



Número: **0802575-67.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DELFINO FERREIRA (AUTOR)		DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44941787	24/06/2021 13:59	Petição	Petição
44941788	24/06/2021 13:59	2697156_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
44941789	24/06/2021 13:59	2697156_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos

ANEXO



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.º 08025756720208152001

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE DELFINO FERREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 21 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 13:59:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062413594535700000042716670>
Número do documento: 21062413594535700000042716670

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DELFINO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180022656

Vítima: 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

Pag. 00641/00642 - carta_01 - INVALIDEZ

00020321



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

Pag. 00815/00816 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12263717



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12348688

A/C: JOSE DELFINO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180022656
Vitima: 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

Pag. 00135/00136 - carta_15R - INVALIDEZ

00030068





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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 <u>José Delfino Ferreira</u>	CPF titular da conta <u>180.506.384-42</u>	Profissão <u>Operador de máquina</u>
Endereço <u>Rua Antônio Francisco da Costa</u>	Número <u>101</u>	Complemento
Bairro <u>Funilomaria</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>
Email	CEP <u>58049400</u>	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	☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 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 NÚM <u>3033</u>	DV <u>01</u>	CONTA NÚM <u>001698</u>
D.V. <u>2</u>		
(Informar dígito se existir)		
AGÊNCIA NÚM <u></u>		
D.V. <u></u>		
CONTA NÚM <u></u>		
D.V. <u></u>		
(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 Jan de 2017

Local e Data

Assinatura de pagamento



José Delfino Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo

FAPPF.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Ata da 1ª Reunião Ordinária do Conselho de Administração, de 05/01/2018

Ata nº 19331/2

1ª Reunião

PARA EM 11:01:54

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião

1ª Reunião



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

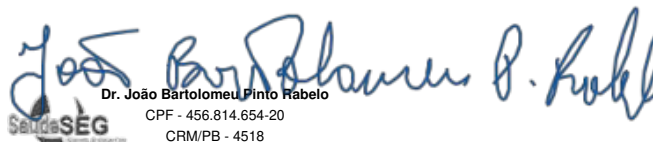
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jose Delfino Ferreira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Francisco da Costa, 101
Funcionários 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 anatómicas 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 dentro as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| () "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | () "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
| () "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Direito
% 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 | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - 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 da ato declaratório



João Pessoa, 29 de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
 Estatístico
 CREIS - Registro: 10173

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



JOSÉ DELFINO FERREIRA
RUA ANTONIO FRANCISCO DA COSTA, 11 - FUNCIONÁRIOS
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58074-010

Emprego: 16/12/2017 Referente: Dez / 2017
Cidade: JOÃO PESSOA/RN RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9-230, Km 20, 200m Rodovia João Pessoa/PB - CEP: 58074-090
Cidade: 9-2-489-4125 Nº medidor: 00005800728

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.085.183/0001-40 - Ins. Est. 15.015.822-0

Nota Fiscal - Sistema de Energia Elétrica Nº 000 070 029
Cód. para Ode. Aeronáutica: 00005100119

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANT
Dez / 2017 16/12/2017 16/01/2018 18050638472
ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/518871-9

Canal de contato

Diversão com energia é a que as crianças da comunidade
Nunca imagine estar com a rede elétrica e não se
deixe caso fique preocupado na rede. Energia de qualidade
entregada com segurança. Não se preocupe.

Anterior		Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura		
17/11/17	789	16/12/17	793	78	29
Demonstrativo					
Descrição		Quantidade Consumida	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Base (R\$)
		Tributos (R\$)	ICMS (R\$)	IPTU (R\$)	PIS (R\$)
		COFINS (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	
2801	Consumo em kWh	78.000 0.704830	55,45	55,45	25
2802	Adic. 2 Verificação		4,38	4,38	25
			1,08	4,38	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
2803	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA		2,23	0,00	0

CCl Código de Classificação do Item TOTAL 55,20 58,91 14,85 58,91 0,48 2,22

Monte Últimos meses (kWh) **VENCIMENTO 22/12/2017** **TOTAL A PAGAR R\$ 62,20**

Histórico de Consumo (kWh)

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 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 524 | 525 | 526 | 527 | 528 | 529 | 530 | 531 | 532 | 533 | 534 | 535 | 536 | 537 | 538 | 539 | 540 | 541 | 542 | 543 | 544 | 545 | 546 | 547 | 548 | 549 | 550 | 551 | 552 | 553 | 554 | 555 | 556 | 557 | 558 | 559 | 560 | 561 | 562 | 563 | 564 | 565 | 566 | 567 | 568 | 569 | 570 | 571 | 572 | 573 | 574 | 575 | 576 | 577 | 578 | 579 | 580 | 581 | 582 | 583 | 584 | 585 | 586 | 587 | 588 | 589 | 590 | 591 | 592 | 593 | 594 | 595 | 596 | 597 | 598 | 599 | 600 | 601 | 602 | 603 | 604 | 605 | 606 | 607 | 608 | 609 | 610 | 611 | 612 | 613 | 614 | 615 | 616 | 617 | 618 | 619 | 620 | 621 | 622 | 623 | 624 | 625 | 626 | 627 | 628 | 629 | 630 | 631 | 632 | 633 | 634 | 635 | 636 | 637 | 638 | 639 | 640 | 641 | 642 | 643 | 644 | 645 | 646 | 647 | 648 | 649 | 650 | 651 | 652 | 653 | 654 | 655 | 656 | 657 | 658 | 659 | 660 | 661 | 662 | 663 | 664 | 665 | 666 | 667 | 668 | 669 | 670 | 671 | 672 | 673 | 674 | 675 | 676 | 677 | 678 | 679 | 680 | 681 | 682 | 683 | 684 | 685 | 686 | 687 | 688 | 689 | 690 | 691 | 692 | 693 | 694 | 695 | 696 | 697 | 698 | 699 | 700 | 701 | 702 | 703 | 704 | 705 | 706 | 707 | 708 | 709 | 710 | 711 | 712 | 713 | 714 | 715 | 716 | 717 | 718 | 719 | 720 | 721 | 722 | 723 | 724 | 725 | 726 | 727 | 728 | 729 | 730 | 731 | 732 | 733 | 734 | 735 | 736 | 737 | 738 | 739 | 740 | 741 | 742 | 743 | 744 | 745 | 746 | 747 | 748 | 749 | 750 | 751 | 752 | 753 | 754 | 755 | 756 | 757 | 758 | 759 | 760 | 761 | 762 | 763 | 764 | 765 | 766 | 767 | 768 | 769 | 770 | 771 | 772 | 773 | 774 | 775 | 776 | 777 | 778 | 779 | 780 | 781 | 782 | 783 | 784 | 785 | 786 | 787 | 788 | 789 | 790 | 791 | 792 | 793 | 794 | 795 | 796 | 797 | 798 | 799 | 800 | 801 | 802 | 803 | 804 | 805 | 806 | 807 | 808 | 809 | 810 | 811 | 812 | 813 | 814 | 815 | 816 | 817 | 818 | 819 | 820 | 821 | 822 | 823 | 824 | 825 | 826 | 827 | 828 | 829 | 830 | 831 | 832 | 833 | 834 | 835 | 836 | 837 | 838 | 839 | 840 | 841 | 842 | 843 | 844 | 845 | 846 | 847 | 848 | 849 | 850 | 851 | 852 | 853 | 854 | 855 | 856 | 857 | 858 | 859 | 860 | 861 | 862 | 863 | 864 | 865 | 866 | 867 | 868 | 869 | 870 | 871 | 872 | 873 | 874 | 875 | 876 | 877 | 878 | 879 | 880 | 881 | 882 | 883 | 884 | 885 | 886 | 887 | 888 | 889 | 890 | 891 | 892 | 893 | 894 | 895 | 896 | 897 | 898 | 899 | 900 | 901 | 902 | 903 | 904 | 905 | 906 | 907 | 908 | 909 | 910 | 911 | 912 | 913 | 914 | 915 | 916 | 917 | 918 | 919 | 920 | 921 | 922 | 923 | 924 | 925 | 926 | 927 | 928 | 929 | 930 | 931 | 932 | 933 | 934 | 935 | 936 | 937 | 938 | 939 | 940 | 941 | 942 | 943 | 944 | 945 | 946 | 947 | 948 | 949 | 950 | 951 | 952 | 953 | 954 | 955 | 956 | 957 | 958 | 959 | 960 | 961 | 962 | 963 | 964 | 965 | 966 | 967 | 968 | 969 | 970 | 971 | 972 | 973 | 974 | 975 | 976 | 977 | 978 | 979 | 980 | 981 | 982 | 983 | 984 | 985 | 986 | 987 | 988 | 989 | 990 | 991 | 992 | 993 | 994 | 995 | 996 | 997 | 998 | 999 | 1000 | 1001 | 1002 | 1003 | 1004 | 1005 | 1006 | 1007 | 1008 | 1009 | 1010 | 1011 | 1012 | 1013 | 1014 | 1015 | 1016 | 1017 | 1018 | 1019 | 1020 | 1021 | 1022 | 1023 | 1024 | 1025 | 1026 | 1027 | 1028 | 1029 | 1030 | 1031 | 1032 | 1033 | 1034 | 1035 | 1036 | 1037 | 1038 | 1039 | 1040 | 1041 | 1042 | 1043 | 1044 | 1045 | 1046 | 1047 | 1048 | 1049 | 1050 | 1051 | 1052 | 1053 | 1054 | 1055 | 1056 | 1057 | 1058 | 1059 | 1060 | 1061 | 1062 | 1063 | 1064 | 1065 | 1066 | 1067 | 1068 | 1069 | 1070 | 1071 | 1072 | 1073 | 1074 | 1075 | 1076 | 1077 | 1078 | 1079 | 1080 | 1081 | 1082 | 1083 | 1084 | 1085 | 1086 | 1087 | 1088 | 1089 | 1090 | 1091 | 1092 | 1093 | 1094 | 1095 | 1096 | 1097 | 1098 | 1099 | 1100 | 1101 | 1102 | 1103 | 1104 | 1105 | 1106 | 1107 | 1108 | 1109 | 1110 | 1111 | 1112 | 1113 | 1114 | 1115 | 1116 | 1117 | 1118 | 1119 | 1120 | 1121 | 1122 | 1123 | 1124 | 1125 | 1126 | 1127 | 1128 | 1129 | 1130 | 1131 | 1132 | 1133 | 1134 | 1135 | 1136 | 1137 | 1138 | 1139 | 1140 | 1141 | 1142 | 1143 | 1144 | 1145 | 1146 | 1147 | 1148 | 1149 | 1150 | 1151 | 1152 | 1153 | 1154 | 1155 | 1156 | 1157 | 1158 | 1159 | 1160 | 1161 | 1162 | 1163 | 1164 | 1165 | 1166 | 1167 | 1168 | 1169 | 1170 | 1171 | 1172 | 1173 | 1174 | 1175 | 1176 | 1177 | 1178 | 1179 | 1180 | 1181 | 1182 | 1183 | 1184 | 1185 | 1186 | 1187 | 1188 | 1189 | 1190 | 1191 | 1192 | 1193 | 1194 | 1195 | 1196 | 1197 | 1198 | 1199 | 1200 | 1201 | 1202 | 1203 | 1204 | 1205 | 1206 | 1207 | 1208 | 1209 | 1210 | 1211 | 1212 | 1213 | 1214 | 1215 | 1216 | 1217 | 1218 | 1219 | 1220 | 1221 | 1222 | 1223 | 1224 | 1225 | 1226 | 1227 | 1228 | 1229 | 1230 | 1231 | 1232 | 1233 | 1234 | 1235 | 1236 | 1237 | 1238 | 1239 | 1240 | 1241 | 1242 | 1243 | 1244 | 1245 | 1246 | 1247 | 1248 | 1249 | 1250 | 1251 | 1252 | 1253 | 1254 | 1255 | 1256 | 1257 | 1258 | 1259 | 1260 | 1261 | 1262 | 1263 | 1264 | 1265 | 1266 | 1267 | 1268 | 1269 | 1270 | 1271 | 1272 | 1273 | 1274 | 1275 | 1276 | 1277 | 1278 | 1279 | 1280 | 1281 | 1282 | 1283 | 1284 | 1285 | 1286 | 1287 | 1288 | 1289 | 1290 | 1291 | 1292 | 1293 | 1294 | 1295 | 1296 | 1297 | 1298 | 1299 | 1300 | 1301 | 1302 | 1303 | 1304 | 1305 | 1306 | 1307 | 1308 | 1309 | 1310 | 1311 | 1312 | 1313 | 1314 | 1315 | 1316 | 1317 | 1318 | 1319 | 1320 | 1321 | 1322 | 1323 | 1324 | 1325 | 1326 | 1327 | 1328 | 1329 | 1330 | 1331 | 1332 | 1333 | 1334 | 1335 | 1336 | 1337 | 1338 | 1339 | 1340 | 1341 | 1342 | 1343 | 1344 | 1345 | 1346 | 1347 | 1348 | 1349 | 1350 | 1351 | 1352 | 1353 | 1354 | 1355 | 1356 | 1357 | 1358 | 1359 | 1360 | 1361 | 1362 | 1363 | 1364 | 1365 | 1366 | 1367 | 1368 | 1369 | 1370 | 1371 | 1372 | 1373 | 1374 | 1375 | 1376 | 1377 | 1378 | 1379 | 1380 | 1381 | 1382 | 1383 | 1384 | 1385 | 1386 | 1387 | 1388 | 1389 | 1390 | 1391 | 1392 | 1393 | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 | 1401 | 1402 | 1403 | 1404 | 1405 | 1406 | 1407 | 1408 | 1409 | 1410 | 1411 | 1412 | 1413 | 1414 | 1415 | 1416 | 1417 | 1418 | 1419 | 1420 | 1421 | 1422 | 1423 | 1424 | 1425 | 1426 | 1427 | 1428 | 1429 | 1430 | 1431 | 1432 | 1433 | 1434 | 1435 | 1436 | 1437 | 1438 | 1439 | 1440 | 1441 | 1442 | 1443 | 1444 | 1445 | 1446 | 1447 | 1448 | 1449 | 1450 | 1451 | 1452 | 1453 | 1454 | 1455 | 1456 | 1457 | 1458 | 1459 | 1460 | 1461 | 1462 | 1463 | 1464 | 1465 | 1466 | 1467 | 1468 | 1469 | 1470 | 1471 | 1472 | 1473 | 1474 | 1475 | 1476 | 1477 | 1478 | 1479 | 1480 | 1481 | 1482 | 1483 | 1484 | 1485 | 1486 | 1487 | 1488 | 1489 | 1490 | 1491 | 1492 | 1493 | 1494 | 1495 | 1496 | 1497 | 1498 | 1499 | 1500 | 1501 | 1502 | 1503 | 1504 | 1505 | 1506 | 1507 | 1508 | 1509 | 1510 | 1511 | 1512 | 1513 | 1514 | 1515 | 1516 | 1517 | 1518 | 