

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DELFINO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180022656

Vitima: JOSE DELFINO FERREIRA

Data do Acidente: 22/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180022656**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12231784



Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DELFINO FERREIRA

Sinistro: 3180022656
Vítima: JOSE DELFINO FERREIRA
Data do Acidente: 22/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180022656** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12348688

A/C: JOSE DELFINO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180022656
Vítima: JOSE DELFINO FERREIRA
Data do Acidente: 22/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE DELFINO FERREIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000101678-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

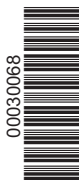
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

180.506.384-42

José Delfino Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Delfino Ferreira	CPF titular da conta 180.506.384-42	Profissão Aposentado de máquina
Endereço Rua: Antônio Francisco da Costa	Número 101	Complemento
Bairro Furquim	Cidade João Pessoa	CEP 58049400
Email	Estado PB	Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA
RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00 ☐ RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NR01 3033 DV 03 CONTA NR01 101698 DV 9
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

ATÉ RS 1.000,00 ☐ ACIMA DE RS 1.000,00 ☐
RS 1.001,00 ATÉ RS 3.000,00
05 JAN. 2018
BANCO DO COLO
Pessoa Física
AGÊNCIA NR01 DV CONTA NR01 DV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. Pessoa 05 de Janeiro de 2017
Local e Data

gestão e seguro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo

Autorização de pagamento



1994, 1995, 1996

COMPANHIA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
05 JAN. 2018
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

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

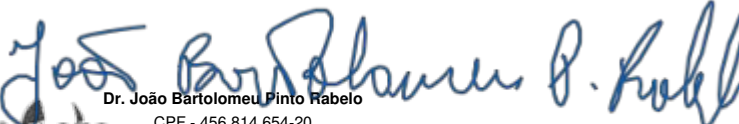
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jose Delfino Ferreira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Francisco da Costa, 101
Funcionarios Joao Pessoa PB CEP: 58079-400
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 569665
Data local do exame: [29/01/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FRATURA DA TIBIA DIREITA DISTAL.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZ CIRURGICA NA PERNA DIREITA, RIGIDEZ ARTICULAR E EDEMA RESIDUAL NO TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- EVOLUI COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, RIGIDEZ ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
Data da alta: 10/12/2017
REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO, OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
RESULTADOS INSATISFATORIOS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA COM RIGIDEZ DE TORNOZELO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
Complicações: INFECÇÃO LOCAL QUE FOI TRATADA COM LIMPEZA CIRURGICA E RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, RIGIDEZ ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| MEMBRO INFERIOR - Direito | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Av. Diógenes Chianca, 1777

Água Fria - CEP 58053-900

João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 711/071, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1705033, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente JOSE DELFINO FERREIRA idade 60 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x ônibus) no dia 22/05/2017, na R. Prof. José Holmes, Bairro: Costa e Silva - João Pessoa - aproximadamente às 12:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Comprovação de ato declaratório

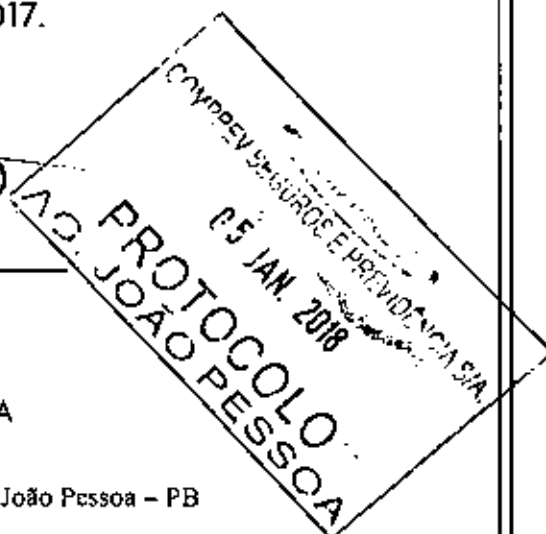


João Pessoa, 29 de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE 15 - Registro: 10171

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

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: 31/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DELFINO FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000101678-9

Nr. da Autenticação C1A4A29BE2C3DA4C

Vota Faccioli e Costa de Início da Era do Milênio com
Cédula para Dito Automático 000000000000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPI/CNPJ/RAM
Out / 2017	19/10/2017	20/11/2017	69200122434

DC (Unidade Consumidora): 5/838659-1

Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura			
15/01/17	22660	15/01/17	22660		216	30
Demonstrativo						
001	Consumo de 30 kWh-BR	11.000,00	0,23333333	7,15	0,15	27
002	Consumo de 30 kWh-BR	7,15	0,0950	22,78	0,15	27
003	Consumo de 120 kWh-BR	16.000,00	0,61333333	72,72	0,15	27
004	Adc. B. Amarelo			1,32	0,02	27
0051	Adc. B. Vermelho			4,37	0,07	27
0061	Subtotal			87,24	0,14	27
Subtotal 07/12/16 001						
0071	CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINACAO			0,00	0,00	0
0081	CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINACAO			0,00	0,00	0
0091	MULTIPLICAÇÃO			0,00	0,00	0
0101	PARTICIPAÇÃO DE DESPESAS			0,00	0,00	0
0111	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2017			0,00	0,00	0
0121	Descontos em folha			0,00	0,00	0
001 Cotação e aplicação do item TOTAL				138,27	132,67	0,06

Abstract (fifteen minutes max)

VENCIMENTO
21/11/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 188,27

Histórico de Consumo (kWh)

204	414	197	240	221	242	238	125	187	179	193	177
Feb-17	Aug-17	Jan-17	Jun-17	Oct-17	Mar-17	Feb-17	Jun-17	Dec-17	Nov-17	Jul-17	May-17

2ee1.3fd9.6df1.fe26.6bd0.9286.c69a.2c57

Indicadores de Qualidade 8/2017 - 4a Ed. R1a

	Limites da ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)
DISTRIBUIÇÃO	5,6	0,00	
DISTRIBUIÇÃO	11,2		MONOFASICA
DISTRIBUIÇÃO	42,9		220V
TRANSMISSÃO	7,4	0,00	
TRANSMISSÃO	8,2		CONEXÃO
TRANSMISSÃO	12,5		PARTE INFERIOR
TRANSMISSÃO	13,2	0,00	DE 110V A 220V
TRANSMISSÃO	13,2		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Despesa com Energia Elétrica	27.76	12,72
Serviço de Energia	57,87	25,11
Serviço de Transportes	4,28	1,85
Serviço de Água	1,5	0,67
Serviço de Saneamento Básico	2,42	1,08
Serviço de Limpeza	1,24	0,55
Total	138,27	100,00

7204: 2018-01-23 15:55:00

Abstract

[illegible]

Acq 17 158.

Componente de residencia



05 JAN. 2018
PROCOLO
ÃO 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 numero 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.

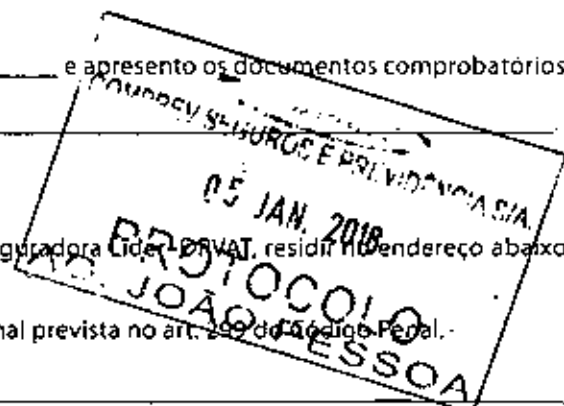
Pelo exposto, eu Wanderson G. do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 033645454 / 40 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Yadé Deliana Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 180.506.384 / 42 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Yadé Deliana Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 180.506.384 / 42 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: Poliana Quaxama</u>		Número <u>308</u>	Complemento
Bairro <u>Jaçatim Curupá</u>	Cidade <u>Santa Rita</u>	Estado <u>Paraná</u>	CEP <u>58300-000</u>
Telefone comercial (DDD) <u>(41) 99423-2644</u>		Telefone celular (DDD) <u>(41) 999151062</u>	

Wanderson G. do Nascimento 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Wanderson G. do Nascimento
Assinatura do Declarante

Declaração Circular SUSEP 445/12



CERTIDÃO

Nº. 1421/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO G DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº31458 e Prontuário nº 2017.05.003085 pertencentes a **JOSE DELFINO FERREIRA** que foi atendido dia 22/05/2017 às 13H09min, vítima de colisão moto x ônibus, apresentando trauma em tornozelo direito.

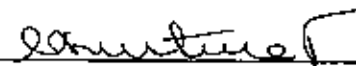
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Realizado enxerto no tornozelo direito dia 22/05/2017 e 08/06/2017 com alta médica dia 09/08/2017.

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

Documentação médica - hospitalar



João Pessoa, 03 de outubro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



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: (83) 3214-1980 CNPJ:

Ficha Nr: 31458 Ad: Nao Regular
Data: 22/05/2017
Hora: 13:09:31
Recepcionista: LUCIA GADELHA LOURENCO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE DELFINO FERREIRA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 569665 Fone: 987440106 Num. Prontuario: 2017.05.003085
Natural: ALAGOA GRANDE/PB Data Nasc.: 15/06/1957 Id: 59 ano(s)
End.: RUA MARIA DAS DORES SILVA, 171
Bairro: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ELVIRA MARIA DA CONCEICAO Pai: NAO INFORMADO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: OPERADOR DE EQUIPAMENTO NAO ESPECIFICADO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
FORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: JOSE DELFINO FERREIRA
Tc. Responsavel: 987440106 / IDENTIDADE: 569665
Precedencia: RUA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO DE MOTO /C/ ONIBUS LA NOS FUNCIONARIOS
Vitima de violencia por: PROX A FARMACIA FRANCA AS 12,00
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Principal Observação
Paciente vítima de colisão moto e ônibus
na rua de cima com ferimento corte contuso em abd.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Acidente de moto na rua perto da
consciência em cima. ABD NDN DCE

Diagnostico

Conduta R / stop

Prescrição

Horario da medicacao

Prescrição de medicação + hora de
Leticia

SECRETARIA DE SAUDE
BUREAU DE PREVIDENCIA
05 JAN. 2018
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

Leticia Aires Benjamin
Cirurgia Geral
CRM PB 9237

11.07.2017 Realizado Atendimento Psicologico

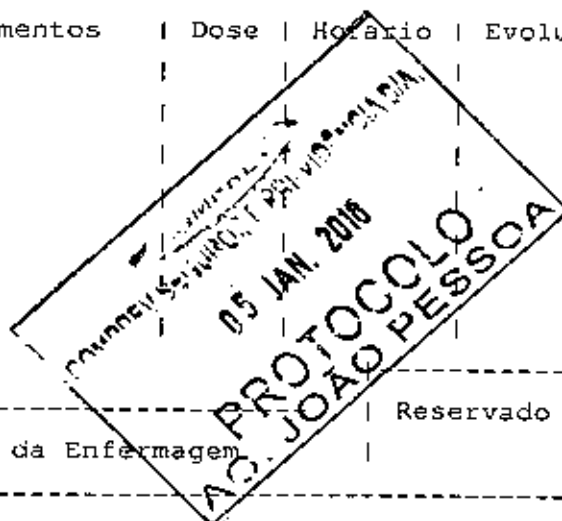
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

(Concluido em outro)


Guiomar Ferreira da Silva
Psicóloga Clínica e Hospitalar
CRP 13 4365

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
-----	--------------	------	---------	----------



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

 RONALDO FERRIRA ASSUNÇÃO

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: José Delfino Ferreira Data da Admissão: 22/05/2018
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: Art. Instauração de movimento em Terceiro P.

HDA: Paciente vítima de acidente de moto apresentando dor +
fractura de movimento. Foi operado por um Terceiro P. +
fractura de movimento em Terceiro P. Direito

Medicações em uso: Paracetamol + Alendronato 10mg
em uso + Paracetamol a noite.

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele:

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

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

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

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal-Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: Amputação de membros inferiores no parto

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ PR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares

Exames complementares realizados em 05/01/2018
permeabilidade da artéria renal direita

Hipóteses Diagnósticas:

Insuficiência cardíaca congestiva
permeabilidade da artéria renal direita

Conduta:

Intensificação da medicação

IMC + fraco restrição - controle de glicose

Dr. Thiago Soares Pinheiro
Médico
CRM 10033-PB

Fredson

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Antibiotioterapia
- (2) Paciente em decúbito dorsal sob maciamento
- (3) Antiespasmódico + analgésico
- (4) Anestesia de campo único

Incisão:

- (5) Linhas verticais sempre com seu eixo fisiológico 0,9% exatamente + desidramento de tecido conectivo.
- (6) Realização de pontos de fixação de fixação de omoplata para D. com fixador externo. 10 pontos.

Achados:

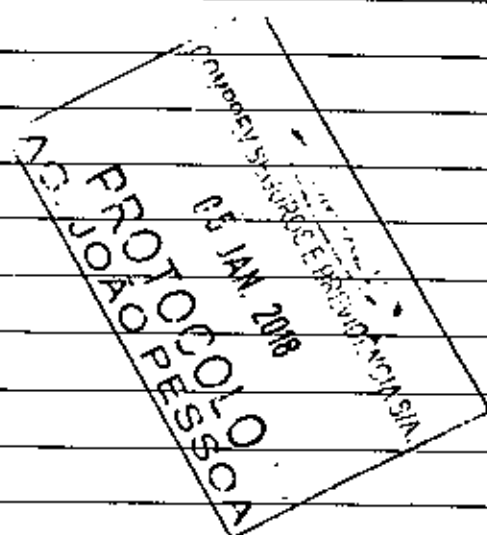
- (7) dois ossos de fratura de omoplata para D. com fixador externo + hemostase de 12h. 10 pontos com 10 pontos.
- (8) sutura de pele para aproximação com fios de nylon 3/0.

Conduta:

- (9) Sutura de omoplata com 10 pontos.
- (10) Sutura de pele.

Fechamento:

OBS:



Data: 20/05/2017

Dr. João Bruno F. Pinheiro
Médico
CRM 10933-PB R. 1º D. F. Costa

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Deciduo dorsal
transverso e PVP

Incisão:

Achados: Nenhum um x no zel direct

Conduta: Realizado desmoldamento cirúrgico

COMPLEXO SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 JAN. 2018

PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA

Fechamento:

OBS:

Data: 0806, A

MÉDICO/CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOSE DELFINO FERNANDES		Registro: 123456	
Idade: 45	Sexo: M	Cor: P	Clinica: ---
EMP: ---	LR: ---		
Data: 09/08/17	Cirurgião: Dr. MILTON LIMA	1º Assistente: Dr. AURELIO	
2º Assistente: ---	3º Assistente: ---	Instrumentador: ---	
Anestesista: ---	Tipo Anestesia: Local	Horário: 1:10:20	T: 1:10:20
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
Fratura exposta			
de 1/3 distal da tíbia			
e fíbula do membro			
fixação externa			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
O membro			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			
Redução			
e fixação externa			
da perna D.			
Acidente durante Ato Cirúrgico		Descreva:	
1 () Sim			
2 () Não			
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			

COMPRESSÃO E PREVIDÊNCIA SIA
05 JAN 2018
CÓDIGO
123456
JOÃO PESSOA

05 JAN. 2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

PROTÓCOLO

AC JOÃO PESSOA

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data:

Dr. Milton da Silva Lima
CRM 4714 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia
MÉDICO/CRM



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO - BPTRAN
SETOR DE BOLETIM DE ACIDENTE

COMPREENSÃO E PREVENÇÃO
05 JAN 2018
PROTOCOLADO
AO JOÃO PESSOA



No dia 22/05/17 por volta das 11:30hs o Sr. Senhor José Delfino Ferreira, 60 anos, RG 569.665 (2º filho de Elvina Maria da Conceição Delfino Santana e, mãe declarada). Relata que foi buscar a sua filha na escola no Bairro Erenni Satiro na Avenida Príncipe estava vindo sentido Bairro Funcionárias II conduzindo motocicleta Shimano (placa QFT 4687) quando o Ônibus parou sem ligar seta e ele tentou ultrapassar o mesmo que no sentido contrário vinha um carro em alta velocidade e para evitar algo mais grave colocou a moto para a mesma via onde caído com a calçada, tendo Fratura Exposta dos Ossos P.

Foi trazido pelo SAM para o Hospital de Mongabura, onde passou por cirurgia de urgência, colocando fixador externo. Permanece internado sem previsão de alta médica.

Informo que todas as informações foram fornecidas pelo Sr. José Delfino Ferreira no dia 29/06/17 às 09:30hs. Por mim escrito.

Edval Avelino Almeida Filho. Matrícula 69.003
(Gerente de Cuidados Terapêuticos).

Nada mais a declarar.

Edval Avelino A. Filho
Gerências de Cuidados Terapêuticos
Matr. 69.003-000
Complexo Hosp. Gov. Tarcísio Burty

COMPROV. SEGUR. DE RES. ID. ENCIASIA.

05 JAN. 2018

PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

Data: 29, 06, 2017

yes & brewuna

Assinatura

CNH nº _____ RG nº 569.665 (22VIA) CPF nº 180.506.384-

Telefone: _____

Endereço: Rua Antonio Francisco da Costa, 111. Funcionários:
João Pessoa/PB.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA D-917
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Yessé de Jesus Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 569.665 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/2013

NOME JOSÉ DELFINO FERREIRA

FILIAÇÃO ELVIRA MARIA DA CONCEIÇÃO
DJANIRA SANTANA

NATURALIDADE ALAGOA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 15/06/1957

DOC ORIGEM

CAS C/ AVERB N.233 F.106 L.001
CARTÓRIO ALAGOA GRANDE-PB

CNPJ 180.506.384-72

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 20/08/83



Documentos de identificação



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

05 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - PB Nº 012824765242
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM PRT 20160000429991 EXERCÍCIO
1 0109867434-8 00/00000000 2016

NOME
MISLAYDE FERREIRA DA SILVA

CPE/CMV
13706582490

PLACA
OFT4687/PB

PLACA ANT./M
NOVO

PB

CHASSI
LXYXCBL01E0518329

ESPECIE TIPO
PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

ANO FAB. ANO MOD.
2013 2014

CAP/POT/CIL
2 P/49 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
BRANCA

COTA ÚNICA
IPVA ISENTO

VENC. COTA ÚNICA
00/00/0000

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO/COTAS
0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)
P.A.G.O.

DATA DE PAGAMENTO
30/09/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SANTA RITA - PB

17221

DATA
10/10/2016

909670

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES OU POR SUAS CARGAS APÓS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012824765242 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2016

DATA EM
10/10

VIA
1

CPE/CMV
13706582490

PLACA
OFT4687

RENAVAM
01098674348

MARCA/MODELO
I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

ANO FAB.
2013

CAT. TARIF.
8

Nº CHASSI
LXYXCBL01E0518329

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

TOTAL A SER PAGOS
P A G O

PAGAMENTO
☒ ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO
30/09/2

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-01

www.seguradoralider.com.br

909670-1305190-20161010

OUT



COMPANHIA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
05 JAN. 2018
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006192/18
Vítima: JOSE DELFINO FERREIRA
CPF: 180.506.384-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/05/2017
Titular do CPF: JOSE DELFINO FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO : 037.645.454-70

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

JOSE DELFINO FERREIRA : 180.506.384-72

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/01/2018
Nome: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 037.645.454-70

EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/01/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Outros



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022656 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DELFINO FERREIRA **Data do acidente:** 22/05/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de tornozelo direito submetido a tratamento cirúrgico de fixação externa

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico de fixação externa

Sequelas permanentes: Limitação de movimento do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: Dano moderado funcional de tornozelo direito

Documentos complementares:

Observações: Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022656

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DELFINO FERREIRA

Data do acidente: 22/05/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA DIREITA DISTAL.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZ CIRURGICA NA PERNA DIREITA, RIGIDEZ ARTICULAR E EDEMA RESIDUAL NO TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA. RESULTADOS INSATISFATÓRIOS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA COM RIGIDEZ DE TORNOZELO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. COMPLICAÇÕES: INFECÇÃO LOCAL QUE FOI TRATADA COM LIMPEZA CIRÚRGICA E RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MID.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

João Delfino Ferreira

Brasileiro (a), estado Civil Casado, Profissão

Opex. de máquinas, CI RG

nº 569.665

CPF/MF nº 190.506.384-42, residente e domiciliado(a) à

Rua Antônio Francisco da Costa 101 Fumel-
maier, Cidade de João Pessoa

Estado Pernambuco, 58049400

OUTORGADO: Evandro Gonçalves do Nascimento, CPF sob o nº 037.645.454-70 e RG sob o nº 2215828, com endereço na Rua Policarpo Quaresma, nº 308, Tibiri II, Santa Rita-PB.

Poderes: O outorgante concede poderes especiais ao Outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresenta documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras Conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do Outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMISSÃO SEGUROS E PREVIDÊNCIA

05 JAN. 2018

PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

João Pessoa, 04 de Janeiro de 2018

1º OFÍCIO
DISTRITAL

João Delfino Ferreira

OUTORGANTE



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COARICA DA CAPITAL
RUA ADELINO VASCONCELOS, 444 - CENTRO (DETO), 507-600-400 - JOÃO PESSOA - PERNAMBUCO. TELEFONE: (81) 3211-4218
Reconhecido For Autenticidade a firma de JOSE
DELFINO FERREIRA, 182763, J. Pessoa - PE, 04/01/2018 17:53:15
Emol. R\$9,48 Fardes: R\$10,28 Feij: R\$1,90, ISS: R\$90,47. Em
test de verdade. Tabela ORELA ORELA ORELA ORELA
Selo Digital ASH2024-JOCE João Delfino Ferreira
<https://selo.digitec.br/validar/validar.php?token=61974>