

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2018

Aos Cuidados de: NILTON ALVES DA COSTA

Nº Sinistro: 3180106010

Vitima: NILTON ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 30/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180106010**.

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 Março de 2018

Aos Cuidados de: NILTON ALVES DA COSTA

Nº Sinistro: 3180106010

Vitima: NILTON ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 30/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180106010**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: NILTON ALVES DA COSTA

Sinistro: 3180106010

Vítima: NILTON ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 30/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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 3180106010** 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, 25 de Julho de 2018

Carta n°: 13140345

A/C: NILTON ALVES DA COSTA

Nº Sinistro: 3180106010
Vitima: NILTON ALVES DA COSTA
Data do Acidente: 30/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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: NILTON ALVES DA COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003165-8

Conta: 000010105999-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

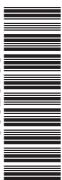
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

050.092.414-00

Nome completo da vítima

Nilhom Alves da Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Nilhom Alves da Costa	CPF titular da conta	050.092.414-00	Profissão	Atividade
Endereço	Ima. Jocur Unisul	Número	319	Complemento	
Bairro	Centro	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email	Zeduardo.silva@hotmail.com				CEP
					Telefone (DDD)
					99340-1170

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, que o endereço informado é o meu endereço de residência. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

 COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 MAR. 2013

 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
 RECUSO INFORMAR

 SEM RENDA

 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ 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)

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Brasil

NRO.

001

AGENCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

3165

8

105.999

8

(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, 18 de Janeiro de 2013

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

----- Consulta - Operações -----

Cliente (CPF/CGC): 010.092.414-00 NILTON ALVES DA COSTA

Contrato de Operação

Produto : 0006 CONTAS

Modalidade : 0001 CONTA CORRENTE PF COMUM

Agência : 31656 BAIRRO BESSA(PB)

Nr.Operação: 105.999-8

Situação : Ativa

Nome Personalizado: NILTON ALVES DA COSTA

Participação do cliente

|Titularidade: 1

|Tipo : Titular

|Dt.Inicio: 13.02.2017

|Dt.Fim : 31.12.9999

|Situação : Ativa

Agência vinculada: 3165 BAIRRO BESSA(PB)

Conta vinculada : 105.999-8

IBAN : BR0900000000031650001059998C1

Tipo : SEDE/RESIDENCIAL

Endereco : RUA INDUSTRIAL JOAO URSULO 136

Bairro : CRISTO

CEP: 58.070-600

Municipio: JOAO PESSOA(PB)

Telefone : (83) Ramal:

conta corrente
b. brasil



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00049.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00049.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:05 horas do dia 11 de janeiro de 2018, 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Nilton Alves da Costa**, CPF nº 010.092.414-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Elza do Monte Lima e Severino Alves da Costa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/11/1980 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Pedro, Nº 319, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Mercadinho Rede Uni Loja, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98640-1385.

Dados do(s) Fatos:

Local: Presidente Felix Antonio, Bar de Dó, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/04/17 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante conduzia um veículo tipo motocicleta, modelo HONDA CG 125 FAN ES, de cor preta, ano e modelo: 2011/2012 de placa OEZ 9150/PB, chassi nº 9C2JC4120CR519379, estando a mesma registrada em nome de **ELIVALDO DE OLIVEIRA COSTA**, portador do CPF nº 840.550.144-49, que o notificante não conhece essa pessoa, pois já pegou de terceiro; QUE o notificante relata que ao chegar na rua Presidente Felix Antonio no bairro de Cruz das Armas o mesmo perdeu o controle do veículo acima citado e veio a cair, que devido ao fato veio a se lesionar conforme laudo médico, expedido pelo médico Dr. Juan Jaime Alcoba Arce-CRM 3323/PB, datado de 04/08/2017; QUE o notificante a princípio foi socorrido pelo SAMU, para o hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena conforme laudo médico cujo boletim de entrada 997569; QUE segundo o notificante ao ser atendido no hospital recebeu alta, mas que devido a forte dores o mesmo acionou o corpo de bombeiros conforme certidão de ocorrência nº 293/2017 e retornou para o hospital de trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico acima citado. QUE não quer representar criminalmente.

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.

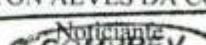
João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2018.



JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação





NILTON ALVES DA COSTA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
05 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Procedimento Policial 00049.01.2018.1.00.420



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00049.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00049.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:05 horas do dia 11 de janeiro de 2018, 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Nilton Alves da Costa**, CPF nº 010.092.414-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Elza do Monte Lima e Severino Alves da Costa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/11/1980 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Pedro, Nº 319, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Mercadinho Rede Uni Loja, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98640-1385.

Dados do(s) Fatos:

Local: Presidente Felix Antonio, Bar de Dó, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/04/17 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante conduzia um veículo tipo motocicleta, modelo HONDA CG 125 FAN ES, de cor preta, ano e modelo 2011/2012 de placa OEZ 9150/PB, chassi nº 9C2JC4120CR519379, estando a mesma registrada em nome de ELIVALDO DE OLIVEIRA COSTA, portador do CPF nº 840.550.144-49, que o notificante não conhece essa pessoa, pois já pegou de terceiro; QUE o notificante relata que ao chegar na rua Presidente Felix Antonio no bairro de Cruz das Armas o mesmo perdeu o controle do veículo acima citado e veio a cair, que devido ao fato veio a se lesionar conforme laudo médico, expedido pelo médico Dr. Juan Jaime Alcoba Arce-CRM 3323/PB, datado de 04/08/2017; QUE o notificante a princípio foi socorrido pelo SAMU, para o hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena conforme laudo médico cujo boletim de entrada 997569; QUE segundo o notificante ao ser atendido no hospital recebeu alta, mas que devido a forte dores o mesmo acionou o corpo de bombeiros conforme certidão de ocorrência nº 293/2017 e retornou para o hospital de trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico acima citado. QUE não quer representar criminalmente.

