA		BAE 1108070	Data/Hora Entrada 13/09/2018 06:41:16	Data Baixa
Data de nascimento 23/11/1954	Idade 63a 9m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 90000000
JOSEFA FRANCISCA PESSOA				Prontuário
Endereço JOSEFA TAVEIRA, SN		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS	Nº Cons. Regional 3269/PB	
Data/Hora Classificação 13/09/2018 06:41:16		Data/Hora Prescrição 13/09/2018 09:08:01		

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA EM FACE. NEGA DESMAIO, VOMITO, EPISTAXE, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. ALEGA SER HIPERTENSO, PORÉM, NÃO SABE INFORMAR QUAIS MEDICAÇÕES FAZ USO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE COM SINAIS DE DESORIENTAÇÃO, EUPNEICO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE. AO EXAME FÍSICO APRESENTA ABRASÃO EM REGIÃO FRONTAL, EDEMA + HEMATOMA EM REGIÃO PERIORBITAL ESQUERDA, FCC TRANSFIXANTE EM MENTO. MOBILIDADE OCULAR E ACUIDADE VISUAL PRESERVADAS, PERFUSÃO NASAL MANTIDA, ABERTURA BUCAL E MOVIMENTOS MANDIBULARES COMPATÍVEIS COM A NORMALIDADE. AO EXAME DE IMAGEM APRESENTA FRATURA BILATERAL DE PAREDE POSTERIOR DE SEIO MAXILAR, FRATURA EM ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO, FRATURA EM PILAR FRONTO ZIGOMÁTICO. O PACIENTE SERÁ ENCAMINHADO PARA O TRAUMINHA PELA ORTOPEDIA.

## EXAME CLÍNICO:

1) AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA;

2) FRATURA;

4) ENCAMINHAMENTO PARA O TRAUMINHA (ORTOPEDIA);

5) ALTA BMF - AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

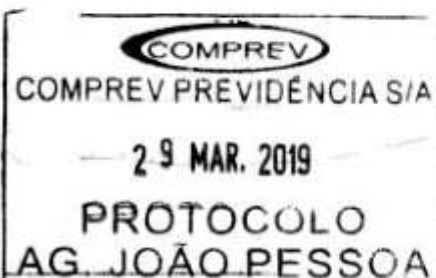
## CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e maxilares

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS  
(CRM: 3269/PB)







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA AMAR  
Endereço: A  
Tel: 3216571  
CNES: 45455

ES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Paciente <b>DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA</b>	BAE <b>1108070</b>	Data/Hora Entrada <b>13/09/2018 06:41:16</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/11/1954</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 996726607</b>
Mãe <b>JOSEFA FRANCISCA PESSOA</b>			Prontuário
Endereço <b>JOSEFA TAVEIRA</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Profissional <b>TOMAS CATAO MONTE RASO</b>	Nº Cons. Regional <b>7742/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>13/09/2018 06:41</b>	Data/Hora Prescrição <b>13/09/2018 11:06:25</b>		

### Anamnes

##NCIR##

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE, APOS QUEDA DE MOTO.  
NEGA VÔMITOS, PERDA DA CONSCIÊNCIA.

ECG 15  
SEM DEFICITE  
PIFR  
SEM CERVICAL  
CONSCIENTE, ORIENTADO

TCC:  
SEM COLEÇÃO, SEM FRATURAS DE CRANIO  
FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO A DIREITA

Cd: ALTA DA UNIDADE  
AVAL DA UNIDADE

### Conduta

Em observação

Tomas Catão Monte Raso  
CRM: 7742-2

TOMAS CATAO MONTE RASO  
(CRM: 7742/PB)

COMPREV

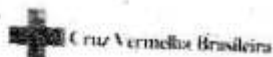
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,  
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA</b>		BAE <b>1108670</b>	Data/Hora Entrada <b>13/09/2018 06:41:16</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/11/1954</b>	Idade <b>63a 9m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 90000000</b>
Mãe <b>JOSEFA FRANCISCA PESSOA</b>		Prontuário		
Endereço <b>JOSEFA TAVEIRA, SN</b>		Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE PIRES DUTRA JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>10650/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>13/09/2018 06:41:16</b>		Data/Hora Prescrição <b>13/09/2018 06:52:11</b>		

**Anamnese**

PACIENTE CONSCIENTE, DESORIENTADO, GLASGOW 14, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, SEM USO DE CAPACETE, APRESENTANDO VIAS AEREAS PERVIAS, DRIVE VENTILATORIO PREJUDICADO POR DOR EM HEMITORAX ESQUERDO, ABDOME FLACIDO E SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL. APRESENTA PROVAVEIS FRATURAS EM ANTEBRACO ESQUERDO E DEDOS DA MAO DIREITA. NEGA ALERGIAS CD: EXAMES, AVALIAÇÃO DA ORTOPIEDIA, NEUROCIRURGIA E BMF.

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPIEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO DIREITA

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

**CID10**

Código	Descrição
T00.9	Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

**Conduta**

Em observação

DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR  
(CRM: 10650/PB)

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
29 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA</b>		BAE <b>1108070</b>	Data/Hora Entrada <b>13/09/2018 06:41:16</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/11/1954</b>	Idade <b>63a 9m 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 90000000</b>
Mãe <b>JOSEFA FRANCISCA PESSOA</b>			Prontuário	
Endereço <b>JOSEFA TAVEIRA, SN</b>		Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Nº Cons. Regional <b>10075/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>13/09/2018 06:41:16</b>		Data/Hora Prescrição <b>13/09/2018 10:02:00</b>		

**Anamnese**

Paciente com história de acidente motociclístico referindo dor em ambas as mãos, joelho e perna esquerdos e face. Nega desmaio e vômitos. Neurovascular preservado

cd: solicito radiografias bacia, coxa, joelho e perna direitos e coluna cervical  
Orientado por Dr. Bartolomeu

**MEDICAÇÃO**

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)  
TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 5000,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP)  
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)  
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)  
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)  
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)

**Conduta**

Em observação

DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







Cruz Vermelha  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Nº Prontuário		Data Prescrição	
DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA		23/11/1954		63a 9m 21d		MASCULINO		1108070				13/09/2018 10:02:00	
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito											
Convenio								Validade da Prescrição					
SUS								13/09/2018 10:02:00 - 14/09/2018 10:02:00					
				Matricula						Senha			

Data: 13/09/18 10:02  
Usuário: BRUNO DE LUNA  
Boletim 1108070



Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 CEFALOTINA 1G	2000,0	MG					
2 TETANOGAMMA	5000,0	UI					
				E.V.		AGORA	
				INTRAMUSCUL		AGORA	
				AR			

BRUNO DE LUNA ROMA  
CRM: 10075

13 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
29 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







Cruz Vermelha  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Nº Prontuário		Data Prescrição	
DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA		23/11/1954		63a 9m 21d		MASCULINO		1108070				13/09/2018 10:02:00	
Motivo de Atendimento		Enfermaria / Leito											
Convenio		Validade da Prescrição											
SUS		13/09/2018 10:02:00 - 14/09/2018 10:02:00											
Matricula		Senha											

Data:	13/09/18 10:02
Usuário:	BRUNO DE LUNA
Boleim	1108070

Nome

DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

Motivo de Atendimento

Enfermaria / Leito

Convenio

SUS

Matricula

Validade da Prescrição

Senha

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 CEFALOTINA 1G	2000,0	MG					
2 TETANOGAMMA	5000,0	UI		E.V.		AGORA	
				INTRAMUSCUL		AGORA	

BRUNO DE LUNA ROMA  
CRM: 10075

13 de Setembro de 2018  
Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
29 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA






Cruz Vermelha  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº Prontuário		Data Prescrição	
DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA		23/11/1954		63a 9m 21d		MASCULINO		1108070		13/09/2018 06:52:11	
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito									
Convenio								Validade da Prescrição			
SUS								13/09/2018 06:52:00 - 14/09/2018 06:52:00			
				Matricula				Senha			

Data:	13/09/18 06:52
Usuário:	JOSE PIRES
Boletim	1108070



Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0,0						
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0,0						
3 PARECER ORTO	0,0						

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR  
CRM: 10650

13 de Setembro de 2018

Dr. Jose Pires Dutra Junior  
Medico Residente Cirurgia Geral  
CRM: 10650


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Sociedade Humanitária Lacerda



# REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA		
Data de 23/11/1954	Nº Boletim Emergência 1108070	Prontuário
Material a examinar		

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA  
(ap)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)  
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA  
(ap/p)

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)  
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA  
(ap/p)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RAIO X
TIPO ...
DATA ...
HORA ...
NOME REC. PAZ
ASS.