1519 | 1520 | 1521 | 1522 | 1523 | 1524 | 1525 | 1526 | 1527 | 1528 | 1529 | 1530 | 1531 | 1532 | 1533 | 1534 | 1535 | 1536 | 1537 | 1538 | 1539 | 1540 | 1541 | 1542 | 1543 | 1544 | 1545 | 1546 | 1547 | 1548 | 1549 | 1550 | 1551 | 1552 | 1553 | 1554 | 1555 | 1556 | 1557 | 1558 | 1559 | 1560 | 1561 | 1562 | 1563 | 1564 | 1565 | 1566 | 1567 | 1568 | 1569 | 1570 | 1571 | 1572 | 1573 | 1574 | 1575 | 1576 | 1577 | 1578 | 1579 | 1580 | 1581 | 1582 | 1583 | 1584 | 1585 | 1586 | 1587 | 1588 | 1589 | 1590 | 1591 | 1592 | 1593 | 1594 | 1595 | 1596 | 1597 | 1598 | 1599 | 1600 | 1601 | 1602 | 1603 | 1604 | 1605 | 1606 | 1607 | 1608 | 1609 | 1610 | 1611 | 1612 | 1613 | 1614 | 1615 | 1616 | 1617 | 1618 | 1619 | 1620 | 1621 | 1622 | 1623 | 1624 | 1625 | 1626 | 1627 | 1628 | 1629 | 1630 | 1631 | 1632 | 1633 | 1634 | 1635 | 1636 | 1637 | 1638 | 1639 | 1640 | 1641 | 1642 | 1643 | 1644 | 1645 | 1646 | 1647 | 1648 | 1649 | 1650 | 1651 | 1652 | 1653 | 1654 | 1655 | 1656 | 1657 | 1658 | 1659 | 1660 | 1661 | 1662 | 1663 | 1664 | 1665 | 1666 | 1667 | 1668 | 1669 | 1670 | 1671 | 1672 | 1673 | 1674 | 1675 | 1676 | 1677 | 1678 | 1679 | 1680 | 1681 | 1682 | 1683 | 1684 | 1685 | 1686 | 1687 | 1688 | 1689 | 1690 | 1691 | 1692 | 1693 | 1694 | 1695 | 1696 | 1697 | 1698 | 1699 | 1700 | 1701 | 1702 | 1703 | 1704 | 1705 | 1706 | 1707 | 1708 | 1709 | 1710 | 1711 | 1712 | 1713 | 1714 | 1715 | 1716 | 1717 | 1718 | 1719 | 1720 | 1721 | 1722 | 1723 | 1724 | 1725 | 1726 | 1727 | 1728 | 1729 | 1730 | 1731 | 1732 | 1733 | 1734 | 1735 | 1736 | 1737 | 1738 | 1739 | 1740 | 1741 | 1742 | 1743 | 1744 | 1745 | 1746 | 1747 | 1748 | 1749 | 1750 | 1751 | 1752 | 1753 | 1754 | 1755 | 1756 | 1757 | 1758 | 1759 | 1760 | 1761 | 1762 | 1763 | 1764 | 1765 | 1766 | 1767 | 1768 | 1769 | 1770 | 1771 | 1772 | 1773 | 1774 | 1775 | 1776 | 1777 | 1778 | 1779 | 1780 | 1781 | 1782 | 1783 | 1784 | 1785 | 1786 | 1787 | 1788 | 1789 | 1790 | 1791 | 1792 | 1793 | 1794 | 1795 | 1796 | 1797 | 1798 | 1799 | 1800 | 1801 | 1802 | 1803 | 1804 | 1805 | 1806 | 1807 | 1808 | 1809 | 1810 | 1811 | 1812 | 1813 | 1814 | 1815 | 1816 | 1817 | 1818 | 1819 | 1820 | 1821 | 1822 | 1823 | 1824 | 1825 | 1826 | 1827 | 1828 | 1829 | 1830 | 1831 | 1832 | 1833 | 1834 | 1835 | 1836 | 1837 | 1838 | 1839 | 1840 | 1841 | 1842 | 1843 | 1844 | 1845 | 1846 | 1847 | 1848 | 1849 | 1850 | 1851 | 1852 | 1853 | 1854 | 1855 | 1856 | 1857 | 1858 | 1859 | 1860 | 1861 | 1862 | 1863 | 1864 | 1865 | 1866 | 1867 | 1868 | 1869 | 1870 | 1871 | 1872 | 1873 | 1874 | 1875 | 1876 | 1877 | 1878 | 1879 | 1880 | 1881 | 1882 | 1883 | 1884 | 1885 | 1886 | 1887 | 1888 | 1889 | 1890 | 1891 | 1892 | 1893 | 1894 | 1895 | 1896 | 1897 | 1898 | 1899 | 1900 | 1901 | 1902 | 1903 | 1904 | 1905 | 1906 | 1907 | 1908 | 1909 | 1910 | 1911 | 1912 | 1913 | 1914 | 1915 | 1916 | 1917 | 1918 | 1919 | 1920 | 1921 | 1922 | 1923 | 1924 | 1925 | 1926 | 1927 | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | 1932 | 1933 | 1934 | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | 1940 | 1941 | 1942 | 1943 | 1944 | 1945 | 1946 | 1947 | 1948 | 1949 | 1950 | 1951 | 1952 | 1953 | 1954 | 1955 | 1956 | 1957 | 1958 | 1959 | 1960 | 1961 | 1962 | 1963 | 1964 | 1965 | 1966 | 1967 | 1968 | 1969 | 1970 | 1971 | 1972 | 1973 | 1974 | 1975 | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 19



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 nº 9.613/98.

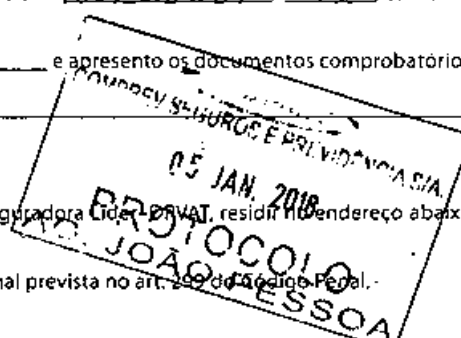
Pelo exposto, eu Evandro G. do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 034645454 / 40 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jaide Deljann Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 180.506389 / 42 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Jaide Deljann Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 180.506389 / 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. Polazzo Aquarima</u>		Número <u>308</u>	Complemento
Bairro <u>Jardim Europa</u>	Cidade <u>Santa Rita</u>	Estado <u>Paraná</u>	CEP <u>59300-000</u>
Telefone comercial (DDD) <u>(41) 91423-2644</u>		Telefone celular (DDD) <u>(41) 999151061</u>	

A. Pessoa 05 de Janeiro de 2018
Local e Data

Evandro G. do Nascimento
Assinatura do Declarante

Declaração Circular SUSEP 445/12



DLDR1.D01 V001/2017





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.

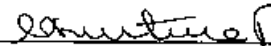
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Realizado enxerto no tornozelo direito dia 22/05/2017 e 08/06/2017 com alta médica dia 09/08/2017.