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, 11 de janeiro de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação



Nilton Alves da Costa

Noticiante	COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.	
05 MAR. 2019	
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Procedimento Policial 00049.01.2018.1.00.420

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 Nicola Alves da Costa CPF da Vítima 610.092.414-00 Data do Acidente 30-04-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

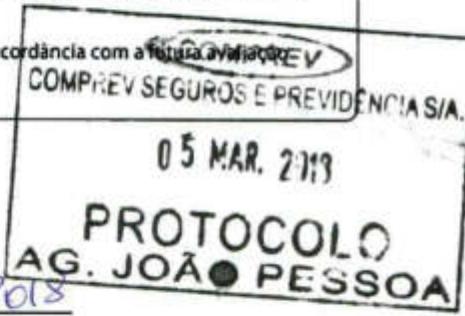
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 Lider 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 ~~reputada avaliação~~ COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.



João Pessoa 18 de Janeiro de 2018

Local e Data

Finalizar anexo do certa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



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 712/073, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1682170, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente NILTON ALVES DA COSTA idade 37 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 30/04/2017, na Av. Pres. Félix Antônio, Bairro: Cruz das Armas - João Pessoa - aproximadamente às 15:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

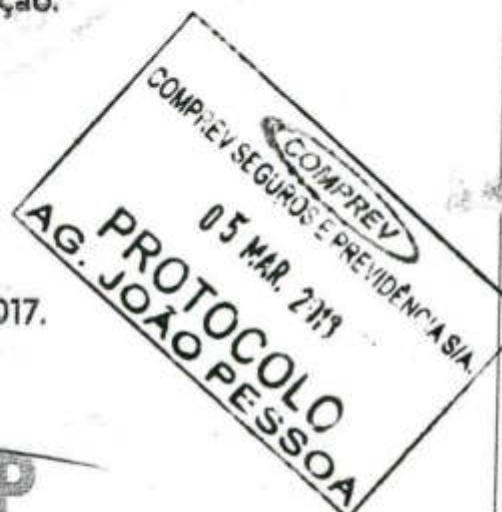
Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 02 de Janeiro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREJ/51 Região: 10171

SAMU 192 JP

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





VISTO EM: 11/08/17

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3^a SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 08 de Agosto de 2017.

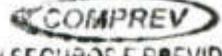
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 293/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 01/05/2017, conforme requerimento nº 284/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 11h28min o/a Sr.(a) **NILTON ALVES DA COSTA** CPF: 010.092.414-00, vítima transportada da sua residência na Rua Industrial João Ursulo, Cristo – João Pessoa/PB, para o Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47 tendo como chefe o/a **SARGENTO BM JOSENILODO-SOARES DE OLIVEIRA**, Matrícula: 518.109-7. Ao chegar ao local, a vítima informou que teria sofrido um acidente no dia anterior e relatava dores no membro inferior esquerdo. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** – SD BM Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3^a Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da Seção/BAPH.

Josinete Ribeiro dos Santos
TEN. QOABM- 517240-3

Chefe da 3^a Seção


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

05 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NILTON ALVES DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03165-8

CONTA: 000010105999-X

Nr. da Autenticação A66DD4A6F1ECF12C

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento para pagamento

Documento para pagamento

Documento para pagamento

Nº 001.247.808

ELZA DO MONTE LIMA
RUA IND. JOÃO URSUO 319
JOÃO PESSOA



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 09.096.163 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

CCD - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/782434-5

DEZ/2017

27/12/2017

139

05/01/2018

R\$ 112,07

Acesse: www.energisa.com.br



ELZA DO MONTE LIMA
Roteiro: 16-002-569-1420
83630000001-2 12070149000-1 07824342017-7 12200002019-0



RENDIMENTO

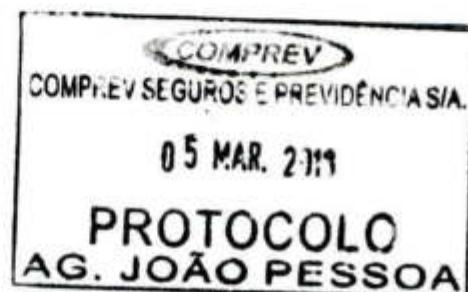
TOTAL A PAGAR

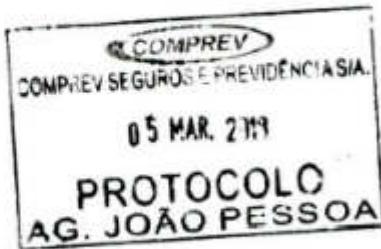
MATRÍCULA

05/01/2018

R\$ 112,07

782434-2017-12-2





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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.

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

²Conselho 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 JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wilton Alves da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.092.414-00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Wilton Alves da Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.092.414-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: **COMPRA E VENDA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA.**

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>Mamairos</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PR</u>
Email	<u>zeduardosilva@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD)	<u>99340-1170</u>

João Pessoa, 26 de fevereiro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Nilton Alves da Costa

DATA DE NASCIMENTO 12/11/80

NOME DA MÃE Elza do Monte Lima

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 997569

DATA DO ATENDIMENTO 01/05/17

HORA DO ATENDIMENTO 12:39

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de ossos da perna direita

CID 10 S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, há um(01) dia, com queixa de dor em joelho e perna direita, sem outras queixas glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia.