13 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher: campos separados para imagens e laudo médico







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA	
Data de 23/11/1954	Nº Boleim Emergência 1108070
Material a examinar	

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO  
RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO DIREITA  
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)  
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)  
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA	
TIPO ...	crânio/faco
DATA ...	13/09/18
HORA ...	07:28
NOME TEC. RAD.	
ASS.	

RAIOS-X	
TIPO ...	
DATA ...	13/09/18
HORA ...	
NOME TEC. RAD.	
ASS.	

Dr. José Wilson Junior  
Médico Radiologista  
CRM-RB 10850

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
29 MAR 2018  
PROTOCOLO  
P8 de 2018  
AG. JOC

Assinatura e Carimbo do Profissional

NCR + BM  
OT + Canal





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831567808

Data Nasc: 23/11/1954 - 63 anos

Paciente: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

Data Exame: 13/09/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE**

### **Técnica**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise**

Fratura das paredes dos seios maxilares, paredes laterais das órbitas e arcos zigomáticos

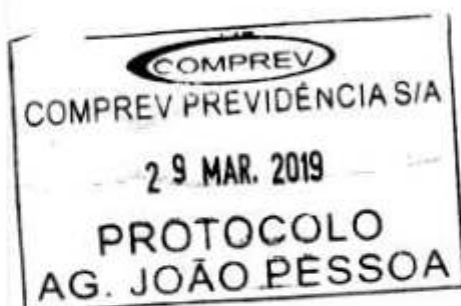
Material denso no interior dos seios paranasais, podendo corresponder a hemossinus.

Septo nasal sem desvios significativos.

Conchas nasais com morfologia e dimensões normais.

Rinofaringe, fossas pterigo-palatinas e infratemporais livres.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 15/09/2018 00:05.*

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
**CRM: 5839**







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: **201831567808**

Paciente: **DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA**

Data Nasc: **23/11/1954 - 63 anos**

Data Exame: **13/09/2018**

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Focos / áreas hipodensas na substância branca periventricular e nos centros semiovais, compatíveis com microangiopatia.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Acentuação dos sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Calcificações ateromatosas nas artérias carótidas internas, basilar e vertebrais.

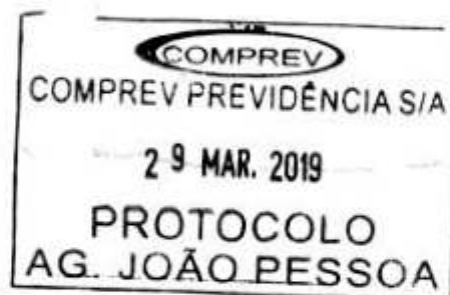
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura das paredes dos seios maxilares, paredes laterais das órbitas e arcos zigomáticos

Material denso no interior dos seios paranasais, podendo corresponder a hemossinus.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 15/09/2018 00:02.*

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
**CRM: 5839**



## CERTIDÃO

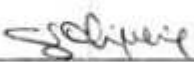
Nº. 0068/2019

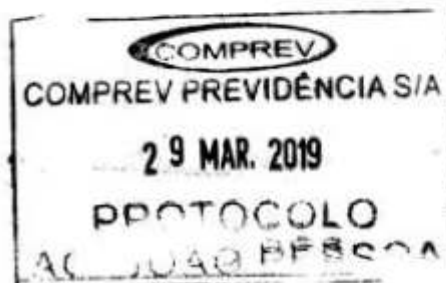
Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA AMORIM e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 163131 pertencentes a **DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA** que foi atendido dia 13/09/2018 às 16H01min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho esquerdo e mão direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta em falange distal de 4º quirodáctilo de mão direita. Feito curativo e liberado. Retornou dia 08/10/2018, apresentando ferimento infectado em pé direito. Realizado procedimento cirúrgico (amputação de hálux direito) dia 15/10/2018. Alta dia 20/10/2018.