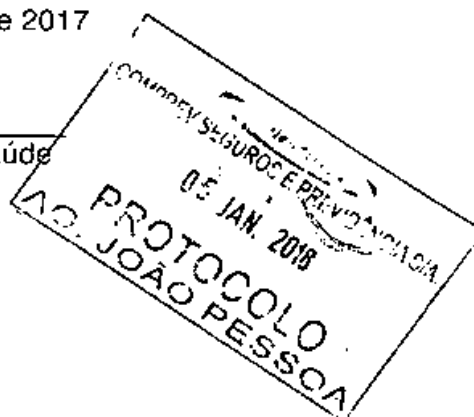
E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

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
53056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 31458 Ad: Nao Regular
Data: 22/05/2018
Hora: 13:09:31
Recepcionista: LONIA GADELHA LOURE
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

Te. Responsavel: 987440106 / IDENTIDADE: 569665

Procedencia: 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:
Proc. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Principal

Observacao

Paciente vítima de colisão moto e ônibus
nega dor mais com ferimento corte contuso em H&D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Acidente de moto nessa parada de
consciencia em via - ARD UNO DCE

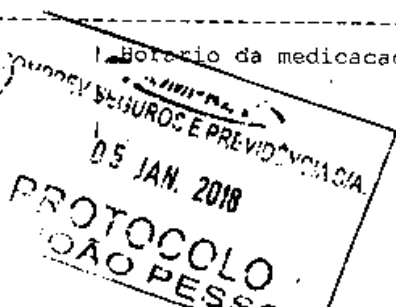
Diagnostico

Conduta R / stop

Prescrição

Horario da medicacao

Antes de ir para casa
Leticia



Leticia Aires Benjamin
Cirurgia Geral
CRM PB 9237



11.07.2017 Realizado atendimento psicológico

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)
(conclusão em anexo).


Guiomar Ferreira da Silva
Psicóloga Clínica e Hospitalar
CRP 13 4365

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
-----	--------------	------	---------	----------



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

 R. RONALDO FERRIRA DOS SANTOS

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João 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. 1º - Inventário de movimentos em Torção P.
HDA: Exatidão de acidente de moto apresentando dor +
fractura de movimento. Foi operado por dor no tornozelo F +
fractura parietal em Torção P.

Medicações em uso: Paracetamol + Alendronato 10mg
em 1 comprimido + 1 comprimido a noite.

Interrogatório Sintomatológico:

geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____
☐ 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 ☐ 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 ☐ Monicidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: Amputação de membros inferiores no fêmur

☒ HAS ☐ DM ☐ TB ☐ HEP ☐ Dislipidemia ☐ Banho de Rio ☐ Casa de Taipa ☐ JHTF

☐ 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:

Exame de urina com presença de
proteinúria e glicose de 122 mg/dl

Hipóteses Diagnósticas:

Insuficiência cardíaca congestiva
com insuficiência renal

Conduta:

Tratamento farmacológico

IMC e pressão arterial - controle de glicemia

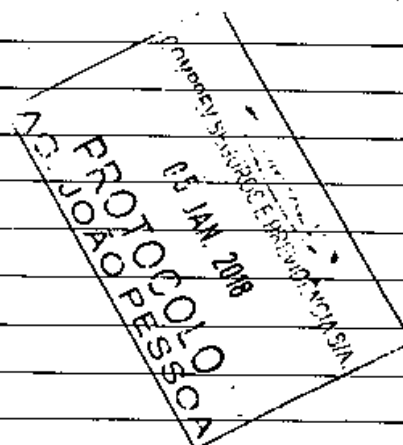
Dr. Tasso Borges Pinheiro
Medico
CRM 10933-PB

Fredson

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N. CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	① Antibiotiopropilaca ② Paciente em decúbito dorsal sob maciamento ③ Antiespasmódico + analgésico ④ aplicação de campos úmidos
Incisão:	⑤ Linca natural sempre com pelo fisiológico 0,9% ⑥ limpeza e debridamento de tecido clero salivador ⑦ colocação de pontos de fixação de pele após de encurtar a pele P. com fixador externo. 10 pontos.
Achados:	⑧ 1º grau de fratura de 6mm da perna P. ⑨ com fratura extensa + hematoma de 12x4x2cm com 12 pontos ⑩ pele de pele para aproximação com fios de nylon 2/0. ⑪ fratura aberta com 10 pontos.
Conduta:	⑫ limpeza de ferida.
Fechamento:	
OBS:	



Data: 22/05/2017

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
Médico
CRM 10933-PB R. 1º D. Fato
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>José Delmar Ferreira</i>				Registro:	
Idade: <i>65a</i>	Sexo: <i>Masculino</i>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>22/07/17</i>	Cirurgião: <i>Dr. Fedeiro</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>A. Ribeiro</i>		Tipo Anestesia: <i>Léve</i>		Horário: 1:	2:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Frac. ligam. do crânio para D.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Ata cirúrgica de fratura exposta</i>					
<i>de crânio para D.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

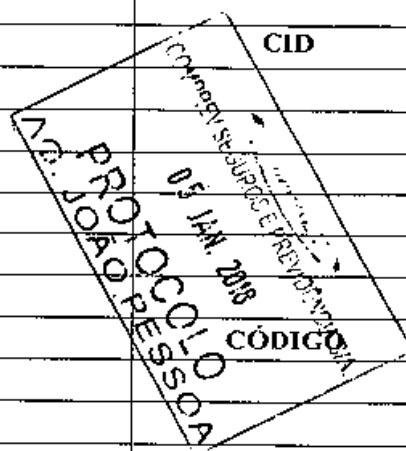
PROTÓCOLO
Nº. JOÃO PESSOA
05 JAN. 2018





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Joní Delgado Ferreira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>08/06/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Marcelo Togni</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Theodoro</i>	Tipo Anestesia: <i>local + sedação</i>		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Neurinóma pós-prolapso exposto em</i>					
<i>tríniz do crânio</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Dist. da mento cirurgia</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

*Deitado dorsal
Anestesia ci. PPV*

Incisão:

Achados:

Neuron em tno zeb direito

Conduta:

Realizado desbridamento cirurgico

COMPROV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

OBS:

Data: *08/06/11*

Marcelo de Aquino Filho
MÉDICO/CRM

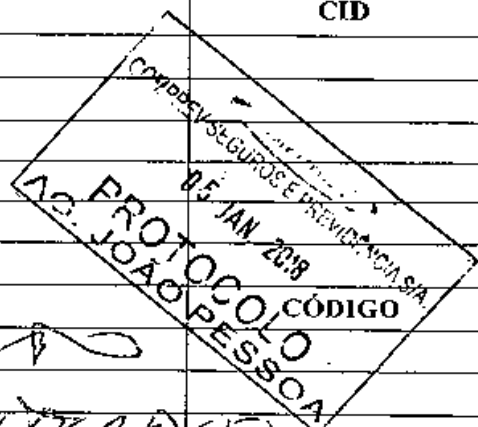
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOSE DE FINE FERNANDES		Registro: 123456			
Idade: 45	Sexo: M	Cor: B	Clínica: 123	EMP: 123	LR: 123
Data: 09/01/2021	Cirurgião: DR. MILTON LIMA	1º Assistente: DR. AUGUSTO		2º Assistente:	
3º Assistente:		Instrumentador:		Anestesista: DR. CARLOS	
Tipo Anestesia: Local		Horário: 1:00:20		T: 1:00:20	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Fratura exposta					
do 1/3 distal da tíbia					
e fíbula da perna					
Fixação externa					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
Osteíte					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Redução e fixação					
de fratura externa					
da perna D.					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim		Descreva:	
		2 (X) Não			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim			
		2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



05 JAN. 2018

PROTÓCOLO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

AO JOÃO PESSOA

Incisão:

Achados:

Conduta:

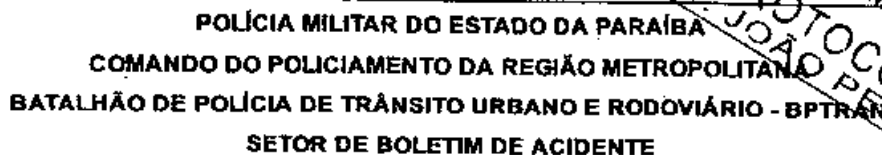
Fechamento:

OBS:

Data:

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4744 TEOT 6115
Ortopedia/Traumatologia
MEDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



RAÍBA
ETROPOLITANA
ODOVIÁRIO - BPTRAN
TE

No dia 22/05/17 por volta das 11:30hs o Sr. senhor José Delfino Ferreira, 60 anos, RG 569.665 (2ª filiação de Elvira Maria da Conceição Delfino Santana e, mãe declarada. Relata que foi buscar a sua filha na escola no Bairro Erumirim Satyro na Avenida Princesa vindo sentido Bairro Funcionárias II conduzindo motocicleta Shimadzu (placa QFT 4687) quando o Embarcou sem ligar seta e ele tentou ultrapassá-lo no que no sentido contrário vinha um carro em alta velocidade e para evitar algo mais grave, colocou a moto para a mesma via onde colidiu com a calçada, tendo Fratura Exposta dos Ossos P.

Foi trazido pelo JAMM para o Ortopedico de Mongabara, onde passou por cirurgia de urgência, colocando fixador externo. Permanece internado sem previsão de alta médica.

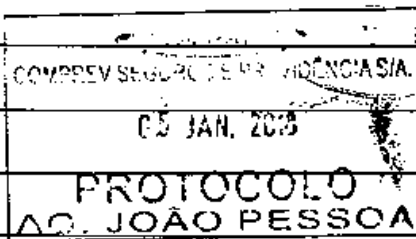
Informo que todas as informações foram fornecidas pelo SR. José Delfino Ferreira no dia 29/06/57 às 09:30hs. Por assim escrito.



Eduel Abelino Almeida Filho, Matrícula 69.003
(Gerente de Cuidados Terapêuticos).

Nada mais a declarar.

Eduel Abelino A. Filho
Gerências de Cuidados Terapêuticos
Matr. 69.003-002
Complexo Hosp. Gov. Tarcísio Burattini



Data: 29, 06, 2017

yes & brewuna

Assinatura

CNH nº

RG nº

569.665 (2211A)

CPF nº

180.506.384-

Telefone:

Endereço:

Rua Antonio Francisco da Costa, 113. Funchais -
Serra Pessoa / PB.





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME JOSÉ DELFINO FERREIRA

FILIAÇÃO ELVIRA MARIA DA CONCEIÇÃO
DJANIRA SANTANA

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

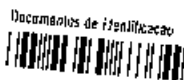
DOC ORIGEM

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

CPF 180.506.384-72

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: RYANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Documento: 2215678 **SSN:** FB

Cidade: 037.645.454-70 **Data Nascimento:** 05/05/1979

Matrícula:

Mãe: MARIA GONCALVES DO NASCIMENTO

Sexo: M **Cor:** AB

CPF: 03.669.909-05 **Data Emissão:** 07/11/2015 **Data Validade:** 26/08/2004

Observações:

Assinatura:

Nome: JOAO PESSOA, DE **Data Emissão:** 09/12/2015

CPF: 83865286094 **CPF:** PB031759670

Assinatura:

Nome: JOAO PESSOA, DE

COMISSÃO DE SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA
05 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 012824765242
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD RENAVAM PRT 204-60000429991-0 EXERCÍCIO
1 0109867434-8 00/00000000 2016

MISLAYDE FERREIRA DA SILVA

13706582490 QFT4687/PB

NOVO PB LXXYXBL01E0518329

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC GASOLINA

I/SHINERAY XY50Q PHOENIX 2013 2014

2 P/49 /CI PARTIC BRANCA

IPVA ISENTO 00/00/0000 1º

PAIXA ISENTA PARCELAMENTO/COTAS 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 100 (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 30/09/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SANTA RITA - PB 17221

10/10/2016

909670

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, 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 10/10

VIA 1 13706582490 QFT468

RENAVAM 01098674348 I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

ANO FAB 2013 CAT TAP 8 Nº CHASSI LXXYXBL01E0518329

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) FNS (R\$) TOTAL A SER PAGOS *****

SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUIL 30/09/2

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

909670-1305190-20161010



COMPROVANTE DE SEGURO E PREVIDÊNCIA
05 JAN. 2018
PROTOCOLO
12 JOÃO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições 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, OSTEOSÍNTESE 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:

Yasé Delfina Ferreira

Brasileiro (a), estado Civil Casado, Profissão

Opex. de máquina, CI RG

nº 569.665

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

Rua Antônio Francisco da Costa 101 Fumô-
meiros, Cidade de João Pessoa

Estado Paraíba, 58042400

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.

COMPANHIA SEGUROS E PREVIDÊNCIA

05 JAN. 2018

PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 04 de Janeiro de 2018

1º OFÍCIO
DISTRITAL

Yasé Delfina Ferreira

OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEIDA
1º SEÇÃO NOTARIAL DISTRITAL
RUA JOAQUIM ALVES, 100 - CENTRO - JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58011-010
Reconhecido Por Autenticidade à Ffira de JUS
DELFINA FERREIRA, 182761, J. Pessoa - PB, 04/01/2018 17:53:13
Enol R\$2.491 Fapendado 28 Fapendado 90, 199-190, 47. Em
test de verdade. Tabela DLFINA FERREIRA SILVA.
Selo Distrital 4817334-JOC
<https://selo.dlfratidiprntes.com.br/2018/01/04/175313>

