
Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180593231

Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

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, 21 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180593231**

Vítima: JUSTINO TEOFILU DE SOUSA

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

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, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180593231

Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **JUSTINO TEOFILO DE SOUSA**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **237**

Agência: **000001594-6**

Conta: **000000491704-9**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 654 578.628-87 Nome completo da vítima: Justino Teófilo de Sousa

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

Nome completo: Justino Teófilo de Sousa CPF: 654578628-87

Profissão: Recuso Endereço: Rua João Pereira de Andrade Número: S/N Complemento: -

Bairro: Da Prefeitura Cidade: Santa Cruz Estado: PB CEP: 58824000

E-mail: verasdprvat@hotmail.com Tel. (DDD): (83) 9 9919-4307

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 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: 1594 6 CONTA: 0491704 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(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

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Sousa/PB, 17/12/2018

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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 ROGO, 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 DE TODOS.

18 DEZ. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 599/2018/DPVAT



Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO
Data do fato: 08.09.2018 HORÁRIO: 13H00 MIN.
Data de noticia do fato a Depol: 21.09.2018
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

NOTIFICANTE: JOAO JUSTINO DE SOUSA, BRASILEIRO(A), NATURAL DE SANTA CRUZ/PB, CARPINTEIRO, SOLTEIRO, NASCIDO(A) EM 18.07.1958, FILHO DE FRANCISCO JUSTINO DE SOUSA E ANTONIA ALVES DE ANDRADE, RESIDENTE NA RUA JOAO FERREIRA DE ANDRADE, SN, SANTA CRUZ - PB. RG 13.707.153-X SSP/SP.

VÍTIMA: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA BRASILEIRO(A), NATURAL DE SANTA CRUZ/PB, MOTORISTA, CASADO, NASCIDO(A) EM 24.10.1953, FILHO DE FRANCISCO JUSTINO DE SOUSA E ANTONIA ALVES DE ANDRADE, RESIDENTE NA RUA JOAO FERREIRA DE ANDRADE, SN, SANTA CRUZ - PB. RG 6.997.990-X SSP/SP.

HISTORICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário acima descritos a vítima, JUSTINO TEOFILO DE SOUSA, ao conduzir o VEÍCULO HONDA NXR150 BROS ES, PLACA NQC6304/PB, ANO FAB/MOD 2011/2011, CHASSI 9C2KD0550BR004514, RENAVAL 00332576523 MATRICULADA EM NOME DE FRANCISCO ALVES DE SOUSA, quando a vítima trafegava na rodovia PB-359, na altura do Sítio Timbaúba - zona Rural de Santa Cruz-PB, quando um outro veículo, não identificado, colidiu com a motocicleta da vítima, vindo a cair ao solo; QUE foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital Regional de Sousa; QUE A VÍTIMA SOFREU AMPUTAÇÃO NA PERNA ESQUERDA, E FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR, E VÁRIOS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO; QUE diante dos fatos o notificante, procurador constituído, veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTES FATOS VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 21 de setembro de 2018.

X João Justino de Sousa
☐ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisangela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

18 DEZ. 2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 654 578.628-87 Nome completo da vítima: Justino Teófilo de Sousa

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

Nome completo: Justino Teófilo de Sousa CPF: 654578628-87

Profissão: Recuso Endereço: Rua João Pereira de Andrade Número: S/N Complemento: -

Bairro: Da Prefeitura Cidade: Santa Cruz Estado: PE CEP: 53824000

E-mail: verasdpvat@hotmail.com Tel. (DDD): (83) 9 9919-4307

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1594 6 CONTA: 0491704 9

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

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(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

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Sousa/PE, 17/12/2018

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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 ROGO, 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 DE TODOS.