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

João Pessoa, 25 de Fevereiro de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959







RA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 163131

Atd: Nao Regul

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 13/09/2018

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 16:01:10

58055-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE

FAX: ( ) - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

Num. Prontuario: 2018.04.003127

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2577527 Fone: 986753150

Natural: RIO TINTO/PB Data Nasc.: 23/11/1954 Id: 63 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: ALCIDES DOS ANJOS PESSOA

Mae: JOSEFA FRANCISCA PESSOA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

Tel/Doc. Responsavel: 986753150 / IDENTIDADE: 2577527

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

Vitima de violencia por: JA ASSISTIDO PELO TRAUMA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

COMPREV PREVIDENCIA S/A

29 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NA OLA DO ENCOMINHADO DO TRAUMA COM CON POU EN PUNTA (C) e NAO (D).

Diagnostico

Conduta

RX.

Prescricao

Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
29 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA


Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

  
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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

Ficha Nr: 170674 Atd: Nao Regula  
Data: 08/10/2018  
Hora: 14:45:24  
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA  
Clinica: ~~ORTOPEDIA~~ *Ortopedia*

DADOS DO PACIENTE

Nome: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

Num. de vezes atendido: 3

Num. Prontuario: 2018.04.003127

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2577527 Fone: 986753150

Natural: RIO TINTO/PB Data Nasc.: 23/11/1954 Id: 63 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEFA FRANCISCA PESSOA

Pai: ALCIDES DOS ANJOS PESSOA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

Tel/Doc. Responsavel: 986753150 / IDENTIDADE: 2577527

P: Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: INTECOPRENCIA

Vitima de violência por: NAO

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave  
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao  
☐ Hemorragia ☐ Dispneia  
☐ Diarreia ☐ Agitado  
☐ Regular ☐ Chocado  
☐ Vomito

Exa Principal  
INTERCORRENCIA

Observacao

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDENCIA S/A

29 MAR. 2019

**PROTOCOLO**  
**AG. JOAO PESSOA**

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de trauma com lesão em PE há cerca de 28 dias apresentando ferida infectada com ~~pus~~ mau cheiro de necrose minúscula sem conduto ortopédico.

Diagnostico

Conduta

Solicito avaliação da cirurgia vascular e cirurgia geral.

Prescrição

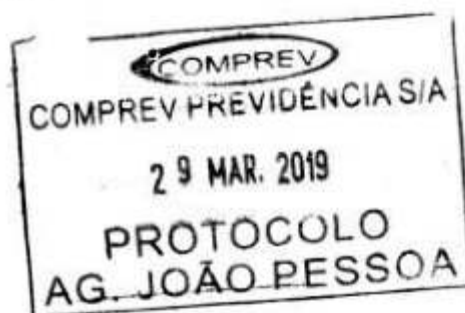
Alta do ortopedista

*Yury Gorden*  
CRM PB: 11507  
*Dr. Kamilley*

-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
(				
(				
	(			
	(			



-----  
Reservado p/ Liberação

-----  
Assinatura da Enfermagem

-----  
PROCEDIMENTO REALIZADO

-----  
DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residência      [ ] Transferido      [ ] Desistência      [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido      [ ] Enfermaria      Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

-----  
*Marcelo Pessoa Silva*

Assinatura do Paciente/Responsável

-----  
Assinatura e Carimbo do Médico







## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Colocação do paciente em decúbito dorsal no  
sagiteiro. Anestesia e antiseptico + colocação  
de campos

### Incisão:

Incisão elíptica na base do lábio. Deriva  
superfície da pele + TCSC elíptica área

### Achados:

### Conduta:

Solução área com soro, dreno, com curativo (sutura  
elástica). Debridamento de todos os necrosos e infiltrações  
incluindo tendões.