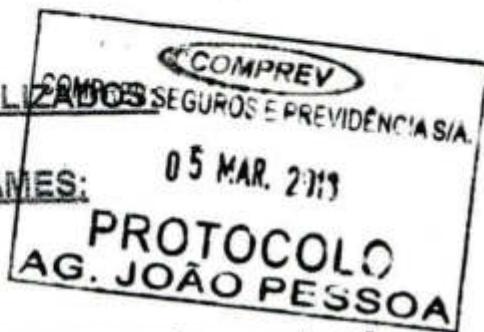
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS

RX joelho perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de ossos da perna direita

TRATAMENTO:



1º atendimento + tala inguino-podálica + encaminhamento para Ort trauma, conforme pontuação

ALTA HOSPITALAR: 01/05/17

DATA DA EMISSÃO: 04/08/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



a Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 997660

**Identificação do paciente**

ID 550720	Nome NILTON ALVES DA COSTA			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/11/1980	Idade 36 anos 5 meses 19 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe ELZA DO MONTE LIMA			Paiz SEVERINO ALVES DA COSTA	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Pai/Mãe) EDICLEIDE SILVA GUEDES - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel: 966292102		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2239033		Nº Cns 704600307997860	
Local de procedência CRISTO REDENTOR			Trco BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CEP/R	

Endereço

CEP 58085710	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Loteamento INDUSTRIAL JOÃO ÚRSULO
Número 136	Complemento RUA INDUSTRIAL JOAO URSULA		Bairro CRUZ DAS ARMAS

Admissão

Data e Hora 01/05/2017 12:39:30	Número da pulseira 1000006086465	Convenio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

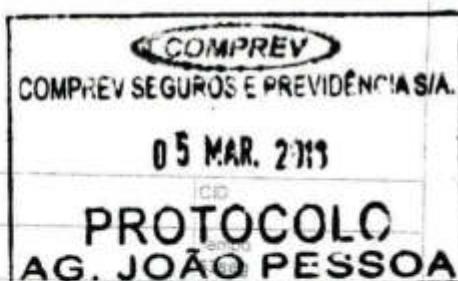
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

DiagnósticoAtendido por
MICHEL CARVALHO BORGES

Imprimir

Perete visto de
lateral de btrw
Spresionada
fissura dos ossos da
tuna (15) parcial
de trancado

causando

ex: - dobra ligeira

- nodalige

- Angulare

- Osteocond.

- Scaphoaloplano

1+DOP

Dr. Isidro Gomes Pereira
Ortopedico - Traumatologo
Cirurgao do Esporte
CRM 6350

COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A. 05 MAR. 2019 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA

INTERNO, S/N -
CNES: 454564 - Tel.:

Paciente NILTON ALVES DA COSTA	B/E 997569	Data/Hora Entrada 01/05/2017 12:39:30	Data Baixa 2017-05-01 14:15:45.0
Data de nascimento 12/11/1960	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 704000307997866
Mãe ELZA DO MONTE LIMA			Telefone de Contato (83) 986292102
Endereço INDUSTRIAL JOÃO ÚRSULO, 136 - RUA INDUSTRIAL JOÃO ÚRSULA	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente QUEBRA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 01/05/2017 14:15:55		Data/Hora Prescrição 01/05/2017 14:13:56	

Anamnese

PACIENTE REFERE ACIDENTE DE TRANSITO HÁ 1 DIA, COLISÃO MOTO X MOTO. QUEIXANDO-SE DE DOR EM PERNAS DIREITA. AO EF -
RADIOGRAFIA : FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA (FECHADA). CD: ENCAMINHO AO ORTOGRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO.

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES: DIREITA)

CID10

Código	Descrição
S82.9	Fratura da perna, parte não especificada

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

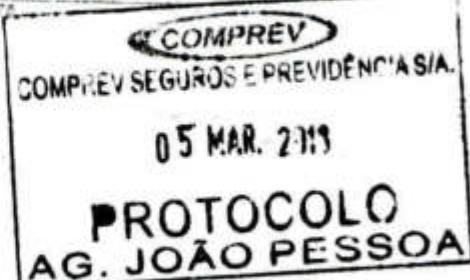
Data e Hora
01/05/2017 14:15:45Observações
ENCAMINHO AO ORTOGRAUMA

Dr. Pedro Henrique
Gutierrez
Vargas
Fretas
10575

+ Dr. Felipe Sem

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(10575/PB)

NILTON ALVES DA COSTA



INTERNO, S/N -
CNES: 454554 - Tel.:

Paciente NILTON ALVES DA COSTA	BAE 997689	Data/Hora Entrada 01/05/2017 12:30:30	Data Baixa 2017-05-01 14:15:45,0
Data de nascimento 12/11/1980	Idade 36	Sexo Masculino	Telefone de Contato (82) 988292102
Mãe ELZA DO MONTE LIMA			Prontuário
Endereço INDUSTRIAL JOÃO ÚRSULO, 136 - RUA INDUSTRIAL JOAO URSSULA	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEBRA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 01/05/2017 14:15:55		Data/Hora Prescrição 01/05/2017 14:15:56	

Anamnese

PACIENTE REFERE ACIDENTE DE TRANSITO HÁ 1 DIA, COLISÃO MOTO X MOTO, QUEIXANDO-SE DE DOR EM PERNAS DIREITA, AO EF -
RADIOGRAFIA: FRATURA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA (FECHADA). CD: ENCAMINHO AO ORTOGRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO.

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES: DIREITA)

CID10

Código	Descrição
S82.9	Fratura da perna, parte não especificada

Conduta

Alta médica

Alta HospitalarUsuário
PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITASData e Hora
01/05/2017 14:15:45Motivo de Alta
ALTA HOSPITALARObservações
ENCAMINHO AO ORTOGRAUMA

Dr. Pedro Henrique
Gutierrez Vargas
FREITAS
10575/PB

+ Dr. Felipe Sem

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(10575/PB)

NILTON ALVES DA COSTA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome NILTON ALVES DA COSTA	Data de 12/11/1986	Idade 36	Sexo MASCULINO	Nº 997569	Data Prescrição 07/05/2017 12:57:45
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 01/05/2017 12:57:45	

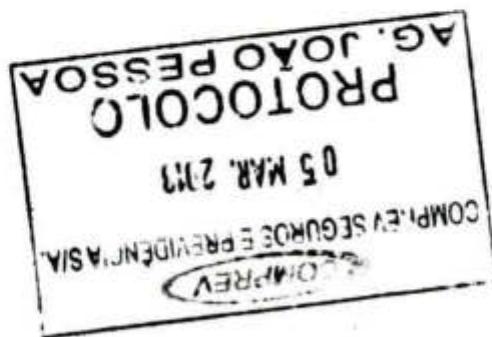
MEDICAMENTOS PRESCRITOS

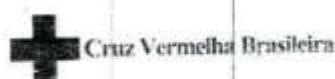
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 CETOPROFENO 100 MG	1,0	FR/AMP		E.V.		AGORA	Observação: diluir em 100ml de sif. 9%	<i>10/05/2017</i>
2 PARECER ORTO	0,0							

01 de Maio de 2017

RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE
CRM: 9063

Rhaissa Assunção Andrade
Assinatura: *Rhaissa Assunção Andrade*
CRM-PB: 9063
Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente NILTON ALVES DA COSTA		BAE 997569	Data/Hora Entrada 01/05/2017 12:39:30	Data Saída
Data de nascimento: 12/11/1980		Idade 36	Sexo Masculino	CNS 70400307997860
Mãe ELZA DO MONTE LIMA				Telefone de Contato (83) 986292102
Endereço INDUSTRIAL JOÃO ÚRSULO, 136 - RUA INDUSTRIAL JOAO URSULA		Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE SOUZA	Nº Cons. Regional 3003/PB
Data/Hora Classificação 01/05/2017 12:39:30			Data/hora Prescrição 01/05/2017 12:57:45	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 01 DIA. USAVA CAPACETE. REFERE DOR EM JOELHO DIREITO E PERNAS DIREITAS. NEGA TRAUMA TORÁCICO, ABDOMINAL OU TCE. NEGA OUTRAS QUEIXAS. EUPNEICO. TORAX E ABDÔMEN SEM ALTERAÇÕES. PELVE ESTAVEL. GLASGOW 15. CD: ALTA DA CIRURGIA GERAL AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SF0,9%)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

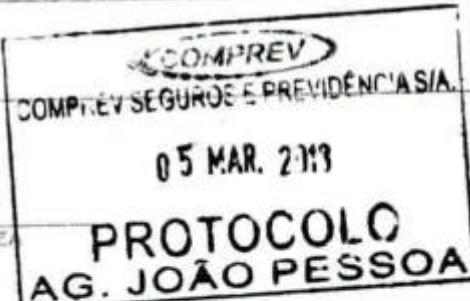
RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITAS

CID10

Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

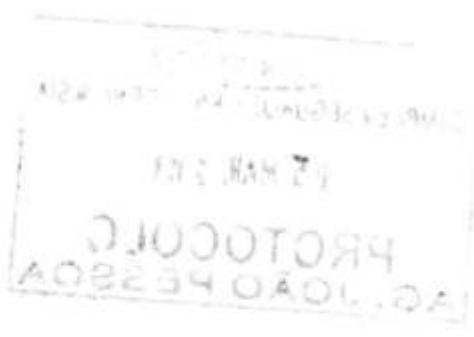
Conduta

Em observação



Rhaissa Assunção
MÉDICO
RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE SOUZA
CRM - (3003/PB)

NILTON ALVES DA COSTA



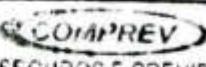
REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

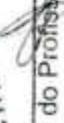
Nome	NILTON ALVES DA COSTA	
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário
12/11/1980	997569	

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM
 RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)
 RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITAS

RAIOS X	
TIPO	JOELHO DIREITO
DATA	01/03/11
HORA	13:21
NOME TÉC. RAD.	D. BON
ASS.	


COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 05 MAR. 2011
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura Assunção
 MÉDICO CRM-PB 9963 01 de Maio de 2017


Assinatura e Carimbo do Profissional



Atendimento: 000000487165

Idade: 36 anos

Paciente: NILTON ALVES DA COSTA

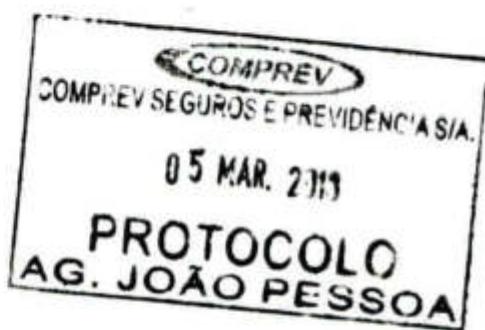
Data: 30/04/2017

RADIOGRAFIA DA PERNAS DIREITA

Fraturas na diáfise do terço médio da tibia e fibula.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Nota: Exame laudado no dia 20/07/2017
11:00 e revisado no dia 20/07/2017 11:00.

Thiago C. C. Modesto
Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB



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



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 712/073, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1682170, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente NILTON ALVES DA COSTA idade 37 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 30/04/2017, na Av. Pres. Félix Antônio, Bairro: Cruz das Armas - João Pessoa - aproximadamente às 15:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

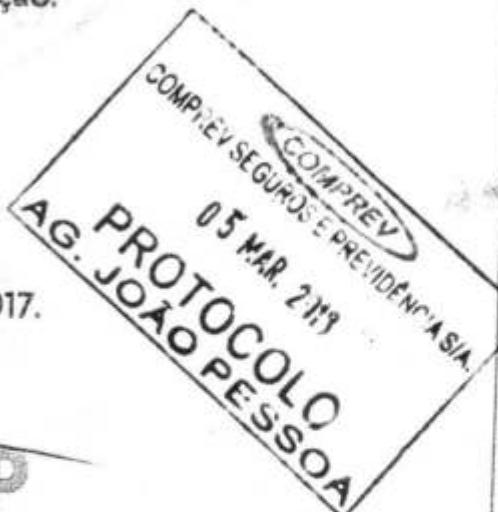
Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 02 de Janeiro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS Região: 10171

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE 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 Nilton Alves da Costa

DATA DE NASCIMENTO 12/11/80

NOME DA MÃE Elza do Monte Lima

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 997569

DATA DO ATENDIMENTO 01/05/17

HORA DO ATENDIMENTO 12:39

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de ossos da perna direita

CID 10 S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, há um(01) dia, com queixa de dor em joelho e perna direita, sem outras queixas. Glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS

COMPREV
COMO SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A

RX joelho - perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

05 MAR. 2017

RX: fratura de ossos da perna direita

TRATAMENTO:

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1º atendimento + tala inguino-podálica + encaminhamento para Ortoprâuma, conforme pontuação

ALTA HOSPITALAR: 01/05/17

DATA DA EMISSÃO: 04/08/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



a Brasília

Hospital São Lucas da Brasília e Tapajós
Sexta-feira, 11 de Março de 2011

ACOLHIMENTO, nr.: 001/2011-123512-211

Boleto de Atendimento, 997600

**Identificação do paciente**

ID 650720	Nome NILTON ALVES DA COSTA	Sexo Masculino		
Data de nascimento 12/11/1980	Idade 36 anos 5 meses 19 dias	Estado Civil CASADO(A)	Religião CATÓLICA	Pontuário
Mãe ELZA DO MONTE LIMA			Pai SEVERINO ALVES DA COSTA	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Esposo(a) (Parceiro) JOSE VIEIRA CUNHA - ESPÓSOS(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 966292102		DDD Fixo 70600307867860	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2739053			
Local de procedência CRISTO REDENTOR			Endereço BARRA	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			

Endereço

CEP 58085710	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Unidade INDUSTRIAL JOÃO URSUO
Número 136	Complemento RUA INDUSTRIAL JOAO URSUO		Bairro CRUZ DAS ARMAS

Admissão

Data e Hora 01/03/2011 12:39:30	Número da pulseira 1000006086465	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Cinza

Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Descrição do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vaga de ambulância Não	Doença Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

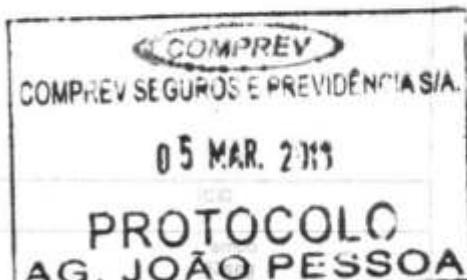
PA	X mmHg	Fuso	Temperatura
----	--------	------	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	EDG []	Ultrassonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
MICHEL CARVALHO BORGES

Imprimir

Receita Unite de
Receita de novo
Spontanea
fute dos ossos de
cane (15), parafel
de tratante

Caixa seca

Ex: - Jap 14jus

Podalige

- Anofore

- Ometesal

- Scapula

HDP

Dr. Ioribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologo
Cirurgia do joelho
CRM 6.6350

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
05 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



—
**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONT

7381

NOME DO PACIENTE:					END: - INDEPENDÊNCIA 22 48 R. 136 - CANTO DO SÉRS João PESSOA CEP: 58010-000 TEL/FAX: (83) 946232160 E-MAIL: joao@joao.com.br		
PROCEDÊNCIA:		<input checked="" type="checkbox"/> Daniellio	<input checked="" type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input checked="" type="checkbox"/> Ambulância SAMU			
TIPO DE ACIDENTE:		<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel	<input checked="" type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Bicicleta		destinação
		<input checked="" type="checkbox"/> Envenenamento	<input checked="" type="checkbox"/> Incêndio	<input checked="" type="checkbox"/> Explosão	<input checked="" type="checkbox"/> Explosão		destinação
TIPO DE LESÃO:		<input checked="" type="checkbox"/> Fratura fechada	<input checked="" type="checkbox"/> Ferimento aberto	<input checked="" type="checkbox"/> Cunhação	<input checked="" type="checkbox"/> Lacerção		<input checked="" type="checkbox"/> Quimiotrauma
		<input checked="" type="checkbox"/> Mordedura	<input checked="" type="checkbox"/> Objeto encravado	<input checked="" type="checkbox"/> Ferimento contínuo	<input checked="" type="checkbox"/> Impalação membro		<input checked="" type="checkbox"/> Outros
LOCAL DA LESÃO:		<input checked="" type="checkbox"/> Membros sup.	<input checked="" type="checkbox"/> Membros inf.	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Abdomen		<input checked="" type="checkbox"/> Pélvis
DADOS CLÍNICOS (sintomas)							
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:							
EXAME FÍSICO		PA: ____ / ____ mmHg		P: ____ bpm	SpO2: ____	T: ____	
Sistema Neurológico:							
Nível de Consciência:		<input checked="" type="checkbox"/> Consciente		<input checked="" type="checkbox"/> Incômodo		<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	
Avaliação das pupilas:				<input checked="" type="checkbox"/> Isocônicas		<input checked="" type="checkbox"/> Normal	
				<input checked="" type="checkbox"/> Anisocônicas		<input checked="" type="checkbox"/> Míose	
Sistema Respiratório:		<input checked="" type="checkbox"/> Ventilação invasiva		<input checked="" type="checkbox"/> Ventilação espontânea		<input checked="" type="checkbox"/> Vias aéreas livres	
		<input checked="" type="checkbox"/> Tracheostomia		<input checked="" type="checkbox"/> Respiração rápida		<input checked="" type="checkbox"/> Gotejamento parcial das vias aéreas	
		<input checked="" type="checkbox"/> Respiração ruidosa		<input checked="" type="checkbox"/> Sistema ventilatório não invasivo		<input checked="" type="checkbox"/> Gotejamento total das vias aéreas	
Sistema Circulatório:		<input checked="" type="checkbox"/> Pulso ausente		<input checked="" type="checkbox"/> Pele fria e úmida		<input checked="" type="checkbox"/> Perfusionar satisfatória	
		<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia		<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia		<input checked="" type="checkbox"/> Perfusionar irregular componível	
		<input checked="" type="checkbox"/> Palidez					
Sistema Digestório:		<input checked="" type="checkbox"/> HDA		<input checked="" type="checkbox"/> Uso de SNO		<input checked="" type="checkbox"/> Vômitos	
		<input checked="" type="checkbox"/> HDB				<input checked="" type="checkbox"/> Corpo estranho	
Outros:						<input checked="" type="checkbox"/> Rígidez abdominal	
Sistema Genito-urinário:		<input checked="" type="checkbox"/> Disúria		<input checked="" type="checkbox"/> Hematuria		<input checked="" type="checkbox"/> Políuria	
		<input checked="" type="checkbox"/> HVD				<input checked="" type="checkbox"/> SVO	
						<input checked="" type="checkbox"/> Outros	
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:							
<input checked="" type="checkbox"/> Internações		<input checked="" type="checkbox"/> Outros:		Especificar:			
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Especificar							
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:							
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?							
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não							
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:							
<p><i>Re: ECR, paciente encaminhado para agradar da clinica</i></p> <p><i>FÁBIANA FÁTIMA MATTOS DE MELLO</i> <i>EMERGENCIA MEDICINA E</i> <i>EMERGENCIA HEMATOLOGIA</i> <i>COREN PB 132-14</i></p>							
DESTINO:		ENFERMEIRO:				COREN:	

INTERNO, S/N
ONB: 454554 - T00

Paciente NILTON ALVES DA COSTA	Sexo M	RG 917563	Data/Hora Entrada 01/05/2017 12:39:30	Data Baixa 2017-05-01 14:15:45.0
Data de nascimento 12/11/1980	Idade 36	SGO Bancalheu	CNS 78100000000000000000	Telefone de Contato (83) 99292102
Mãe ELZA DO MONTE LIMA				Prontuário
Endereço INDUSTRIAL JOÃO URSULÓ, 136 - RUA INDUSTRIAL JOÃO URSULÓ		Bairro CENTRO AFAS	CEP 58010-000 JOÃO PESSOA	UF PB
Adoante QUEUÁ / OUTR0S	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissão EDUARDO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10576/PB
Data/Hora Classificação 01/05/2017 14:15:55			Data/Hora Prescrição 01/05/2017 14:15:55	

Anamnese

PACIENTE REFERE ACIDENTE DE TRANSITO HÁ 1 DIA, COLISÃO MOTOCICLO / MOTO, QUANDO SE DEU DE DOR EM PERNAS DIREITA. AO EFETUAR RADIOGRAFIA: FRATURA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA (FECHADA). FOI ENCAMINHADO AO ORTOPRÁTUMA CONFORME PACTUAÇÃO.

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OSSERVAÇÃO: DIREITA)

CID10

Código	Descrição
S82.9	Fratura da perna, parte não especificada

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
01/05/2017 14:15:55

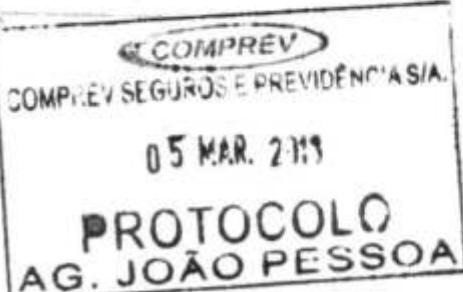
Observação
ENCAMINHADO AO ORTOPRÁTUMA

DR. PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
10576/PB

+ Dr. Felipe Sem

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(10576/PB)

NILTON ALVES DA COSTA



INTERNO, S/N -
CNES: 454354 - Tel.:

Paciente NILTON ALVES DA COSTA	BAE 997589	Data/Hora Entrada 01/05/2017 12:39:30	Data Baixa 2017-05-01 14:15:45,0
Data de nascimento 12/11/1980	Idade 36	Sexo Masculino	Telefone de Contato (81) 988292102
Mãe ELZA DO MONTE LIMA			Prontuário
Endereço INDUSTRIAL JOÃO ÚRSULO, 136 - RUA INDUSTRIAL JOAO URSULA	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEBRA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 01/05/2017 14:15:55		Data/Hora Prescrição 01/05/2017 14:15:56	

Anamnese

PACIENTE REFERE ACIDENTE DE TRANSITO HÁ 1 DIA, COLISÃO MOTO X MOTO, QUEIXANDO-SE DE DOR EM PERNAS DIREITA, AO EFETUAR RADIOGRAFIA: FRATURA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA (FECHADA). CD: ENCAMINHO AO ORTOPRÁUMA CONFORME PACTUAÇÃO.

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OSSERVAÇÕES: DIREITA)

CID10

Código	Descrição
S82.9	Fratura da perna, parte não especificada

Conduta

Alta médica

Alta HospitalarUsuário
PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITASData e Hora
01/05/2017 14:15:45Motivo de Alta
ALTA HOSPITALARObservações
ENCAMINHO AO ORTOPRÁUMA

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(10575/PB)

NILTON ALVES DA COSTA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 MAR. 2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
NILTON ALVES DA COSTA	12/11/1986	36	MASCULINO	997569	01/05/2017 12:57:45	Prescrição válida a
ACIDENTE DE MOTOCICLETA						01/05/2017 12:57:45

MEDICAMENTOS PRÉSCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aproximante
1 CETOPROFENO 100 MG	1.0	FR/AMP		E.V.		AGORA	Observação diluir em 100ml de	100,0%
2 PARECER ORTO	0.0							

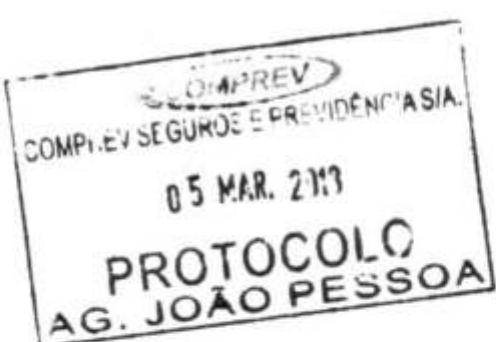
RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE

CRM: 963

01 de Maio de 2017

Rhaissa Assunção
Assinatura MÉDICO do Protocolo

Assinatura MÉDICO do Protocolo





Cruz Vermelha Brasileira



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERMEER, A. SUN -
CNSC 9/2/221 - Tel.

Paciente NILTON ALVES DA COSTA		BI/CE 997109	Data/Hora Entrada 16/05/2017 12:39:30		Ceta-Bara
Data de nascimento 12/11/1980	Idade: 36	Sexo: Masculino	HR 704091307947860	Tel/fone de Contato 1631 986292102	
Mãe ELZA DO MONTE LIMA					Prontuário
Endereço INDUSTRIAL JOÃO URSULO, 136 - RUA INDUSTRIAL JOAO URSULA		Bairro CRUZ DAS ARMAS	UF PI	INÍCIO JOAO NESSA	
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/Hora 01/05/2017 12:39:30		Nº Conta Regional 0333/PB	
Data/Hora Classificação 01/05/2017 12:39:30		Data/Hora Presunção 01/05/2017 12:57:45			

Anampses

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 01 DIA USANA CAPADETE. REFERE DOR EM JOELHO DIREITO E PERNAS DIREITA. NEGA TRAUMA TORÁCICO, ABDOMINAL OU TCE. NEGA OUTRAS QUEIXAS. EXAME FÍSICO: TRAPEZIO E ABDOMÉN SEM ALTERAÇÕES. PELVIS ESTAVEL. GLASGOW 15. CD: ALTA DA CIRURGIA GERAL AOS CUIDADOS DA ORTO. T214.

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V. AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SELO 9%).

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE OLHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITA

GID10

Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Conduita

Em observação

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA PREVIDÊNCIA ASIA
05 MAR. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE SOUZA
CRM-ES-998

MARÍA ASUNCIÓN ANDRÉS

CRM - 4500000000

HILTON ALVES DA COSTA



Cruz Vermelha Brasileira
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	NILTON ALVES DA COSTA	
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário
12/11/1980	997569	

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITA

RAIOS X	
TIPO	JOELHO DIREITO
DATA	01/10/2012
HORA	13:30
NOME TÉCNICO	DAVID
ASS	

COMPREV	
COMPRA, VENDA, SEGURO E PREVIDÊNCIA S.A.	
05 MAR. 2011	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Ritardo Assunção

MÉDICO CRM-PB 9963 01 de Maio de 2011

Assinatura e Cârtulo do Profissional



Atendimento: 000000487165

Idade: 36 anos

Paciente: NILTON ALVES DA COSTA

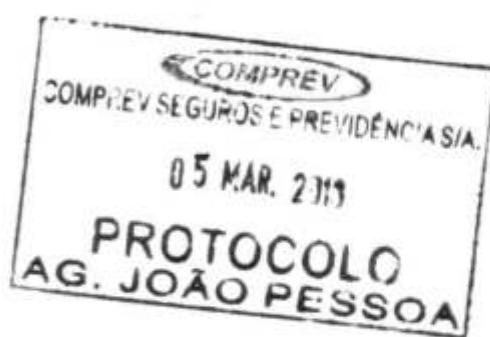
Data: 30/04/2017

RADIOGRAFIA DA Perna Direita

Fraturas na diáfise do terço médio da tibia e fíbula.

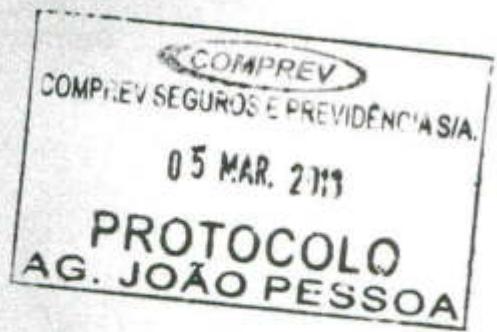
Espaços articulares sem reduções expressivas.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Nota: Exame laudado no dia 20/07/2017
11:00 e revisado no dia 20/07/2017 11:00.


Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 01175542357
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. DE PRT 20150000000000000000
1 0038408794-9 00/00000000 2015

NOME
ELIVALDO DE OLIVEIRA COSTA

84055014479 0229150/PE

PLACA ANTOU NOVO PB CHASSI 9C2JC4120CR519379

ESPECIE TIPO A/ MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUST GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN ES ANO FABR 2011 2011

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA	VENGL COTA UNICA	VENL
IPVA PAGO EM	26/01/2015	1 ^o
P		2 ^o
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS
A *****	0	3 ^o

PRÉMIO TANFARNO (R\$) 00 (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 26/01/2015

OSSERVAÇÕES
A. F. BV FINANCIERA S.A.

0
DATA
03/02/2015

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2015
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Nilton Alves da Costa, brasileiro, Casado, meu portador do RG de Nº 023 90 33 e CPF de Nº 010.092.414-02 vítima de acidente de transito dia 30/04/17 no veículo moto de placa 0EZ 9130/PB, onde eu era condutor, de propriedade de Elivaldo de Oliveira Costa, VENHO aqui informar a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por um destes motivos abaixo marcado.

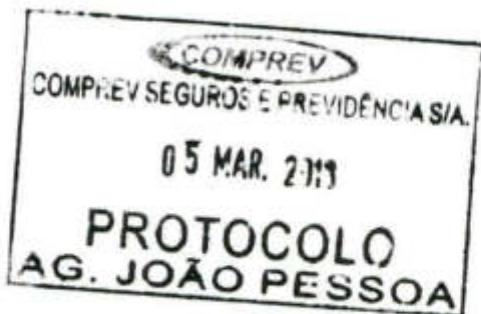
() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO

() o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do meu processo de invalido - DPVAT, pois eu não posso ser prejudicado por um destes motivos acima.

XNITA ALVES da Costa
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

Joas Pessoa - PB, 18 de Janeiro de 2018.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180106010 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NILTON ALVES DA COSTA **Data do acidente:** 30/04/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA Perna Direita.

Descrição do exame VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO MODERADA DOS
médico pericial: MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO DIREITO COM Perna EM VARO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO. EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

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 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

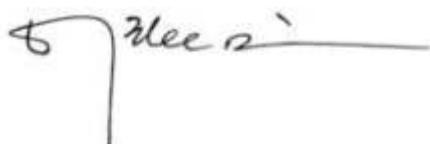
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180106010**

Nome do(a) Examinado(a): **NILTON ALVES DA COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA IND JOAO URSULO, 319 - CRISTO - João Pessoa - PB - CEP 58085710

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2239033**

Data e local do acidente: [**30/04/2017**] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [**05/07/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA.

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

VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO DIREITO COM PERNAS EM VARO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO. EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA. RECEBEU ALTA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do tornozelo direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo 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

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



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB

Eu, Nilton Alves da Costa, CPF: 030.092.414-00
ID: 2239033, residente na Rua: Imol. José Ver-
solo, 339 Bristo.

Declaro para os devidos fins que sou o
proprietário e condutor da moto de placa:
OEZ 9150-PB, chassi AC22C4120CE519379, placa:
ano: 2011/2012 e cor preta. Que esta registrada
em nome Olivaldo de Oliveira Costa, o nome não
tem contato com o mesmo nem conseguir
localiza-lo, pois o mesmo reside em outra
cidade, comprei o veículo de uma segunda
pessoa e ainda não foi possível trans-
ferir para o meu nome.

Solicito que venha a marcar minha peri-
cia a seguradora rider mediante o documen-
to que anexo e legível no processo.
João Pessoa, 21-02-18

NILTON ALVES DA COSTA



Declaracão

Conforme Boletim de Ocorrência um anexo, a vítima informa que não sabe quem é o proprietário da motocicleta nem tão pouco o paradeiro do mesmo. Com isso, guarda candamanta do processo.

João Pessoa - PB 09 de Abril de 2018

09 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0079554/18

Vítima: NILTON ALVES DA COSTA
CPF: 010.092.414-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 30/04/2017

Titular do CPF: NILTON ALVES DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médica-hospitalar
Outros

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: 09/04/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA


NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180106010 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NILTON ALVES DA COSTA **Data do acidente:** 30/04/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE Perna DIREITA

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