18 DEZ. 2018

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 08/09/18	ID da Ocorrência: 0024	☐ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe: USA 01	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: : Hs	Hora de Chegada no Local: : Hs
Paciente / Usuário: Justino Yeopilo de Sousa				Idade: 65	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Telefone: _____
Local da Ocorrência: ☐ Aparecida ☐ Lastro ☐ Vieirópolis ☐ Marizópolis ☐ Nazarezinho ☐ São Gonçalo ☒ Outro: Santa Cruz				Bairro: _____		Médico Regulador: Rodrigo
Logradouro: _____						
Quantidade de vítima(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no local: ☐ USB ☒ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTAN ☐ STTRANS ☐ Outro: _____						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro: _____						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HRS				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): _____		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☒ TRAUMA Motivo: _____	☐ TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____ Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____
CAUSAS EXTERNAS ▶ Acidente de Trânsito ☒ Colisão carro x moto ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento por: _____ ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro: _____ ☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: _____ ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro: _____	ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo Quais? _____

1 - DADOS VITAIS

P.A.: 110 x 60 FC: 86 FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: 92 SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro:
 USA 01 Respondeu para o caso a USA 014 que mantinha em paciente; vítima de colisão carro x moto o mesmo mantinha-se com fratura exposta de fêmur (E) e fratura de pl (E); está em um estado estável e foi ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA (E); mantendo avaliação médica e encaminhado ao HRS.

2 - VIA AÉREA

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☒ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____

Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaringea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☒ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☒ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☒ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**PERTENCES DA VÍTIMA**

☐ Não
☐ Sim
Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Alvaro

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____

CORÉN: _____

ENFERMEIRO(A): Alvaro Antônio J. da Silva

COREN: 315619

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	15/01/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	7.087,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01594-6

CONTA: 000000491704-9

Nr. Autenticação

BRABESCO1501201905000000000023701594000000491704708750 PAGO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Requisito para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 016.994.969



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JUSTINO TEOFILO DE SOUSA
RUA JOAO FERREIRA DE ANDRADE S/N
SANTA CRUZ

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1555044-5

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

12/12/2018

CONSUMO

11

VENCIMENTO

19/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 18,44

Acesse: www.energisa.com.br



Despague aqui

JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

Roteiro: 07-193-750-2570

83690000000-8 18440054000-3 15550442018-5 12000193019-3

VENCIMENTO

19/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 18,44

MATRÍCULA

1555044-2018- 12-0



18 DEZ. 2018

JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, GATO PRETO,
SOUZA / PB CEP: 58300000 (AO: 177)

Emissão: 04/12/2018 Referência: Dez/2018
Classificação: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONITORAMENTO
Roteiro: 1-177-10-1720 Nº medidor: 00000000267



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 09.096.931/0001-40 Ins. Est: 15015131-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 016.469.049
Cód. para Cód. Automático: 00000001230

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Dez / 2018	04/12/2018	04/01/2019	002.613.164-00 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/696132-0

Canal de contato

- Exercício da apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
Reservista, apresentando na sua Organização Militar

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
05/11/18	65050	04/12/18	66075	1	1027	29

Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Custo Adm. (R\$)	Valor Base
0001	Consumo em kWh	1027,000	0,829810	852,01	852,01	213,00
0001	Adc. 3ª Amargosa			12,84	12,84	25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			44,23	0,00	0
0004	JUROS DEMORA 10/2018			10,00	0,00	0
0005	MULTA 10/2018			12,00	0,00	0
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			8,83	0,00	0

CC: Código de Classificação do item TOTAL 899,76 864,96 216,21 864,96 9,37 43,20

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

629 **11/12/2018** **R\$ 939,76**

Histórico de Consumo (kWh)

307 | 319 | 473 | 664 | 711 | 631 | 655 | 694 | 603 | 713 | 692 | 726
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

2519.c74f.73cc.5d33.9009.0f18.656f.1eb2

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	44,1m	0,00	NOMINAL 220
DIG TRIMESTRAL	44,1m	0,00	CONTRATADA 200
DIG ANUAL	44,1m	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
DIG MENSAL	44,1m	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
DIG TRIMESTRAL	44,1m	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
DIG ANUAL	44,1m	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
DIG MENSAL	44,1m	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
DIG TRIMESTRAL	44,1m	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
DIG ANUAL	44,1m	0,00	LIMITE SUPERIOR 231

Comparativo do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	852,01	90,66
Consumo de Energia PB	12,84	1,37
Serviços de Transmissão	44,23	4,71
Serviços de Distribuição	10,00	1,06
Impostos e taxas de Energia PB	8,83	0,94
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	899,76	100,00

Valor de Referência 10/2018: 153,2021

ATENÇÃO

- REATIVAÇÃO DE VENCIMENTO: Caso as faturas não tenham sido pagas, o cliente poderá solicitar a reativação do vencimento, desde que não tenha sido cancelado o contrato. A reativação do vencimento não elimina a responsabilidade do cliente em relação ao fornecimento de energia elétrica. O cliente deverá pagar as faturas em atraso e o valor devido será atualizado. O cliente deverá apresentar o comprovante de pagamento das faturas em atraso. Caso contrário, o cliente poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deverá apresentar o comprovante de pagamento das faturas em atraso. Caso contrário, o cliente poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Faturas em atraso

Nov/18 713,22

ENERGISA PARAIBA

Roteiro: 1-177-10-1720
Matrícula: 696132-2018-12-5

VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 939,76



18 DEZ. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,

RG nº 2001097006008, data de expedição 03/10/13, Órgão SSP/DS/CE,

CPF nº 973.419.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Jose Paçundes de Lira</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	<u>— 1 —</u>
Bairro	<u>Gato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8181-8197 / (83) 9.9919-4307</u>
E-mail	<u>verasdpvat@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 25/09/2018

Assinatura do Declarante: 

DOCUMENTO ORIGINAL

18 DEZ. 2018

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833/53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Justino Teófilo de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 654.578.628/87 do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Justino Teófilo de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 654.578.628/87, 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>Rua José Paes de Lira</u>		Número <u>51N</u>	Complemento <u>—</u>
Bairro <u>Gato Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58800000</u>
Email <u>Verasdpvrat@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)9.8181-8197</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)9.9919-4307</u>

Sousa-PB, 17 de Dezembro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Alves de Sousa,
RG nº 1.384.455, data de expedição 17/01/11,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 727.381.544-68, com
domicílio na cidade de São Francisco, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Antonio Xavier, nº S/N,
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 Justino Teófilo de Sousa cujo o condutor era
Justino Teófilo de Sousa.

Veículo: Honda/NXR150 Beos Es
Modelo: 2011
Ano: 2011
Placa: NQG6304
Chassi: 9C2K D0550R R004514
Data do Acidente: 06/09/2018
Local e Data: Sousa/PB, 17/12/2018

Francisco Alves de Sousa
Assinatura do Declarante

Justino Teófilo de Sousa

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

SERVIÇO NOTARIAL E CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL Tv. Antônio Xavier da Costa 10 - São Francisco-PB	Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: <u>Francisco Alves de Sousa</u>
	Em test. da Verdade, São Francisco - PB, <u>24/09/2018</u> Francisco Freitas da Silva, Escrivão Substituto
	SELO DIGITAL: <u>AH033591-AGLN</u>
	Confira a autenticidade em <u>https://selodigital.tpb.jus.br</u> Francisco Freitas da Silva Escrivão Substituto

18 DEZ. 2018



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA
DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES



GOVERNO
DA PARAÍBA

MAT.: 130.895

Nome: Justino Teófilo de Sousa Bloco: _____ Apt.: _____ Leito: _____
D.N.: 24/10/1963 Est. Civil: casado Desp.: Francisco Alves de Sousa
Rua: João Ferreira Andrade Cidade: Santa Cruz Est.: PB
Médico Assistente: Dr. George Clínica: UNES
Data da Internação: 08/09/2018 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Possível início de acidente de modo com

História da Doença Atual:

Ampliação horizontal do nariz do

- Ponta E com alongamento do

nariz do. olhos E com palpebra do

EXAME FÍSICO:

Cordeiro lateral do olho E com

Perda área + alongamento em curso calculado e

alongamento em P. D. D.

DIAGNÓSTICO:

Pelvicoreuma

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

18 DEZ. 2018

Dr. George Kennedy Dantas Rocha
Médico Assistente (Médico) (C.R.O. 10.115)
CRM-PB 7010 e RQE-4745

Nome: <u>José Roberto Teodoro</u>	Idade: _____	Cor: _____	Enfermaria: <u>06</u>	Leito: _____	Categoria: _____
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO		
25/04	Dieta com 1kg de carne 1kg de carne com 1kg de arroz 1kg de carne com 1kg de arroz 1kg de carne com 1kg de arroz 1kg de carne com 1kg de arroz 1kg de carne com 1kg de arroz 1kg de carne com 1kg de arroz 1kg de carne com 1kg de arroz	1h 30 1h 30 1h 30 1h 30 1h 30 1h 30 1h 30 1h 30	Atendimento realizado em 25/04/2014, com a presença do paciente e acompanhante. O paciente encontra-se bem, sem queixas, e a dieta prescrita está sendo seguida.		
26/04	Dieta com 1kg de carne 1kg de carne com 1kg de arroz 1kg de carne com 1kg de arroz 1kg de carne com 1kg de arroz 1kg de carne com 1kg de arroz 1kg de carne com 1kg de arroz 1kg de carne com 1kg de arroz 1kg de carne com 1kg de arroz	1h 30 1h 30 1h 30 1h 30 1h 30 1h 30 1h 30 1h 30	Atendimento realizado em 26/04/2014, com a presença do paciente e acompanhante. O paciente encontra-se bem, sem queixas, e a dieta prescrita está sendo seguida.		



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ- PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SAMU

Santa Cruz, 14 de Setembro de 2018.

Ao Sr. (a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 13 de Setembro de 2018, passa a informar o que segue:

Nº da ocorrência: 0024

Vítima: Justino Teófilo de Sousa

Sexo: Masculino

Data: 08/09/2018

Local da Ocorrência: Sítio Timbaúba – PB-359.

Médico Intervencionista: Drº Rodrigo

Enfermeiro: Isabel Ferreira Neta

Téc. de Enfermagem: Jéssica Maria de Lima

Condutor: Allisson Nascimento

Viatura: USB – 14

Natureza da Ocorrência: Equipe acionada para atendimento à vítima de colisão moto x carro. Ao chegarmos no local, o paciente encontrava-se em decúbito lateral, apresentando corte contuso em região parietal, fratura exposta em joelho esquerdo, hematoma na região periorbital, pé esquerdo lacerado com comprometimento vascular e escoriações em várias regiões do corpo. Realizado a imobilização conforme protocolo de APH, instalado O² com máscara de venturi a 50%, 02 acessos venosos calibrosos, sendo solicitado apoio da USA para fazer a intercepção para conduzir ao Hospital Regional de Sousa.


Vanessa Kelly Amaral Duarte
Coordenadora Administrativa

COREN PB: 306.870

18 DEZ. 2018

Respiração:	☐ O ₂ L/min	☐ TOT	☐ VMA	☐ Máscara de Venturi
FR: _____ irpm	☐ Catéter nasal	☐ TQT	☐ VNI	☐ O ₂ Ambiente
Expansibilidade Torácica Preservada: ☐ Sim ☐ Não Local: _____				
Dreno Torácico: ☐ Sim ☐ Não		Local: _____		Débito: _____ ml
Murmúrios vesiculares:	☐ Presentes	☐ Ausentes	☐ Diminuídos	
Ruídos Adventícios:	☐ Roncos	☐ Sibilos	☐ Estertores	
Tosse:	☐ Presente	☐ Ausente	☐ Seca	☐ Produtiva - Aspecto: _____
Ritmo Cardíaco:	☐ Regular	☐ Taquicárdico	☐ Bradicárdico	☐ Arritmia
FC: _____ bpm	PA: _____ x _____ mmHg	PCV: _____ cmH ₂ O		
Droga Vasoativa: ☐ Sim ☐ Não Qual? _____				
Acesso Venoso:	☐ Periférico	☐ Central	☐ Dissecção	
Abdome:	☐ Globoso	☐ Plano	☐ Flácido	☐ Ascítico
	☐ Doloroso	☐ Distendido	☐ Tenso	☐ Incisão Cirúrgica
☐ SNG/SOG	☐ SNE	☐ Gavagem	☐ Oral	☐ Aberta - aspecto _____
Ruídos Hidroaéreos:	☐ Presentes	☐ Ausentes	☐ Diminuídos	
Ostomias: ☐ Sim ☐ Não	Local: _____			Débito: _____ ml
Drenos: ☐ Sim ☐ Não	Qual? _____ Local: _____			Débito: _____ ml
Evacuações:	☐ Presentes	☐ Ausentes	☐ Constipação	☐ Diarreia
Diurese:	☐ Espontânea	☐ SVD	☐ SVA	☐ Cistostomia
Aspecto:	☐ Colúria	☐ Límpida	☐ Hemática	☐ Piúria
Volume:	☐ Anúrico	☐ Polaciúrico	☐ Poliúria	☐ Oligúria
Função	☐ Preservada	☐ Paraplegia	☐ Tetraplegia	
Locomotora:	☐ Hemiplegia	☐ Parestesia	☐ Paresia	
MMSS e MMII	☐ Amputação	☐ Varizes	☐ Fraturas	
	☐ Fístulas	☐ Trações	☐ Edema	

IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO(A): Paciente admitido neste setor procedente do bloco cirúrgico em PO de politrauma, consciente e orientado em O₂ ambiente saturando normal. Pressão normal sem pulso devido ao politrauma. Membro amputado traumático ao nível da região do T₁₂ e, medicado analg. monitorizado.

Márcia Moniz de Azevedo
Enfermeira
COREN 10.556

ADMISSÃO DO T_{EC}. DE ENFERMAGEM:
Paciente procedente do bloco cirúrgico o mesmo é paciente politraumatizado com amputação de membro superior esquerdo seg. consciente orientado, verbalizando e cooperativo e segue os cuidados.

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____

T_{EC}. DE ENFERMAGEM: D^a Jo COREN: 208297



CENTRO DE IMAGEM
Dr. Péricles Neves

PACIENTE: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA
REQUISITANTE: JOSÉ AUGUSTO BRAGA ROLIM

Nº.: 88134

DATA: 10/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado no plano axial, com cortes de 4,0mm de espessura na fossa posterior, e 6,0mm de espessura na região supratentorial, sem utilização do produto de contraste endovenoso, por solicitação do médico assistente.

RELATÓRIO:

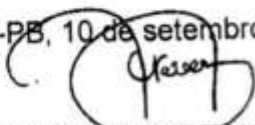
1. Parênquima encefálico apresenta morfologia e coeficiente de atenuação normal.
2. Aspecto anatômico dos sulcos entre os giros corticais, fissuras Sylvianas e cisternas da base.
3. Sistema ventricular apresenta morfologia, dimensões e coeficiente de atenuação normais.
4. Ausência de coleções extra-axiais.
5. Não há evidência de desvio da linha média.
6. Ausência de calcificações patológicas.
7. Material com atenuação de líquido espesso ou partes moles preenchendo parcialmente as células etmoidais e seio esfenoidal.
8. Aumento de partes moles na região temporoparietal esquerda, com enfisema subcutâneo regional.

Conclusão:

- Edema/hematoma subgaleal temporoparietal esquerdo.
- Hemossinus ou sinusopatia.