Longa excisão com SF9,91

Reparo de hérnia com eletrocautério

### Fechamento:

curativo com soro

### OBS:

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
29 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Data: 13/10/18

Dr. Julio Cesar O. Gomes  
Cirurgia Vascular  
CREMEPE 16.584 / CRM-PB 0082  
MÉDICO/CRM





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** Decimundo dos Anjos Pessoa **Data da Admissão:** 28/01/19  
**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:** \_\_\_\_\_

**HDA:** Sequente infecção com miase  
(F)

**Medicações em uso:** \_\_\_\_\_

### **Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
☐ 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  
☐ Dispnéia ☐ 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 ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIAS

29 MAR. 2019

PROTOCOLO

AC em JOÃO PESSOA



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

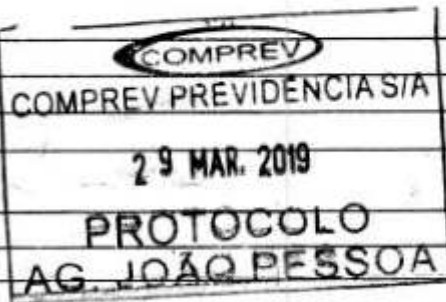
\_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA  
23/11/1954  
ID: 000000074539  
Sex: Male  
63 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
Ac. Nb: 300001728686  
Acq.: 13/09/2018  
Acq.: 07:50:56.000410

20 cm

E

Frame: [1004] 4 / 5  
Zoom: 25,64%  
Window/Level: 1.023/511  
CR (1760x2140)

Series Nb: 1001

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

23/11/1954

ID: 000000074539

Sex: Male

63 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb: 300001728686

Acq: 13/09/2018

Acq.: 07:50:54.000388

10 cm

E

Frame: [1003] 3 / 5

Zoom: 25.5%

Window/Level: 1.023/511

CR (1770x2370)

Series Nb: 1001

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
29 MAR. 2019  
PROTOCOLU  
AG. JOÃO PESSOA



DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA  
23/11/1954  
ID: 000000074539  
Sex: Male  
63 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb: 300001728686

Acq.: 13/09/2018

Acq.: 07:50:42.000376

10 cm

**D**

Frame: [1002] 2 / 5

Zoom: 28.63%

Window/Level: 1.023/511

CR (1576x1976)

Series Nb: 1001

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA  
29 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

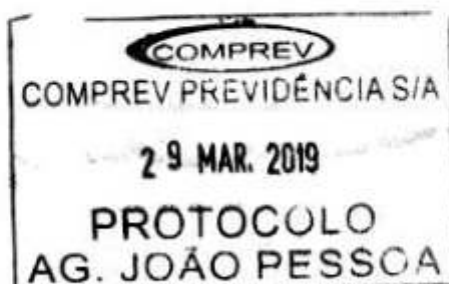
Nome DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA					CNS		Prontuário	
Data de Nascimento 23/11/1954	Idade 63A 9M 21D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura	
Nome da Mãe JOSEFA FRANCISCA PESSOA			Nome da Pai ALCIDES DOS ANJOS PESSOA					
Endereço JOSEFA TAVEIRA			Bairro MANGABEIRA				Cep 58055000	
Município JOAO PESSOA - PB			Telefone Residencial			Telefone Celular ( 83 ) 996726607		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262			Telefone ( 83 ) 32165700		

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOAO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR			
Resultado de exames complementares			
CID S62.8	Data de encaminhamento 13/09/2018 11:42:55		

Dr. João PESSOA  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM 8846 / RQE 15500

Assinatura e carimbo do profissional





# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Derivaldo da A. Pereira</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
	<u>M</u>				
DATA DE ADMISSÃO: <u>08/10/18</u>		DATA DE ALTA: <u>20/10/18</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Lesões traumáticas p/c</u>					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>o mesmo</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Aputação de membro</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	
				<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO
					<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Relato p/c de lesões e  
dores p/c e feridas em membro  
após aputação de membro

DIETA: livre

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

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

MEDICAÇÕES PARA CASA:

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

20/10/18  
DATA

ASS. MÉDICO / CRM

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

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
29 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG JOÃO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.577.527 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 26/02/2014

NOME DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

FILIAÇÃO ALCIDES DOS ANJOS PESSOA  
JOSEFA FRANCISCA PESSOA

NATURALIDADE RIO TINTO-PB DATA DE NASCIMENTO 23/11/1954

DOO ORDEM

CASAM N. 9763 FLS. 1000 IV. 1000  
CARTÓRIO 1º SANTA RITA-PB

024.937.874-47

ASSINATURA DO DETENTOR



LEI Nº 7.116 DE 20/05/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

V-02  
P-917

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Derivaldo dos Anjos Pessoa

CARTÃO DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 MAR. 2013

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014082488177

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
CDD 2018000945215370

1 0116718377-8 00/00000000 2018

GABRIEL THALYSON F CLEMENTINO

11552343405 QSC6609/PB

NOVO PB 9C2JB0100JR068966

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC GASOLINA

HONDA/POP 1101 2018 2018

2 P/109 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

IPVA PAGA 0 \*\*\*\*\* 2- INSCRICAO

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 02/10/2018

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

SANTA RITA - PB 11/10/2018

42234 7003781

PB Nº 014082488177 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE COBERTURA  
www.seguredolider.com.br  
SAC DPVAT 0800 122 1206

2018 11/10/2018

1 11552343405 QSC6609/PB

01167183778 HONDA/POP 1101

2018 9 9C2JB0100JR068966

PRÊMIO TARIFÁRIO

\*\*\*\*\* Seguro (R\$) \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* Seguro P A G O

\*\*\*\*\* Seguro 02/10/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

7003781-1205034-20181011

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190243771 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA **Data do acidente:** 13/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE MAXILARES, PAREDES LATERIAS DE ÓRBITA E ARCOS ZIGOMÁTICOS.

Fratura dos 2º e 4º dedos da mão direita.

Ferimento em hálux direito (evoluiu para necrose)

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: RELATA DORMÊNCIA EM FACE (HEMIFACE ESQUERDA), EM USO DE BENGALA. MÃO DIREITA APRESENTANDO GRANDE CICATRIZ E DEFORMIDADE EM 4º QDD COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO EM TODOS OS DEDOS DA MÃO DIREITA / DIMINUIÇÃO DE FORÇA (4/5). AUSÊNCIA DE HÁLUX DIRETO.

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE EM 13-09-2018 REALIZOU CIRURGIA EM 4º QDD E NO PRIMEIRO RETORNO FOI DIAGNOSTICADO COM NECROSE DE HÁLUX DIREITO, SENDO SUBMETIDO A AMPUTAÇÃO EM 15-10-2018 RECEBEU ALTA E FAZ ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão direita, Amputação do 1º pododáctilo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190243771 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA **Data do acidente:** 13/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURAS DE MALARES E MAXILARES.  
FRATURAS DE 2º E 4º DEDOS DE MÃO DIREITA.  
FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DE HÁLUX DIREITO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \* SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			20 %	R\$ 2.700,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190243771 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA **Data do acidente:** 13/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURAS DE MALARES E MAXILARES.  
FRATURAS DE 2º E 4º DEDOS DE MÃO DIREITA.  
FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DE HÁLUX DIREITO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			20 %	R\$ 2.700,00



## PROCURAÇÃO

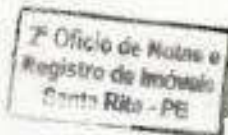
Outorgante: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADO, profissão VIGILANTE, residente e domiciliado à Rua CEL. EDINALDO TAVARES RUIFON nº 702, bairro JARDIM EUROPA, Município de SANTA RITA, Estado de(o) PB, Cep: 58.300-000, portador(a) do Rg nº 2.577.527, SSP/ e CPF nº 024.937.874-47.

OUTORGADOS: Giullyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026406, com endereço profissional na Praça Venâncio Neiva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA, ocorrido em 13/09/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza INVALIDEZ.

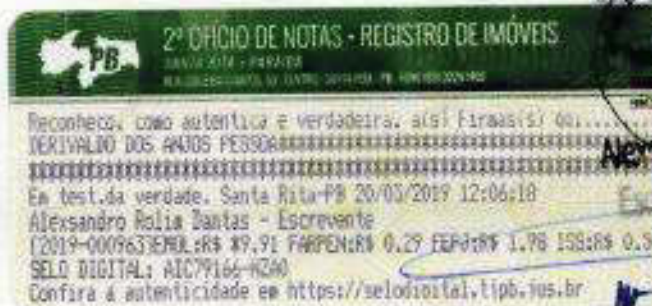
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

SANTA RITA, 20 de MARÇO de 2019.



Outorgante  
CPF Nº 024.937.874-47

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108591/19

**Vítima:** DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

**CPF:** 024.937.874-47

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 13/09/2018

**Titular do CPF:** DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

**CPF de:** Próprio

## 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  
DUT

### GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

### DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA : 024.937.874-47

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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/03/2019  
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA  
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/03/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA