

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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. 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, retorno 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.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do anexo ou ASL:

CPF da vítima:

024.937.874-47

Nome completo da vítima:

Deivaldo dos Anjos Pessoa

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

Nome completo: Deivaldo dos Anjos Pessoa

Profissão: Vigilante

Endereço:

R. Cel. Edinaldo Tavares Rufino

CPF: 024.937.874-47

Número: 302

Complemento:

Bairro: Jardim Europa

Cidade: Santa Rita

Estado: PB

CEP: 58.300-000

E-mail:

TEL.(DDD): (83) 99921-9293

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECLUSO INFORMAR: ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 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 OPCIÃO DE CONTA

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

- Bradesco (237) Itaú (341) 09013
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou de 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, 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) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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: Deivaldo dos Anjos Pessoa

CPF: 024.937.874-47

(*) Assinatura de quem assina A RGDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA DE MARÇO/2013

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 N° 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 Alecides dos Anjos Pessoa, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 23/11/1954 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) na(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.**

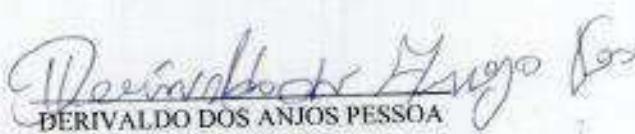
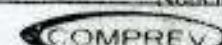
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que o 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. Clemetino, 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 malares e maxilares + fraturas de segundo e quarto dedos da mão direita cod 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 apresentando 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, ciente(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe 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
PROTÓCOLO
Procedimento Policial 03181.01.2019.1.00.401
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do anexo ou ASL:

CPF da vítima:

024.937.874-47

Nome completo da vítima:

Deivaldo dos Anjos Pessoa

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

Nome completo: Deivaldo dos Anjos Pessoa

Profissão: Vigilante

Endereço:

R. Cel. Edinaldo Tavares Rufino

CPF: 024.937.874-47

Número: 302

Complemento:

Bairro: Jardim Europa

Cidade: Santa Rita

Estado:

PA

CEP:

58.300-000

E-mail: (83) 99921-9293

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECLUSO INFORMAR: ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 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 OPCIÃO DE CONTA

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

- Bradesco (237) Itaú (341) 09013
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou de 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, 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) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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: Deivaldo dos Anjos Pessoa

CPF: 024.937.874-47

(*) Assinatura de quem assina A RGDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura
COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA DE MARÇO/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

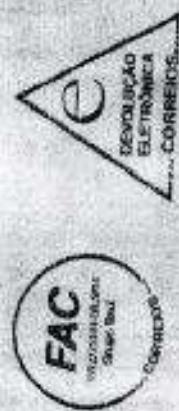
AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000010425-9

Nr. da Autenticação D2E54034D540C4FF



Consulte sua fatura no internet
ou nos catálogos eletrônicos da Rtel.



BIBLIOGRAPHY

卷之三

R. ABELARDO DA SILVA RABETTO 51
AP 2597 A - A BRANCO
550846-110 JOAO PESSOA - PB



PREFACE



COMPREV
COMPREV SEGUROS & PREVIDÊNCIAS SA
29 MAR. 2019

SEGUROS
29 MAR. 2019

MPREV SEGURO'S
29 MAR 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PREV. SEGUROS
29 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Guilherme Flávia de Amorim Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Guilherme Flávia de Amorim Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.933.874-47, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Guilherme Flávia de Amorim Nóbrega, inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.933.874-47, 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	Av Abelardo da Silva Guimaraes, Barreto		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Altiplano	João Pessoa	PB	58046-110	
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	(63) 99921-9283

João Pessoa, 29 de Maio de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

Guilherme Flávia de Amorim Nóbrega

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

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
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
CEL. Edinaldo Tavares Rufino, nº 702,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Derivaldo dos Anjos Pinto, cujo o condutor era _____

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda POP 110i
Ano: 2019/2019
Placa: QSC 6609/PB
Chassi: 9C2J601003R0699966
Data do Acidente: 13/09/2019
Local e Data: Santa Rita, 18/02/2019

3º OFÍCIO

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 AO EXAME: RELATA DORMÊNCIA EM FACE (HEMIFACE ESQUERDA), EM USO DE BENGALA. MÃO DIREITA

físico: 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 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 pontuação. 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	COMPREV
TC de face	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
RX de torax	29 MAR. 2019
RX de antebraço esquerdo	PROTOCOLO
RX de punho esquerdo	AG. JOÃO PESSOA
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 pontuação.

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

Data: 13/09/2018 11:41:52

Idade: 63
BAE: 1108070

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

ENCAMINHAMENTO

Paciente com história de acidente motociclistico referindo dor em ambas as mãos, joelho e perna esquerdos e face. Nega desmaio e vômitos. DE ALTA DA nEURO E BUZO.

HISTÓRIA DE FX PREVEA EM BRAÇO ESO QUE NÃO TRATOU.

EFE: DEFORMIDADE EM PUNHO ESO (SEQUELA DE FRATURA) FERIMENTO SUPERFICIAL, FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO OSSEIA EM 4 QDD.

ADM DE JOELHO DIR LIVRE. MMII SEM DEFORMIDADES.

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

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

Dr. João Paulo Primo
CRM 80887/PE
CRM 167/PE
Dr. JOAO PAULO PRIMO DE ARAUJO

8848/PB

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 Pesso*

IDENTIDADE

IDADE

ENDEREÇO

COMPREV

ORIGEM

BAIRRO

COMPRESSES

PREVIDÊNCIA S/

DADOS CLÍNICOS

SSM

29 MAR 2019

MATERIAL A EXAMINAR

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAMES SOLICITADOS

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

13,09,18

André H. Neto





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
FAX: 445365

VALDO 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
Mãe 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 MOTOCICLÍSTICO 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, EUPNÉICO, 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) ALIAÇÃO RADIOGRÁFICA;

2) TURA;

4) ENCAMINHAMENTO PARA O TRAUMINHA (ORTOPEDIA);

5) ALTA BMF - AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares

Conduta

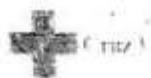
Paciente encaminhado com sucesso para a seção

DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS
(CRM: 3269/PB)

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





AREA AMAT
Endereço: R
Tel: 3216571
CNES: 45455

R. LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Paciente DERIVALDO DOS SANTOS	CPF: 33086503-000	BAE 1108070	Data/Hora Entrada 13/09/2018 06:41:16	Data Baixa
Data de nascimento 23/11/1954	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 996726607	Prontuário
Mãe JOSEFA FRANCISCA PESSOA	Endereço JOSEFA TAVEIRA, 8	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB	
Data/Hora Classificada 13/09/2018 06:41		Data/Hora Prescrição 13/09/2018 11:06:25		

Anamneses

##NCIR##

PACIENTE COM: DOR DE CABEÇA, APOS QUEDA DE MOTO.
NEGA VOMITO, DOR DE CABEÇA, DOR DA CONSCIENCIA.

ECG 15

SEM DEFÍCITS

PIFR

SEM CERVICAL

CONSCIENTE, DOR DE CABEÇA

TCC:

SEM COLEÇÕES, SEM FRATURAS DE CRANIO
FRATURA DE ANTECERVO GLOSTRÁTICO A DIREITA

Cd: ALTA DA N

AVAL DA S

Conduta

Em observação

Tomas Cato Monte Raso
CRM/PB 7742-2

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

Assinatura: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura:

Assinatura: DR. SILVA em 13/09/2018 06:42:03





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	23/11/1954	1108070	13/09/2018 06:41:16	
Idade	63a 9m 21d	Sexo	CNS	
Mãe	JOSEFA FRANCISCA PESSOA	Masculino		Telefone de Contato (83) 90000000
Endereço	JOSEFA TAVEIRA, SN	Barro	Município	Prontuário
Acidente	QUEDA / OUTROS	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	UF PB
Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Professional	JOSE PIRES DUTRA JUNIOR	Nº Cons. Regional 10650/PB
Data/Hora Classificação	13/09/2018 06:41:16	Data/Hora Prescrição	13/09/2018 06:52:11	

Anamnese

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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIGUA)

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO DIREITA

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIGUA)

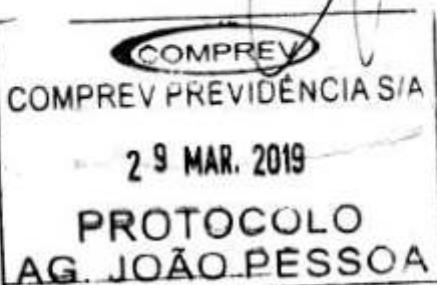
CID10

Código	Descrição
T00.9	Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR
(CRM: 10650/PB)



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 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
Mãe JOSEFA FRANCISCA PESSOA				Prontuário
Endereço JOSEFA TAVEIRA, SN	Bairro MANGABEIRA		Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DE LUNA ROMA		Nº Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 13/09/2018 06:41:16			Data/Hora Prescrição 13/09/2018 10:02:00	

Anamnese

Paciente com história de acidente motociclistico 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 (MGTS)

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)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazramento
1 CEFALOTINA 1G	2000,0	MG		E.V.		AGORA	
2 TETANO GAMMA	5000,0	UI		INTRAMUSCULAR		AGORA	

BRUNO DE LUNA ROMA
 CRM: 10075
 13 de Setembro de 2018
 Assinatura e Carimbo do Profissional

BRUNO DE LUNA ROMA
 CRM: 10075
 13 de Setembro de 2018
 Assinatura e Carimbo do Profissional

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



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 CEFALOTINA 1G	2000,0	MG		E.V.		AGORA	13/09/2018
2 TETANO GAMMA	5000,0	UI		INTRAMUSCULAR		AGORA	

BRUNO DE LUNA ROMA
CRM: 10075

13 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional


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



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR
CRM: 10650

13 de Setembro de 2018

Dr. José Pires Dutra Júnior
CRM-PB
Assinatura e Carimbo do Profissional
CRM-PB

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

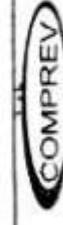
Nome DERIVADO DOS ANJOS PESSOA	
Data de 23/11/1954	Nº Boletim Emergência 1108070
Material a examinar	

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 PERNAS DIREITA
(ap/d)

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


RAIOS-X
13/10/2018
RPO: DATA: 20
HORA: 11:00
NOM: (C. P.)
ASS: 1108070

13 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO DIREITA
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA	
TIPO	Crânio / face
DATA	13/03/18
HORA	07:23
NOME TEC. RAD.	CEB
ASS:	

13/03/18

RAIOS-X

TIPO: TORA

DATA: 13/03/18

TEC. RAD.: AG. JOSÉ

NOME TEC. RAD.: AG. JOSÉ

ASSISTENTE: AG. JOSÉ

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA
29 MAR. 2019
PROTÓCOLO
PROTÓCOLO
AG. JOSÉ

29 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOSÉ

Assinatura e Carimbo do Profissional



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

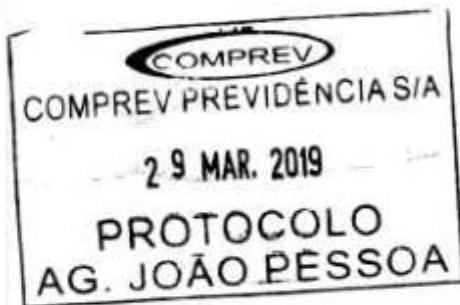
Técnica

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

Análise

Fratura das paredes dos seios maxilares, peredes 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





Atendimento: 201831567808

Data Nasc: 23/11/1954 - 63 anos

Paciente: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

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.

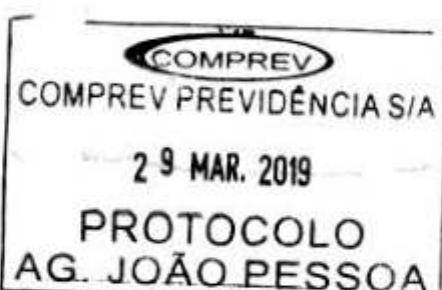
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

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

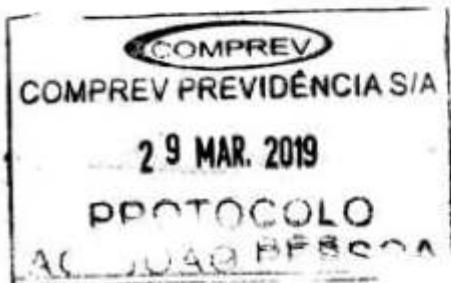
Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA AMORIM e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 163131 pertencentes a **DERIVALDO DOS ANJOS 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Fevereiro de 2019

Silvana
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PR 2959





RA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 163131

Atd: Nao Regul

MPHO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 13/09/2018

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 16:01:10

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Repcionista: 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

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

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

Vitima de violência por: JA ASSISTIDO PELO TRAUMA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemias: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Exa Principal

JACAO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA S/A

29 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de acidente de moto, há 04 horas, encontra-se com dor no lado esquerdo, volta da mão.

Diagnóstico

| Conduta

nx.

Prescrição

| Horário da medicacão

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

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
Recepção: ANA CLAUDIA XAVIER SA
Clinica: ORTOPEDIA *limpeza*

DADOS DO PACIENTE

Nome: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA
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

Resp.: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

Telefone Responsavel: 986753150 / IDENTIDADE: 2577527

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: INTECORRENCIA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicem: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

COMPREV

Observacao: COMPREV PREVIDENCIA S/A

xa Principal

INTERCORRENCIA

29 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente de 63 anos com lesão na perna infectada com secreções amarelas. SEM CONTACTO ORTOPEDICO.

Diagnóstico

Serviço Avaliação da Unidade

Prescrição

ALTA DO ORTOPEDICO

Conduta

Yuri Cardoso

Horário da medicacao

Dr. K. 11:00

Dr. K. 11:00

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

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

Reservado p' liberaçao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

✓ Marshall Pessoa Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Donivaldo dos Anjos Benoé			Registro:	
Idade: 63	Sexo: Mas	Cor:	Clínica:	EMP: LR:
Data: 15/10/18	Cirurgião: Dr. Juliano Reis		1º Assistente:	

2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista: Dr. Roberto Reis	Tipo Anestesia: Regional		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

gengiva lábio Direito parâtrave

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

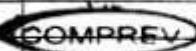
CID

o mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Amputação do lábio direito


COMPREV PREVIDÊNCIA SOCIAL

29 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSO

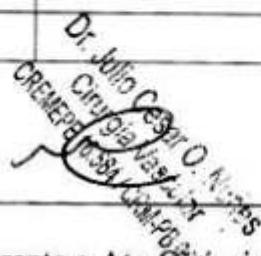
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 () Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico


Dr. Juliano Reis
CRM-PB 0.384
CIRURGIA 0.158

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Colocação do paciente em decúbito dorsal nos
raqueanestesio. Aspirino e enzimopain + Koloxigás
de sangue

Incisão:

Incisão elíptica围绕 the lâmina. debaixo
degrau da pele + TCSL elíptica óssea

Achados:

Conduta: Serrão óssea (com sene, dura, com ciadela/angulo
lateral). Detumescência de tecido nervoso e mielodese
incluindo tecidos.

Lançam exsérto com SF 9.1

Reverso de hóstese com eletrocautério

Fechamento:

Curvado carnoso

OBS:


COMPREV PREVIDÊNCIA S/

29 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data: 15/10/18

Dr. Julio Cesar Q. Nunes
Cirurgia Vasc. CT
CREMEPE 16.584 / CRM-PB 0092
MÉDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: José Roberto dos Prazeres Data da Admissão: 28/10/18
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: _____

Medicações em uso: _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS

29 MAR. 2019

PROTÓCOLO

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

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

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []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 []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez 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:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: _____

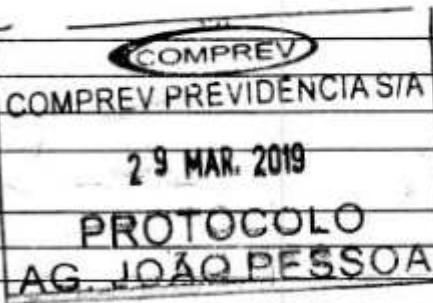
AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

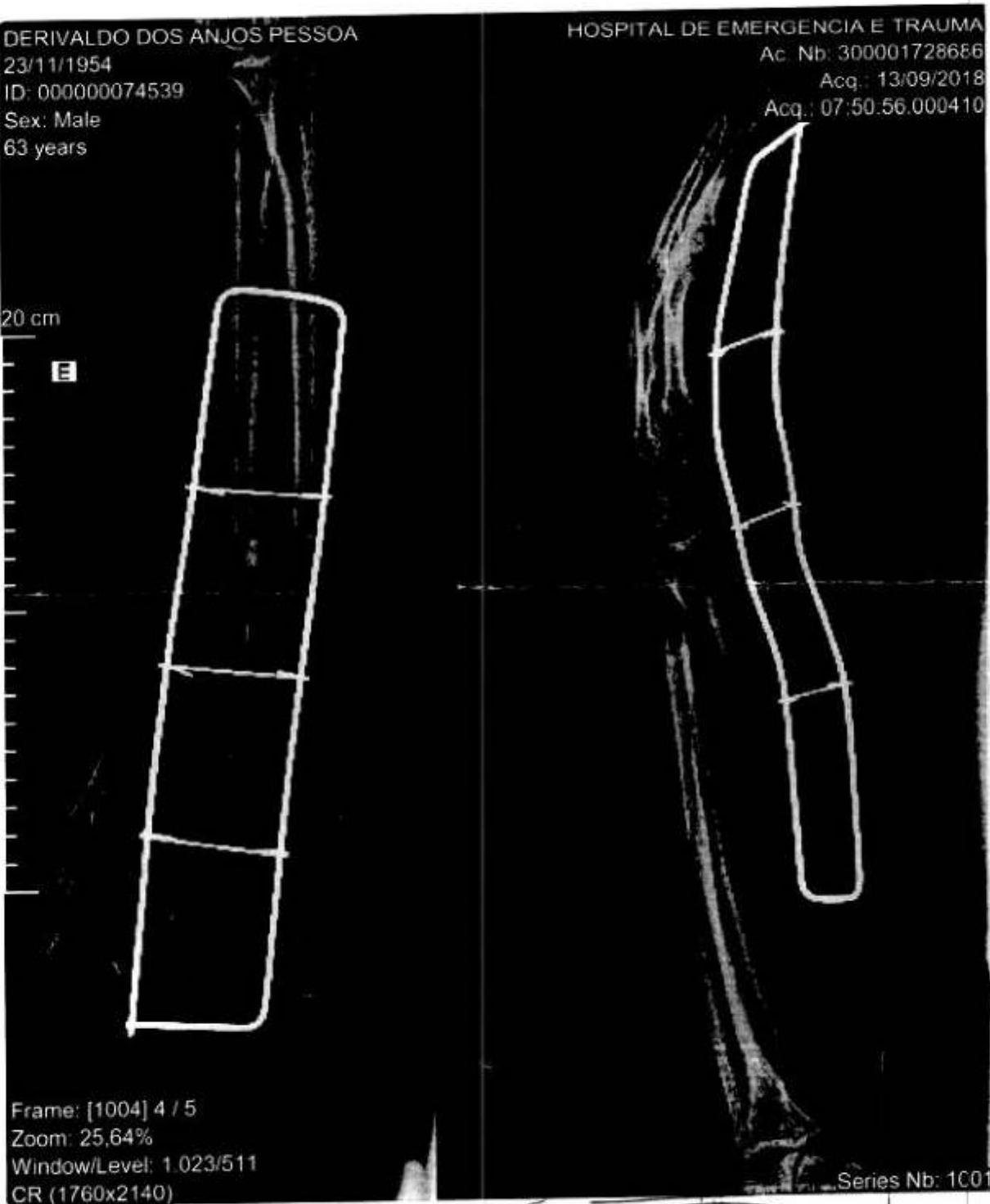


Conduta: _____

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

20 cm

E



Frame: [1004] 4 / 5

Zoom: 25,64%

Window/Level: 1.023/511

CR (1760x2140)

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

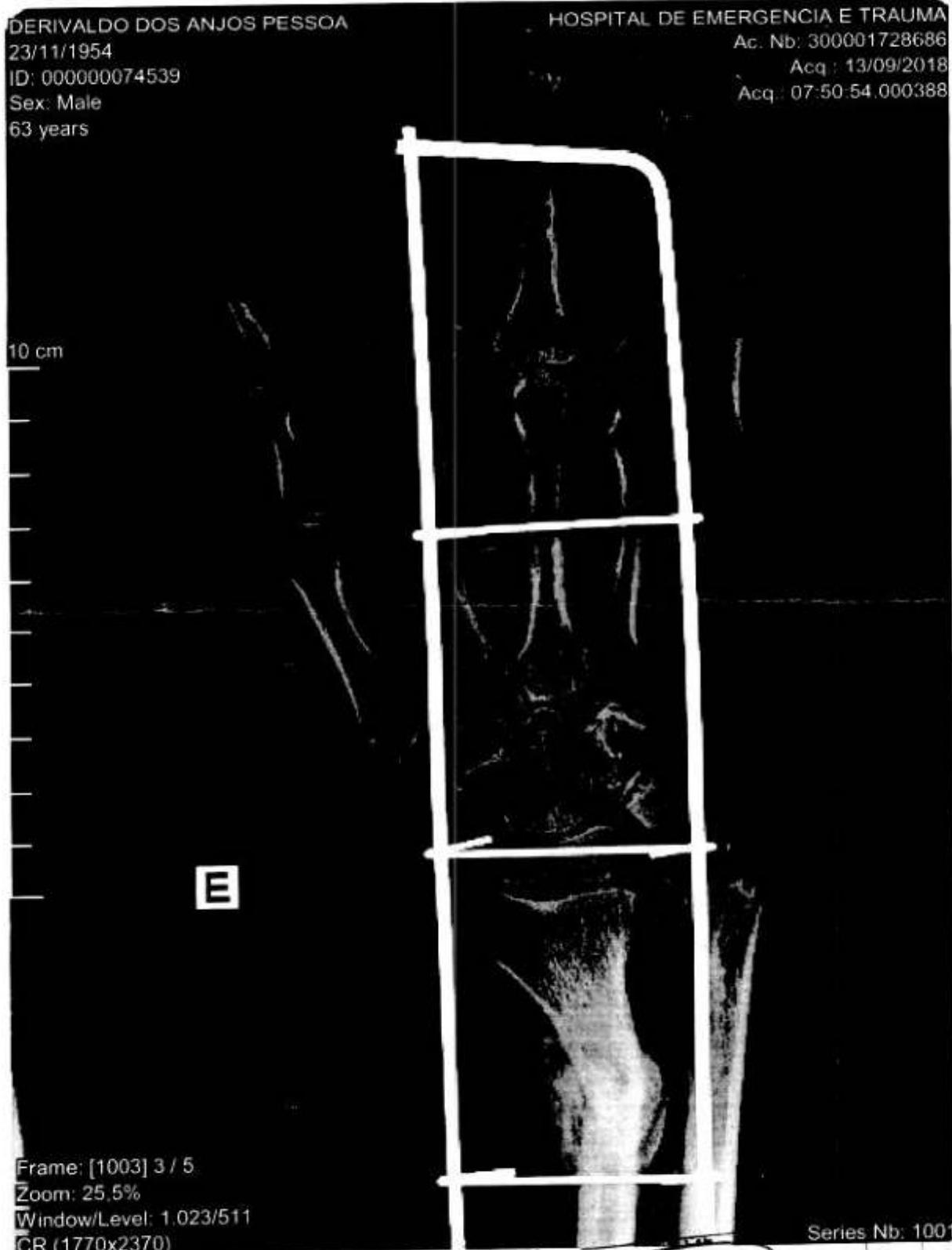
Series Nb: 1001

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAR. 2019
PROTÓCOLO
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



Frame: [1003] 3 / 5
Zoom: 25.5%
Window/Level: 1.023/511
CR (1770x2370)

Series Nb: 1001

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS
29 MAR. 2019
PROTÓCULO
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
PROTÓCOLO
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				
Município JOAO PESSOA - PB				Telefone Residencial CNES 2593262		Telefone Celular (83) 996726607 Telefone (83) 32165700		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA								

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, JOÃO 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 Pedro L. L. L. L.
 Ortopedista - Radiologista
 CRM 8048 TECR 15560

Assinatura e carimbo do profissional

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

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Derivado sob A. Pense</i>		PRONTUÁRIO N°			
EDADE	SEXO <i>M</i>	CRM	CLÍNICA		
DATA DE ADMISSÃO <i>08/10/18</i>		DATA DE ALTA <i>29/10/18</i>			
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Cerato tricotrop p/ c/ o</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>o corno</i>		CID			
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>A apotece de helix e</i>					
TERAPÉUTICA 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, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES			
<i>Receteu pt. q. de tocar cto e q desenvolveu ex. apertos no helix. Recom 30d a apotece de helix.</i>					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Laril*

REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 70 dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lava-la 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.

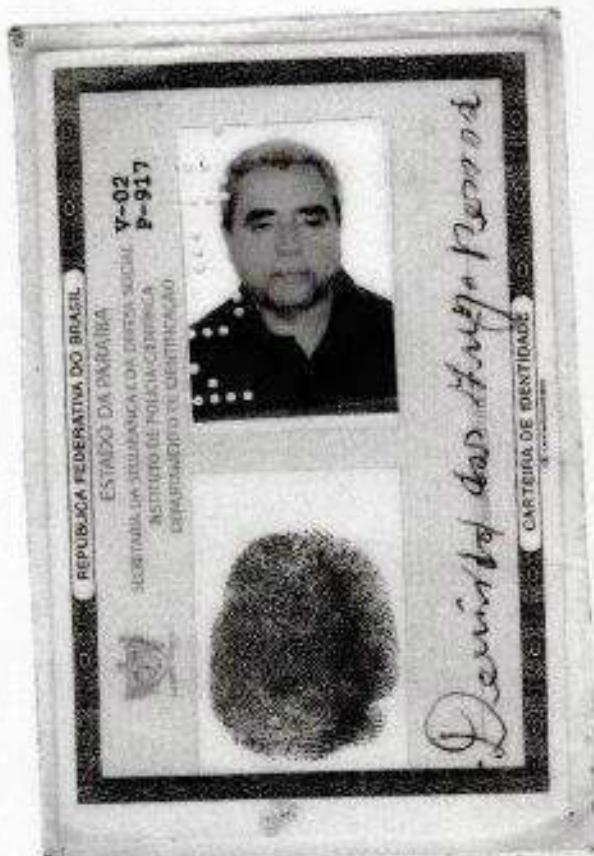
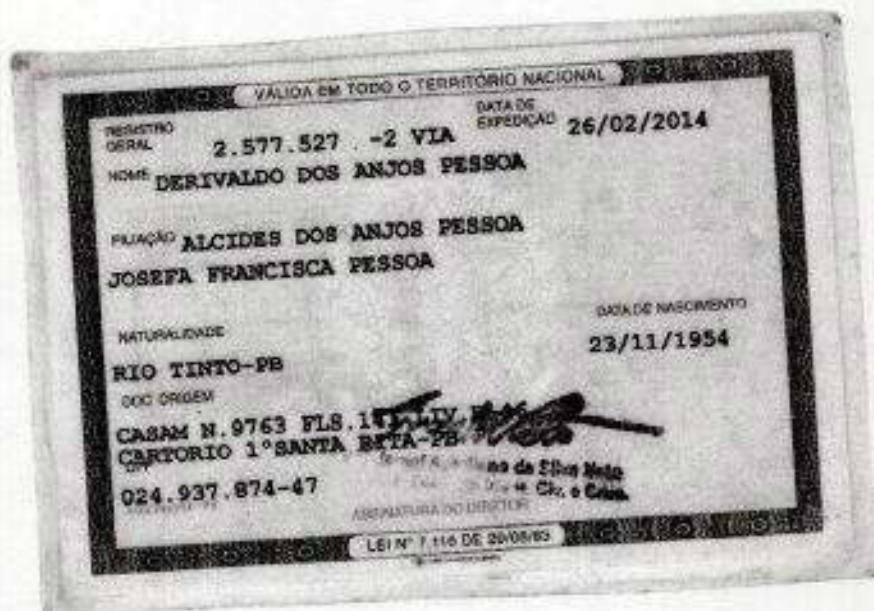
29/10/18

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 PREVIUÊNCIA S/A	
<i>29 MAR. 2019</i>	
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	





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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOSÉ JOSÉ 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 AO EXAME: RELATA DORMÊNCIA EM FACE (HEMIFACE ESQUERDA), EM USO DE BENGALA. MÃO DIREITA
físico: 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 DIAGNÓSTICO, 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

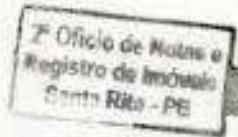
Outorgante: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADO, profissão VIGILANTE, residente e domiciliado à Rua CEL. EDIN PINTO TAVARES, Rúphino nº 702, bairro JARDIM EUROPA, Município de SANTA RITA, Estado de(o) PB, Cep: 53.300-000, portador(a) do Rg nº 2.577.527, SSP/... e CPF nº 024.939.874-47

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 nº14318, portador do CPF/nº 05631028406, 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.

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 MARCO de 2019.



Outorgante
CPF N°

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2018

Titular do CPF: DERIVALDO DOS ANJOS PESSOA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 29/03/2019

Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Data do cadastramento: 29/03/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA