

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

Carta nº 12341718



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 nº: 12441319

A/C: DORGIVALDO ARAUJO SILVA

Nº Sinistro: 3180054665
Vítima: 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:

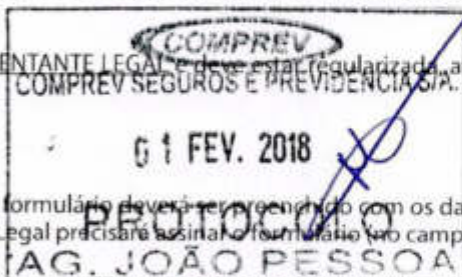
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

Donivaldo Araújo Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Donivaldo Araújo Silva		CPF titular da conta 917.045.374-87	Profissão Guarda municipal
Endereço Rua Guilhermina Leal Albuquerque		Número 159	Complemento
Bairro Gama	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58069-465
Email alexandracarduarte@hotmail.com			Telefone (DDD) 9 8663-4900

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA

NRO.

3914

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

00043490

(Informar dígito se existir)

D/V

0

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa 17 de Janeiro de 2018

Local e Data

+ Donivaldo 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:

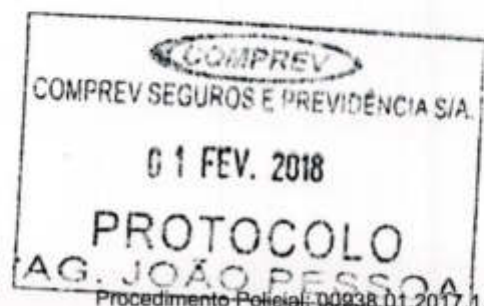
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR150 BROS ESD, COR PRETA, ANO 2014/2014, PLACA OGE5656/PB, CHASSI 9C2KD0540ER015591, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, quando passava próximo ao Viaduto Eduardo Campos, na BR 230, sentido João Pessoa/Bayeux, foi surpreendido por um cachorro que cruzou repentinamente 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 DRª 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 interdita 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 <i>Dan Givaldo Araújo Silva</i>	CPF da Vítima <i>917.045.341-87</i>	Data do Acidente <i>03-03-17</i>
--	--	-------------------------------------

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 costas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

61 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 17 de Janeiro de 2018
Local e Data

Dan Givaldo Araújo Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

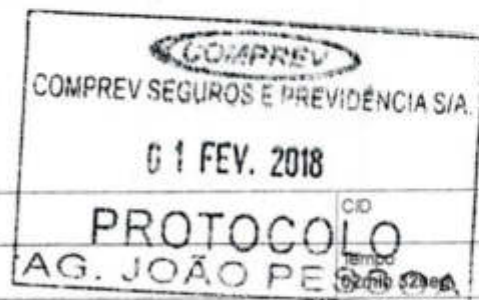
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, em -- 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 Cns		
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOB		
Endereço				
CEP 58069466	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	Veio de ambulância Sim	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA	x mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				



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

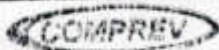
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000043490-0

Nr. da Autenticação 0D0236BA75CB909A

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

25/09/2017
Valor 194,64

Forma de Pagamento
BOLETO BANCARIO

25/09/2017
Vencimento

046.502.754-74
CPF/CNPJ

9071013314867
Código NET

Minha NET:

PARA 2x VIA DA FATURA, DEBITO AUTOMATICO E DUVIMAS, ACESSAR NET-CONTAS

ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV. ALVARO PESSA, 6028
50040-450
JOÃO PESSOA, PB

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

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 Dongivaldo Araújo Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.045.374-87 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Dongivaldo Araújo Silva 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 -
Bairro <u>Alameda</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandracesarduarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>98663-1900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99105-5363</u>

João Pessoa, 29 de Janeiro de 2018
Local e Data

Alexandra Cesar 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 **DORGIIVALDO 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.

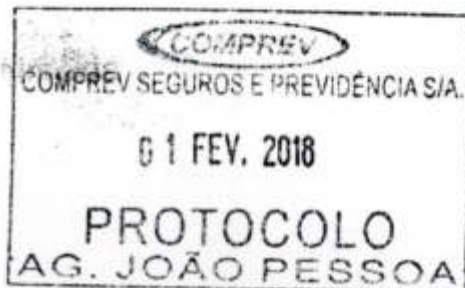
Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura e luxação em punho direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/01/2017 com alta médica dia 11/01/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 02 de Março de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





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



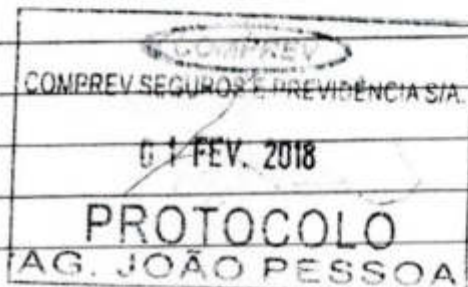
LAUDO MÉDICO

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



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 pactuação

ALTA HOSPITALAR: 01/01/17
DATA DA EMISSÃO: 6/17/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

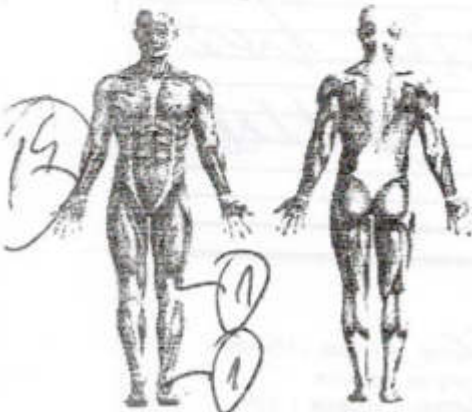
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

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 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

() Radiografias *Tela pré-operatória*
 () Ultrassonografia (FAST)
 () Tomografia computadorizada
 () Lavado peritoneal
 () Gasometria arterial
 () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

() Centro cirúrgico

() Transferência (unidade de saúde)

() Internado (setor)

() Alta hospitalar

() Decisão médica

() Apedido

() A revalia

() Desistência

() Óbito

() Até 48 hs.

() Após 48 hs.

() Família

() JIML

() SVO

DATA _____
 DA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

ASSIN

ASSIN

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

01 FEV. 2018

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

F(NG).CC.001-1



Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:



1000000100101 BE: 971419
DORIVALDO ARAUJO DA SILVA
DT. NASC.: 01/07/1974
RAE: MARIA JOSE DE ARAUJO SILVA

END.: MARIA EULINA LEAL DE ALBUQUERQUE
N. 154 - GRANAPE
JOÃO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 997600146
IDADE: 42
DT. ENTRADA: 01/01/2017 21:43:10

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente motor a grande de
moto de 150cc, colisão lateral
30km/h. Lesões de contusão
na cabeça.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Libres ☐ Obstruídas
AÉREAS ☒ Sim ☐ Não
CERVICAL IMOBILIZADA ☒ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
☒ Presente e normal
☐ Rude
HTD ☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
2- RUÍDOS
☐ Sim
HTD ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
☐ Não
HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
FR: _____ mp SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO ☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS ☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU BA ☐ Sim ☐ Não
FC: 80 bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN:

Abdomem macio e não doloroso.

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma		Extensão Anormal (decerebração)	2
					1
TOTAL:					

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

61 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

F(NG).CC.001-1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



100000100101 BE.: 971419
DORIVALDO ARAUJO DA SILVA
DT. NASC.: 01/07/1974
NRE: MARIA JOSE DE ARAUJO SILVA

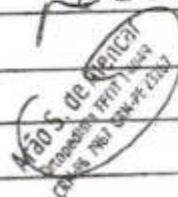
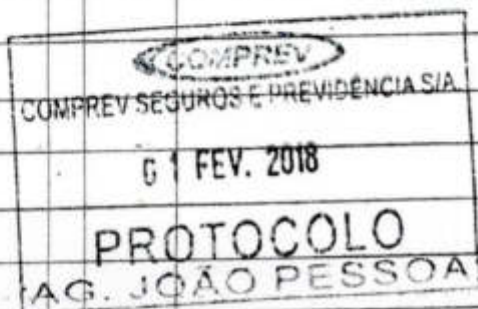
BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

END.: MARIA EULINA LER. DE ALBUQUERQUE
N. 104 - GRATIAHE
JOAO PESSOA
FONE: (3)
CELULAR: (32) 997698146
IDADE: 42
DT. ENTRADA: 01/01/2017 21:43:19

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
	23:50	<i># 6547210</i>
		<i>Paciente vítima de acidente de trânsito com fratura de</i> <i>door em punho de punho</i> <i>esq. Rx da punho e espinha</i> <i>fix da punho/cheio do dor</i>
		<i>CD: 541210 Rx da</i> <i>punho esq. Encaminhar para</i> <i>a Traumatologia após Rx da</i> <i>punho</i>
		<i>01/02</i>
	02:30	<i>12/02/18, fot a cor</i>
		<i>CD De trauma</i> <i>corpo rectum</i>

Glauber M. Novais Miranda
Médico
CRM - PB 9220



JOÃO PESSOA, JOSE COSTA DUARTE, S.N
58056-331 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1980 CNPJ: 10.202.424/0001-28

Ficha Nr: 918264 Atd: Nao Regulad
Data: 02/01/2017
Hora: 04:53:28
Recepcionista: WILMA FERNANDES MONTEI
Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DOROTVALDO ARAUJO SILVA

Num. de vezes atendido: 6

Num. Prontuario: 2011.11.000218

CNS: 210.03683130007 Sexo: M IDENTIDADE: 1837026 Fone: 88201907

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

End.: RJA MARIA EUBINA LEAL DE ALBUQUERQUE, 159 C DO SUS 210103683130007

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: DORIVALDO MARQUES DA SILVA

Mae: MARIA JISE ARAUJO SILVA

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

PRE-CONSULTA

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao



End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

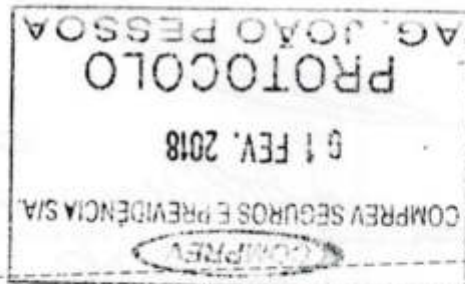
End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO

End. de atendimento: SEM ESPECIFICACAO



Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria ☐ Coito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IMI

Abnermar Cavalcante da Silva Araújo

Assinatura/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Dr. João Pessoa</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:
Data:	Cirurgião:	EMP:	LR:
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Instrumentador:	
Horário:		I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<u>Fratura metastásica</u>			
<u>de pulmão</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<u>0 MESMO</u>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			
<u>osteotomia de</u>			
<u>fratura pulmão +</u>			
<u>deserto via aberta</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim	Descreva:
		2 (X) Não	
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			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pd em posição dorsal

Incisão:

+ APOIO CAUDAL ESTERIL +

ADESIVA + INTERIORES

Achados:

INICIAL PULS + SUBSTITUÍDO
A NÍVEL AS PUNTO

REDUZ POCO PAINTE

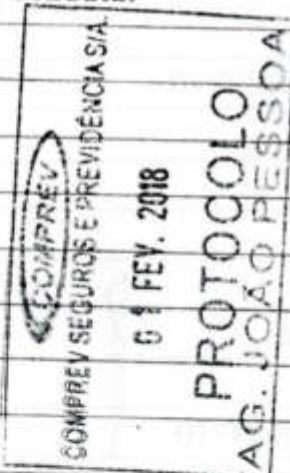
Conduta:

PASSEIO DE D+RO K 2x3

A NÍVEL AS CESTIÇÕES

ADESIVAS PARA 3x3

PASSO PULS + SUBSTITUÍDO



Fechamento:

Dr. Flávio Henrique Loyola
Traumatologia / Ortopedia
CRM-PE 16.674

OBS:

Data: 11/01/17.

MÉDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

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

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

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

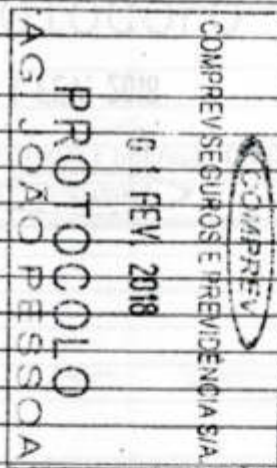
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____



Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura 1/3 distal rádio D*

Conduta: *Internar p/ tratamento cirúrgico*





07833220

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Titular da Carteira

3



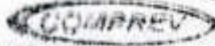
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

21/08/1982

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

**CARTEIRA DE IDENTIDADE
DE ADVOGADO**



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todas as fins legais.
[Art. 13 do Lei nº 8.906, de 04/07/1994]

1

Alexandra Cesar Duarte

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Matrícula nº
14438

Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Progenitor
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Naturalidade
RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade
BRASILEIRA

Data de Nascimento
21/08/1982

Data de Compromisso na O.A.B.
17/12/2008

Data de Colação de Grau
30/07/2007

Data de Expedição
12/01/2009

José Mário Porto Júnior
JOSÉ MÁRIO PORTO JÚNIOR
PRESIDENTE

2

EMOI:K62.51 FEB K30.12 FAPEN:K30.39 ISS K4 0.11, Seid

**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): **DORIVALDO 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 susceptível 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar 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 - CRM: 5336 - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

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

Valoração 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 SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01 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 Eulonia Leal Albuquerque 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 20 18.

CARTÓRIO
VEIRA BASTA

Domingivaldo Araújo Silva
OUTORGANTE

