

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: DORGIVALDO ARAUJO SILVA

Nº Sinistro: 3180054665

Vitima: DORGIVALDO ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 01/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180054665**.

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

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: DORGIVALDO ARAUJO SILVA

Sinistro: 3180054665

Vítima: DORGIVALDO ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 01/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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 3180054665** 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, 28 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12441319

A/C: DORGIVALDO ARAUJO SILVA

Nº Sinistro: 3180054665
Vitima: DORGIVALDO ARAUJO SILVA
Data do Acidente: 01/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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: DORGIVALDO ARAUJO SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000043490-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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:

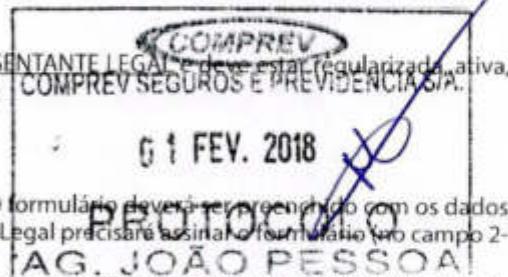
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

917.045.374-87

Nome completo da vítima

Domingivaldo Araújo Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Domingivaldo Araújo Silva	917.045.374-87	Guarda municipal
Endereço	Número	Complemento
Maria Dulmaa local Albuquerque	159	
Bairro	Cidade	Estado
Gramame	João Pessoa	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
alexandracarduarte@hotmail.com	58069-4165	98663-4900

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº

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.

João Pessoa 17 de Janeiro de 2018

Local e Data

+ Domingivaldo Araújo Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00938.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00938.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:00 horas do dia 18 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Dorgivaldo Araujo Silva**, CPF nº 917.045.374-87, CNH nº 03624753607, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Guarda Municipal, filho(a) de Maria Jose Araujo Silva e Dorgival Marques da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 01/07/1974 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Eulina Leal de Albuquerque, Nº 159, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Perto do Psf, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98820-1907.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Viaduto Eduardo Campos, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 01/01/17 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR150 BROS ESD, COR PRETA, ANO 2014/2014, PLACA OGE5656/PB, CHASSI 9C2KD0540ER015591, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, quando passava próximo ao Viaduto Eduardo Campos, na BR 230, sentido João Pessoa/Bayeux, foi surpreendido por um cachorro que cruzou repentinamente à sua frente, onde o noticiante tentou frear, porém acabou atropelando o animal, vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0316/2017, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 02.03.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que foi socorrido pelo SAMU e levado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e posteriormente foi admitido no Complexo Hospitalar de Mangabeira.

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

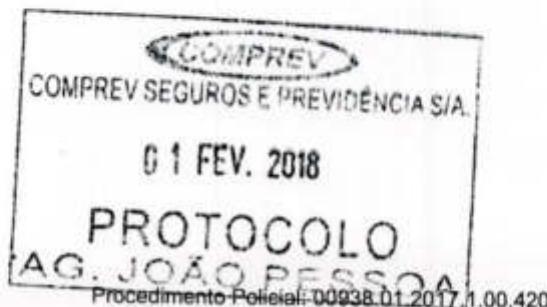
João Pessoa/PB, 18 de maio de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


DORGIVALDO ARAUJO SILVA

Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Diongivaldo Araújo Silva

CPF da Vítima

917.045.341-87

Data do Acidente

01-03-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
--------------------------------------	----------------------------

Email	Telefone (DDD)
-------	----------------

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 2º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

01 FEVEREIRO DE 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 17 de Janeiro de 2018

Local e Data

Diongivaldo Araújo Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 971419

**Identificação do paciente**

ID 1123589	Nome DORGIVALDO ARAUJO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/07/1974	Idade 42 anos 6 meses	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA JOSE DE ARAUJO SILVA	Pai DORGIVAL MARQUES DA SILVA			
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987650146	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cnes		
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO			UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR		

Endereço

CEP 68069465	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARIA EULINA LEAL DE ALBUQUERQUE (LOT C SUL)
Número 154	Complemento	Bairro GRAMAME	

Admissão

Data e Hora 01/01/2017 21:43:10	Número da pulseira 1000005195151	Convênio SUS	
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

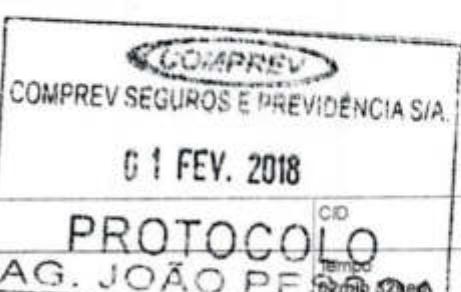
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos	 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A					
Diagnóstico	01 FEV. 2018					
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	PROTOCOLO AG. JOÃO PESQUER <small>tempo</small> <small>data</small>					

Imprimir

26104

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: 21/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DORGIVALDO ARAUJO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000043490-0

Nr. da Autenticação 0D0236BA75CB909A

DORGIVALDO ARAUJO SILVA
RUA MARIA EULINA LEAL, ALBUQUERQUE, 159 - GRAMAME
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58056-485 (A.G. 1)

Emissão: 21/12/2017 Referência: Dez/2017
Classe/Subsídio: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOPOLAR 970Kw, Km 25 - Centro Residencial João Pessoa / PB - CEP: 58171-000
Roteiro: 13 - 2 - 473 - 2782 N° medidor: 00008741017
CNPJ: 09.005.133/0001-40 - Ins. Est: 10.015.000-0

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. 25 de Março, Centro, João Pessoa / PB - CEP: 58015-000
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.544
Cod. para Débito Automático: 0000874117

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	21/12/2017	22/01/2018	91704537487 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/857211-7

Canal de contato

Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender. Nunca empurre pipas perto das fios da rede elétrica e não as retire caso fiquem pregadas na rede. E nada de usar fios metálicos para amarrar pipas. Com segurança, não se brinca.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 23/11/17	Leitura 22938	Data 21/12/17	Leitura 22972	1
				136
				28

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Custo Adm. (R\$)	ICMS (R\$)	Base Custo Pto (R\$)	Outras (R\$)
CCN	Descrição			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Outras(R\$)
0801	Consumo em kWh	136.000	0,722390	98,24	98,24	27	26,52
0801	Adic. B. Vermelha			6,95	6,95	27	1,95
				5,95	5,95	0,26	0,26

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	4,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE VENDA 11/2017	0,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2017	1,39	0,00	0	0,00	0,20	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017	0,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCN Código de Classificação do Item TOTAL 112,45 106,19 26,40 106,19 0,39 3,31

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
147	02/01/2018	R\$ 112,45

Histórico de Consumo (kWh)

145	157	145	150	129	138	143	140	171	148	147	146
Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	May/17	Apr/17	Mar/17	Feb/17	Jan/17	Dez/16

RESUMO CONSUMO 679e.e7e4.375d.9eb4.5060.85ab.be03.85e1

Indicadores de Qualidade 10/2017 - Mauzur

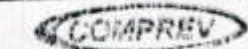
Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIÁMENSAL	5,43	0,00	SEGURO DE Energia	25,93	22,11
DIÁTRIMESTRAL	10,85	NOMINAL	220	20,34	17,29
DIANUAL	21,73	CONTRATADA	220	21,73	18,45
DIAMENSAL	0,98	CONTRATADA	220	65,41	56,91
DIÁTRIMESTRAL	8,72	LIMITE INFERIOR	220	1,05	0,90
DIANUAL	13,45	LIMITE SUPERIOR	221	Total:	112,45
DMC	0,11	0,00			100,00
DGR	12,22				

Versão: BUSE (Ref. 10/2017) R\$ 44,26

ATENÇÃO

Faturas em atraso

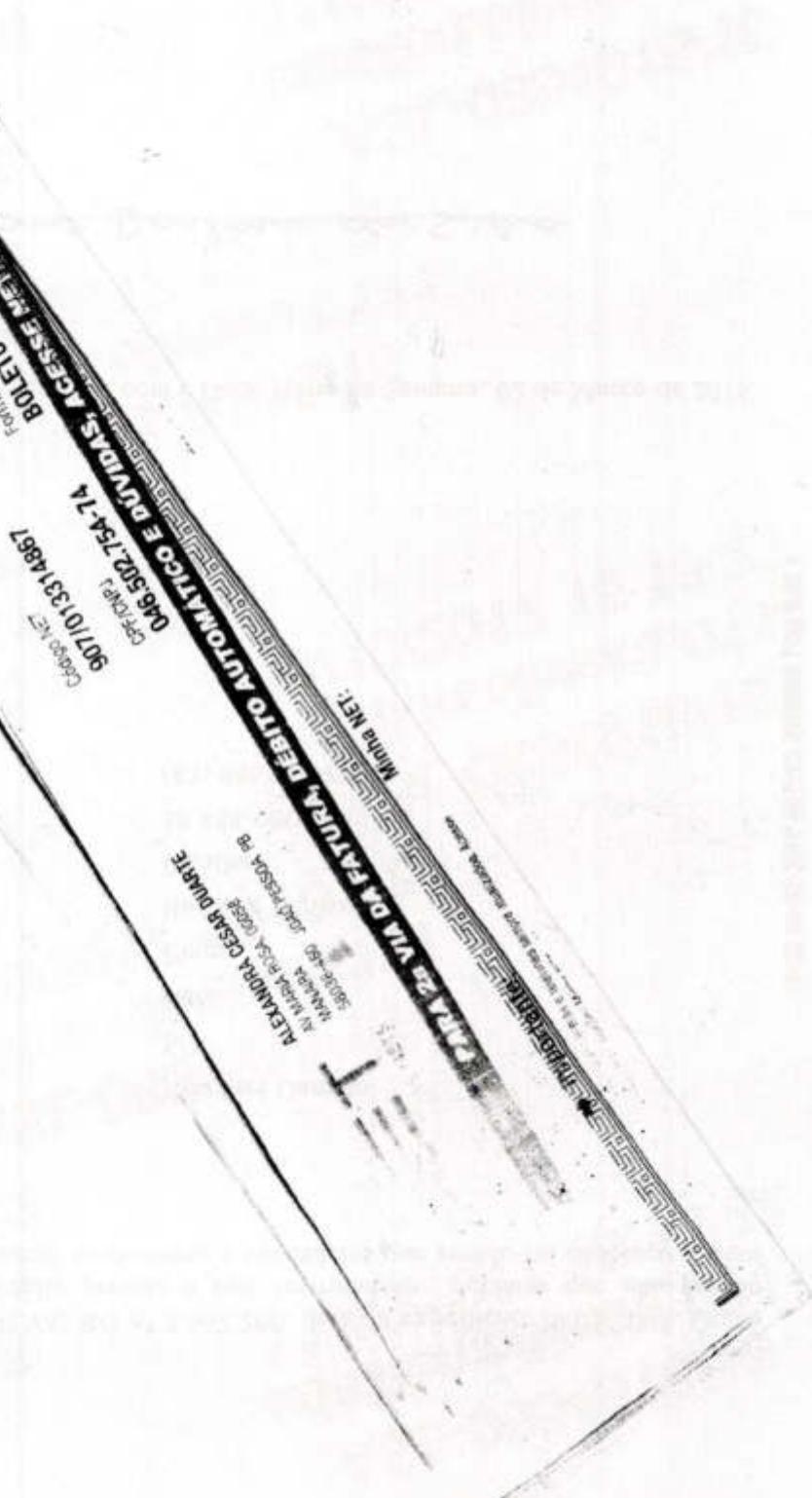
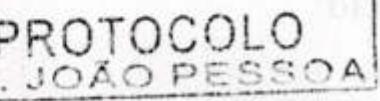




COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

61 FEV. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

61 FEVEREIRO DE 2018
PROTÓCOLO
AO PESSOAL

<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 ALEXANDRA CESAR DUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Domingivaldo Araújo Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.045.374-87 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Domingivaldo Araújo Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.045.374-87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Av. Maria Rosa</u>	Número	<u>58</u>	Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Jambeiro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>Pr</u>
Email	<u>aleandomariaesduarte@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>98863-1900</u>	Telefone celular (DDD)	<u>99105-5363</u>

João Pessoa, 29 de Janeiro de 2018
Local e Data

Alexandria Cesára Duarte
Assinatura do Declarante



Ato declaratório



CERTIDÃO

Nº. 0316/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES 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 Nº 918264 e Prontuário Nº 2011.11.000218 pertencente à **DORGIVALDO ARAÚJO SILVA** que foi atendido dia 02/01/2017 às 04H53min, paciente vítima de colisão moto e animal, refere dor e deformidade em punho direito.

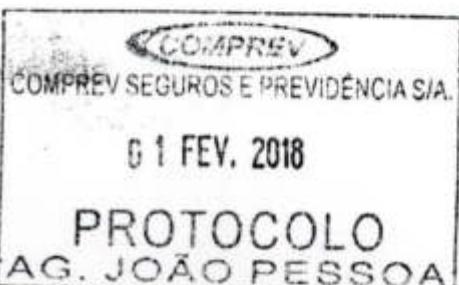
Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura e luxação em punho direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/01/2017 com alta médica dia 11/01/2017.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 02 de Março de 2017

Rosangela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



01 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Dorgivaldo Araujo Silva

DATA DE NASCIMENTO 01/07/74

NOME DA MÃE Maria José Araujo Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 971419

DATA DO ATENDIMENTO 01/01/17

HORA DO ATENDIMENTO 21:43

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de punho D.

CID 10 S62.8

COMPREV
COMPREV SEGURO DE PREVIDÊNCIA SIA.
01 FEVEREIRO 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em punho direito e perna esquerda, nega perda da consciência ou vômitos. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX punho D, perna e tornozelo E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura do punho D.

TRATAMENTO:

1º atendimento + tala gessada + encaminhamento para Ortopedia conforme pontuação

ALTA HOSPITALAR: 01/01/17

DATA DA EMISSÃO: 6/17/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
 MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____
 PATOLOGIA: Não Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado	→	1 Abração 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Esgarramento 10 Equimose 11 F. Arma Branca 12 F. Arma de Fogo 13 F. Contuso 14 F. Cortante 15 F. Corto-Contuso 16 F. Perfuro-Contuso 17 F. Perfuro-Cortante 18 F. Queimadura	19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

Radiografias
 Ultrassonografia (FAST)
 Tomografia computadorizada

Tela preta
 Ardo s. de Aleijar
 Ardo s. de Aleijar
 Ardo s. de Aleijar
 Ardo s. de Aleijar

Lavado peritoneal
 Gasometria arterial
 Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONSULTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>Ardo s. de Aleijar</i>		
2	<i>Ardo s. de Aleijar</i>		
3	<i>Ardo s. de Aleijar</i>		
4	<i>Ardo s. de Aleijar</i>		
5	<i>Ardo s. de Aleijar</i>		
6	<i>Ardo s. de Aleijar</i>		
7	<i>Ardo s. de Aleijar</i>		
8	<i>Ardo s. de Aleijar</i>		
9	<i>Ardo s. de Aleijar</i>		
10	<i>Ardo s. de Aleijar</i>		

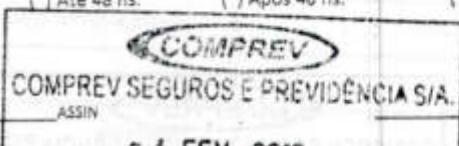
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da *Dr. Cláudio Góes* às _____ do dia _____/_____
 Solicito parecer da *Dr. Cláudio Góes* às _____ do dia _____/_____
Dr. Cláudio Góes _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____/_____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

Centro cirúrgico
 Transferência (unidade de saúde)
 Internado (setor)
 Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revalia Desistência
 Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família IML SVO



ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

6.1 FEV. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

F(NG).CC.001-1



Primeiro Atendimento Médico



1888865188181 BE. 971419
DORIVALDO ARAUJO DA SILVA
DT. NASC.: 01/07/1974
MRE: MARIA JOSE DE ARAUJO SILVA

END.: MARIA EULINA LERAL DE ALBUQUERQUE
N. 154 - SERRAME
JORG PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 887658146
IDADE: 42
DT. ENTRADA: 01/01/2017 21:43:18

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente a 10m de altura de
cachorro atingiu o abdômen. Foi
30 min. No seu peito deu cintilante
ao cair cintilante

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Rávias Obstédidas

CERVICAL IMOBILIZADA Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCUTA PULMÔNAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

2 - RUIDOS

sim
 Não

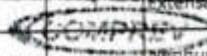
HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotorreageente Paralisadas Isocôricas Anisocôricas (diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL		MELHOR RESPOSTA MOTORA
		ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticção)
		Nenhuma / Nenhuma		Extensão Anormal (decerebração)
			<div style="text-align: center;">  COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A </div>	
TOTAL:			61 FEV. 2010	

FNG.CC.001-1

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

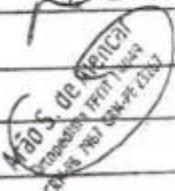
BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

10000005195101 BE.: 971419
DORIVALDO ARRUDA DA SILVA
DT. NASC.: 01/07/1974
MAE: MARIA JOSE DE ARRUDA SILVA

END.: MARIA SULINA LERL DE ALBUQUERQUE
N. 194 - GRAMAME
JORO PESSOA
FONE: (83) 997888146
CELULAR: (83) 997888146
IDADE: 42
DT. ENTRADA: 01/01/2017 21:43:18

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
	23:50	<p>23:50. H. Gafanhoto Paciente V. Tiver de acidente de Transito com queixa de Dor em Perna D e ferme esq. Rx da perna e coxa fix da Perna/brux distal</p>
		<p>CD: Galvão Rx da Perna esq. Encaminhar para a Transmeta aqun Rx da Perna</p>
		<p>01/02/2018 ~ 02:30 ~ Paus, 1, got a co ao de transito corpo posterior</p>
		<p>COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 01 FEVEREIRO 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITAL MARQUES
RUA JUZE COSTA EIJARTE, S/N
58056-331 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1911 CNPJ: 10.202.424/0001-28

Ficha Nr: 918264 Attd: Nao Regulada
Data: 02/01/2017
Hora: 04:53:28
Recepctionista: WILMA FERNANDES MONTEIRO
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DORIVALDO ABRAAO SILVA

Num. de vezes atendido: 6

Num. Prontuario: 2011.11.000218

CNS: 210.006131.0007 Sexo: M IDENTIDADE: 1837026 Fone: 88201907

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/07/1974 Id: 42 ano(s)

End.: RUA MARIA EUPRIMA DE ALBUQUERQUE, 159 C DO SUS 210103683130007

Bairro: GRAMME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: DORIVAL MARQUES DA SILVA

Mae: MARIA JANE APARECIDA SILVA

Obs: NAO TEM 190A NEM ESPECIFICACAO

Obs: NAO TEM 190A NEM ESPECIFICACAO

Obs: NAO TEM 190A NEM ESPECIFICACAO

TEL/Doc. Requisito: / SER DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X ANIMAL AS 20:00 HS

Vitima de violencia por: PROXIMO AO VIADUTO DO GEISEL

[] Cedo Policial

PRE-CONSULTA

TIPO DA CLASSIFICACAO DE RISCO:

		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
PA:	PP:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
TC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Temperatura:	ENQ:	[] Diarreia	[] Agitado
CP:	RR:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	
		Observacao:	

Quente Principal: []



01 FEV. 2018

PROTOCOLO

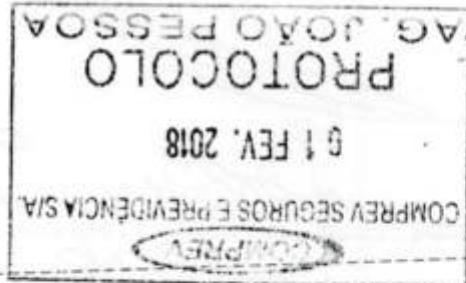
AG: JOAO PESSOA

Histórico - Estado Físico - Hora do atendimento medical

acabou de entrar

Exames de rotina Condutor
estava paciente *para* exame *de* medicação *de* bloqueio
interno interno *para* bloqueio





Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberação

18005534810 174 3636

ESTATE OF JAMES R. BROWN

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Site a petido [] Enfermaria [] Coitor [] Atestado [] SVO [] IMD

~~Yacuimay Davidsante da Silva~~ ~~Perujo~~

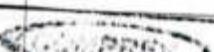
© 2013 Pearson Education, Inc.

Assinatura e Carimbo do Medico



MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Paulo Kowalski</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
CID					
<p><i>Fratura metatarsofálica</i> <i>de pulso</i></p>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
CID					
<p><i>O mesmo</i></p>					
<p style="text-align: right;">  COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 6/02/2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA CÓDIGO </p>					
<p><i>osteosíntese</i> <i>ns</i></p>					
<p><i>Fratura pulso +</i></p>					
<p><i>reparo</i> <i>liga metatarso</i></p>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Biópsia de Congelação:			<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pt em decúbito dorsal

+ apófise caudas espinhos +

Incisão:

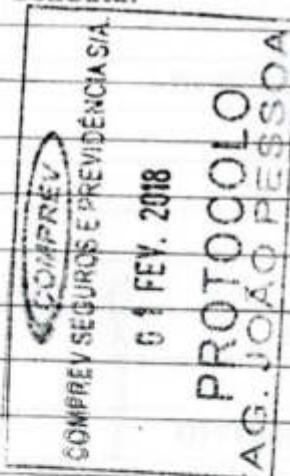
Adesiva + infiltrado

Achados:

Incisão pele + suscavado
a nível das raias

Refluxo poco intenso

Conduta:



Passagem de 0,100 K dura

a nível das costelas

apófise raias T 3x3

pele + suscavado

Fechamento:

Dr. Flávio Henrique Loyola
Traumatologista / Ortopedista
CRM-PB 16.674

OBS:

Data: 01/01/17.

MÉDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Joãozinho A. Siqueira Data da Admissão: 02/01/17

Pronutário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/1

QPD: Dor + deformidade pubo

HDA: Vitória da Conquista - nato com fratura

an pubo

I-D: Frat. Vs dental recto

Dr. Serrano

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A

01 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

COMPREV	SEGUR	PREV	VIDEN	CIA S/A
JOÃO	PROT	COL	AG	AG
PESSOA	JOÃO	JOÃO	JOÃO	JOÃO

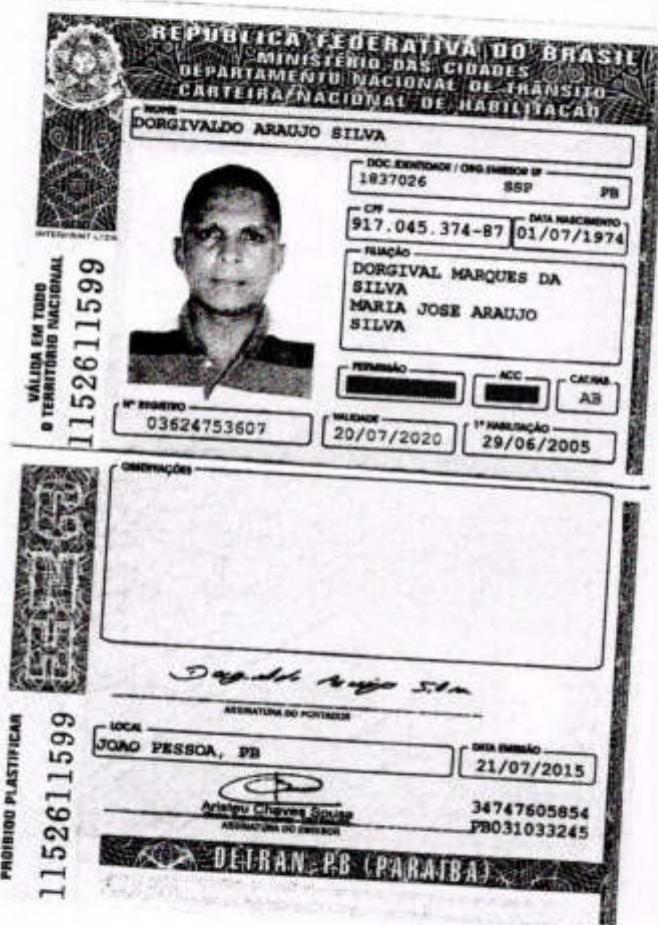
COMPREV

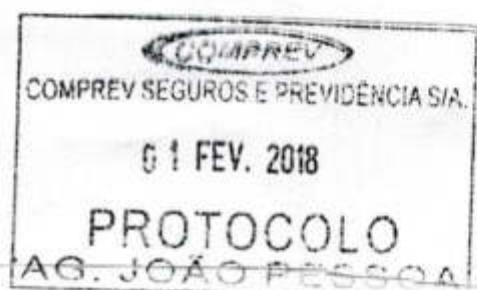
G 1 FEB 2018

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____





AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO A TERCEIRO

NOME DO COMPRADOR: Everton Danilo Meireles

VALOR P. 3

REG. 2668974 CPFC/NP/048799844-09

ENDERECO: Av. Evandro Chaves, 675
D.R. 401, Planalto da Boa Esperança, Rio Preto-SP
LOCAL E DATA: 1996 06/12/97

LOCAL DATA:

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL PESTAL

JURU
SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

R\$9,23 Farpen:R\$0,27 Fepi:R\$1,85, ISS:R\$0,46. Em test da
verdade. Tabela TELEFONICA PESO FERREIRA SILVA. Selo
Digital AD65744-1E40 Cognac

CARTÓRIO CELEIDA
1º SEMEGO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RECONECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE D. GERALDO HENRIQUE SILVA, [1843521], J. FESSOA-FB, 06/12/2017 10:45:28 Emol R\$9,23 Farpen:R\$0,27 Fepi:R\$1,85, ISS:R\$0,46. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA, [1850] FEFETRA SILVA. Selo Digital 6565749-1-E40 Cognac, [1850] M. Celeida

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

JOURNAL OF
DISTRITAL

REF ID: 489901. J. Pessoa 18, 08/12/2017 10:46:24 Ent
R\$ 22 Faren: R\$ 0,27 Fegi: R\$ 1,85, ISS: R\$ 0,46. Em test
verdade. Tabelia DELEIDA DE SOUZA FREITAS SENA. Selo
Digital 4665746-EDSA Cognac 10/12/2017 10:46:24
<https://selodigital.tabelia.com.br>

CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - PB		N.º 012650676371	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
<input type="checkbox"/> VEÍCULO <input checked="" type="checkbox"/> 1		PRV PLACA/AVAM 2016000250148-7 00/00000000	
DORGIVALDO ARAÚJO SILVA R. MARIA E L. ALBUQUERQUE 159 CA GRAMAME 58069465-JOÃO PESSOA - PB		ENDEREÇO NOME/ENDEREÇO	
911704537487		CPF/CNPJ 0060003967-6	
PEDRO GOMES BORGES		NOME ANTERIOR NOME ANTERIOR	
NOVO		PLACA 9C2KD0540ER015591	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		CLASSE ESPECIE TIPO	
HONDA / NXR150 BROS ESD		COMBUSTIVEL ALCO/GASOL	
2 P/149 /C1		CATEGORIA 2013	
0		COR PREDOMINANTE PRETA	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
OBSEVAÇÕES			
N.º Motor : KD05E4E015591		DATA 29/06/2016	
JURO PESSOA - PB (OCM)		VALOR 17221	

**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): **DORGIVALDO ARAUJO SILVA** Sinistro: **3180054665** Data: **01/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Maria Eulina Leal de Albuquerque, 159 - Gramame - João Pessoa - PB - CEP 58069465**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[SSP /PB] 1837026**

Data local do exame: **[19/02/2018] João 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 de punho direito. Paciente com deformidade no punho, desvio radial, limitação de supinação, déficit de força punho.**

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? **[X] 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? **[X] 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.

Paciente submetido à tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal direito, evoluiu com dor e limitação de força e movimentos.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? **[X] 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.

Paciente apresenta deformidade com desvio radial leve do punho direito, déficit de força grau 4, movimentos punho diminuídos (pronação 0-80°, supinação 0-60°, desvio radial 0-10°, desvio ulnar 0-30°, dorsiflexão 0-50°, flexão volar 0-30°). Dor aos esforços.

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"

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):
Punho direito

% do dano: 10% residual 25% leve
(X) 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.

Douglas Michalane Pires Teixeira

Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042405/18
Vítima: DORGIVALDO ARAUJO SILVA
CPF: 917.045.374-87

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/01/2017
Titular do CPF: DORGIVALDO ARAUJO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

DORGIVALDO ARAUJO SILVA : 917.045.374-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/02/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF/CNPJ: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180054665 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DORGIVALDO ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 01/01/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/PUNHO DIREITO:75% DE 25% = 18,75%

Documentos complementares:

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180054665 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DORGIVALDO ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 01/01/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de punho direito

Descrição do exame médico pericial: Paciente apresenta deformidade com desvio radial leve do punho direito, déficit de força grau 4, movimentos punho diminuídos (pronação 0-80°, supinação 0-60°, desvio radial 0-10°, desvio ulnar 0-30°, dorsiflexão 0-50°, flexão volar 0-30°). Dor aos esforços.

Resultados terapêuticos: Paciente submetido à tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal direito, evoluiu com dor e limitação de força e movimentos.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

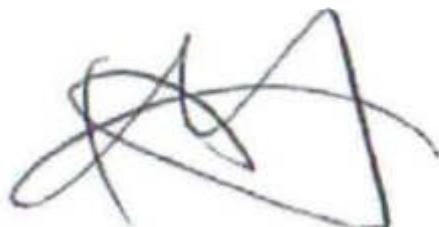
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

61 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

OUTORGANTE:

Domingivaldo Araújo Silva
 brasileiro(a), estado civil Casado, profissão
Guarda Municipal CI RG nº 1837086,
 CPF/MF nº 917.045.374-87, residente e domiciliado(a) à Rua
Maria Eulina local Alberquerque 159-Gramame
 Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58069-465, telefone
83-98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58,
 Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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 apresentar 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.

João Pessoa, 17 de Janeiro de 2018.

Domingivaldo Araújo Silva
 OUTORGANTE

CARTÓRIO
VERABANCA