18 DEZ. 2018

SOUSA-PB, 10 de setembro de 2018


Dr(a). MARCELL CARTAXO NEVES
Médico(a) Radiologista
CRM Nº 6089

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO GERAL OLIMPESTON DALLINT

9106-6

JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.997.990-X DATA DE EXPEDICAO 08/02/95

NOME JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

FILIAÇÃO FRANCISCO JUSTINO DE SOUSA

ANTONIA ALVES DE ANDRADE

NACIONALIDADE S. L. R. - PB DATA DE NASCIMENTO 24/08/1953

DOC. ORIGEM SAO BERNARDO DO CAMPO SP

SAO BERNARDO DO CAMPO

CC: LV. 3160/FLS. 168 / N. 047513

CNP 03.837.002.001

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N. 7.115 DE 29/08/83

18 DEZ. 2018



18 DEZ. 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180593231 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com hematoma subgaleal à esquerda. Fratura exposta dos ossos da perna esquerda com lesões vasculares múltiplas e de partes moles.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame, vítima apresenta coto de amputação transtibial do membro inferior esquerdo, com retração cicatricial. Atrofia muscular ao nível do referido coto, deambulando com dificuldades com auxílio de muletas. Cicatrizes de suturas ao nível do couro cabeludo temporal esquerdo, sem sequelas neurológicas.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, suturas em couro cabeludo e amputação do membro inferior esquerdo ao nível do terço proximal da tíbia esquerda.

Sequelas permanentes: Amputação do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180593231**

Nome do(a) Examinado(a): **JUSTINO TEOFILO DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOAO FERREIRA DE ANDRADE, S/N - CENTRO - Santa Cruz - PB - CEP 58824-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **6997990-X**

Data e local do acidente: [**08/09/2018**] **Santa Cruz pb**

Data e local do exame: [**27/12/2018**] **Caicó** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo craniano com hematoma subgaleal à esquerda. Fratura exposta dos ossos da perna esquerda com lesões vasculares múltiplas e de partes moles.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta coto de amputação transtibial do membro inferior esquerdo, com retração cicatricial. Atrofia muscular ao nível do referido coto, deambulando com dificuldades com auxílio de muletas. Cicatrizes de suturas ao nível do couro cabeludo temporal esquerdo, sem sequelas neurológicas.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, suturas em couro cabeludo e amputação do membro inferior esquerdo ao nível do terço proximal da tíbia esquerda.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Amputação do membro inferior esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Francisco Jares de Queiroz Silva - CRM: 2245 - RN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180593231 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA NO MEMBRO INFERIOR AO NÍVEL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180593231 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA NO MEMBRO INFERIOR AO NÍVEL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180593231 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com hematoma subgaleal à esquerda. Fratura exposta dos ossos da perna esquerda com lesões vasculares múltiplas e de partes moles.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame, vítima apresenta coto de amputação transtibial do membro inferior esquerdo, com retração cicatricial. Atrofia muscular ao nível do referido coto, deambulando com dificuldades com auxílio de muletas. Cicatrizes de suturas ao nível do couro cabeludo temporal esquerdo, sem sequelas neurológicas.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, suturas em couro cabeludo e amputação do membro inferior esquerdo ao nível do terço proximal da tíbia esquerda.

Sequelas permanentes: Amputação do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Justino Teófilo de Sousa

Nacionalidade: brasileira

Estado Civil: casado

Identidade: 6997990

CPF: 654578628-87

Profissão: Reuso

Endereço: Rua João Ferreira de Oliveira
Santa Cruz / PB



OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 2001097006008

CPF: 973.419.833-53

Profissão: EMPRESARIO

Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, GATO PRETO, SOUSA/PB.



Jose Walter da Silva Cesarino Junior
Escrivente Autorizado
3º Ofício - Sousa-PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT

para

a

vítima

Justino Teófilo de Sousa

Sousa/PB, 17/12/2018

Local e data

Justino Teófilo de Sousa
Assinatura do Outorgante

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454842/18

Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

CPF: 654.578.628-87

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 08/09/2018

Titular do CPF: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

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

JUSTINO TEOFILO DE SOUSA : 654.578.628-87

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

Data da entrega: 18/12/2018
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL