

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

Carta nº 12482344



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

Carta nº 12483620



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 nº: 13140345

A/C: NILTON ALVES DA COSTA

Nº Sinistro: 3180106010
Vítima: 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

Nome completo da vítima

030.092.444-00

Nilton Alves da Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completa Nilton Alves da Costa		CPF titular da conta 030.092.444-00	Profissão Regilante
Endereço Imd. João Ursulo		Número 31A	Complemento
Bairro Corusto	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58000-000
Email Zeduardo.silva@hotmail.com		Telefone (DDD) 99340-1170	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - **COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A**, que reside no endereço informado. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
05 MAR 2013
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA
 NRO. D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA
 NRO. D/V
 (Informar dígito se existir)

BANCO
 Nome NRO
 Brasil 001

AGÊNCIA
 NRO. D/V
 3165 8

CONTA
 NRO. D/V
 105.999 8

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

Nilton Alves da Costa

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 : 3165 BAIRO BESSA (PB)
Nr. Operação: 105.999-8
Situação : Ativa
Nome Personalizado: NILTON ALVES DA COSTA

Participação do cliente
| Titularidade: 1
| Tipo : Titular
| Dt. Início: 13.02.2017
| Dt. Fim : 31.12.9999
| Situação : Ativa

Agência vinculada: 3165 BAIRO BESSA (PB)
Conta vinculada : 105.999-8 IBAN : BR0900000000031650001059998C1

Tipo : SEDE/RESIDENCIAL
Endereço : RUA INDUSTRIAL JOAO URSULO 136
Bairro : CRISTO CEP: 58.070-600
Município: 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 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 Dô, 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 dor 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





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 O EZ 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 dor 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
NILTON ALVES DA COSTA



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 Nilton Alves da Costa CPF da Vítima 030.092.414-00 Data do Acidente 30-04-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

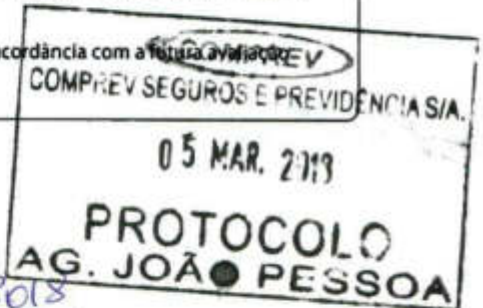
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 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.



João Pessoa 18 de Janeiro de 2017
Local e Data

Nilton Alves da Costa Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 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.

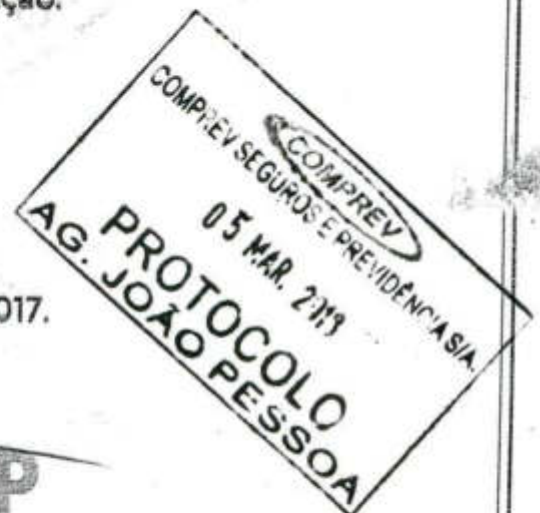
Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

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



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



VISTO EM: 41/08/17


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

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 08 de Agosto de 2017.

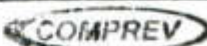
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N.º. 293/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 01/05/2017, conforme requerimento n.º 284/17, solicitado pela peessoa 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, Gristo - 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 JOSENILO 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 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da Seção/BAPH.


TEN. QOABM- 517240-3

Chefe da 3ª Seção


COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 MAR. 2017

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/n.º, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: -craphbbs@bombeiros.pb.gov.br

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento com valor fiscal
Documento não é seguradora de conta
Número de identificação do consumidor (CPF ou CNPJ) nº 001.247.509

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.096.583 / 0001-40 Insc. Est. 16.215.823-0

CONSUMIDOR
ELZA DO MONTE LIMA
RUA IND JOAO URBULO 319
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/782434-5

PERÍODO	DATA DE FIM	VALOR DE FIM	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2017	27/12/2017	139	05/01/2018	R\$ 112,07

Acesso: www.energisa.com.br



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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
05/01/2018	R\$ 112,07	782434-2017-12-2



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fatura Mensal **Vencimento da Fatura** **Total da fatura** **Pagamento A**
 Número de Cartão: 520965XXXXX3655 **28/10/2017** **R\$ 50,00** **R\$ 7,50**
 Atendimento a Clientes: 40049009
 Demais Localidades: 0800 9409009

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá entrar em contato com a central de atendimento desta fatura. Mudanças sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor devido em encargos em caso de pagamento inferior até o vencimento R\$ 5,00.
 Data prioritária para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

CTC RECIFE PE P/B
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB

7211307024 86989 21500044754 30 171017
 Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 17/10/17 Emissão: 12/10/2017

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Credito/Débito
		Valor Original	Cotação	
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			7,50
28/09	DEBITADO PELO PAGAMENTO			(7,50)
	Subtotal Nacional			0,00
	JOSE EDUARDO DA SILVA 520965XXXXX3655			
	Movimentações Nacionais			0,00
	13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 03/04			7,50
	Subtotal Nacional			7,50
	Total Nacional			7,50
	Total Internacional			0,00
	Total da Fatura			7,50

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível	Pontos a Expirar
222,00	1230

Encargos

WOLTA	2,00%
WIDEA	1,00%
WIDSA	1,03%

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 COAF**².

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 JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Nilton Alves da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.092.414-00 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima Nilton Alves da Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.092.414-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 MAR. 2018

PROCOLO
AG. JOAO PESSOA

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>Mamaira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</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



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.

RX joelho perna direita

RX: fratura de ossos da perna direita

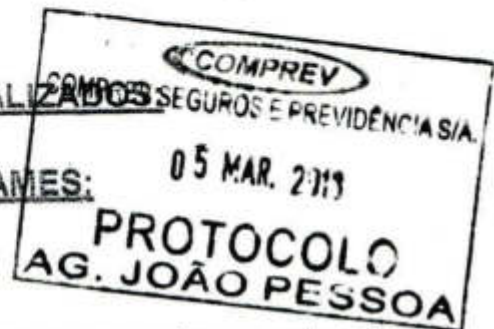
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS

RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:

1º atendimento + tala inguino-podálica + encaminhamento para Ortotrauma, conforme pactuação

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

Resete vida de
Acidade de novo
Aprentados
futura dos ossos da
perna (5) pararel
do tratamento

causas

ex: João Nogueira
Podólogo

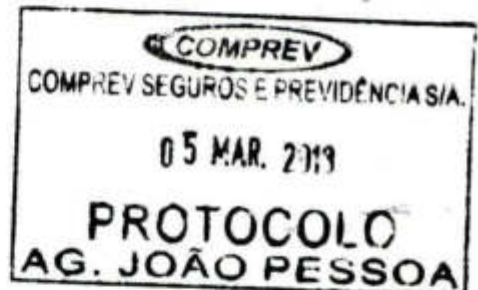
- Análise

- Ortopedia

- Acupuntura

ITOP

Dr. João Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6350



ADDITIONAL
PROTOCOL
1988
THE
AND THE



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



TSHL

AValiação DE ENFERMAGEM

B.E./PRONT



BE: 997569

190002000404
NILTON ALVES DA COSTA
DT. NASC.: 12/11/1980
MOR: ELTA DO MONTE LIMA
END.: INDUSTRIAL JOAO BRUNO
N. 136 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
PONE: ()
CELULAR: (83) 986322102
CLINIC: 30
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA: Domicílio Ambulância de resgate Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: Moto Automóvel Ônibus Bicicleta
 Envenenamento Incêndio Explosão Ataque de Fogo Arma branca Outros: _____

TIPO DE LESÃO: Fratura fechada Ferimento aberto Escorção Laceração Queimadura
 Mordedura Objeto encravado Ferimento contínuo Amputação membro Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: Membros sup. Membros inf. Torso Cabeça e pescoço Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA: / / mmHg P: bpm SpO2: Tax: _____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: Consciente Inconsciente Orientado Desorientado

Avaliação das pupilas: Isocóricas Miotase

Anisocóricas Miase

Sistema Respiratório:

Ventilação invasiva Ventilação espontânea Vias aéreas pervias
 Traqueostomia Respiração rápida Obstrução parcial das vias aéreas
 Respiração ruidosa Suporte ventilatório não invasivo Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

Pulso ausente Pele fria e úmida Perfusão tissular satisfatória
 Taquicardia Bradicardia Perfusão tissular comprometida
 Palidez Outros: _____

Sistema Digestório:

HDA Uso de SNG Vômitos Dor à palpação superficial
 HDB Corpo estranho Dor à palpação profunda
Outros: Rigidez abdominal Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

Disúria Hematúria Oligúria Polúria SVD Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

Hipertensão Diabetes Câncer Alergias Cirurgias

Interações Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO?

Sim Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

Sim Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Rot. ECR, consciente, orientado, aguardando avaliação

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

FADIANA RAQUEL XAVIER DE MATOS
ENFERMEIRA EMERGÊNCIA
EMERGENCIA HEETSHL
COREN PB 132210

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREN:



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

Paciente NILTON ALVES DA COSTA		B/AE 997569	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	CNS 704000307997860	Telefone de Contato (83) 986292102
Mãe ELZA DO MONTE LIMA		Prontuário		
Endereço INDUSTRIAL JOÃO ÚRSULO, 136 - RUA INDUSTRIAL JOÃO ÚRSULA		Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente QUEÇA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/P3
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 PERNA DIREITA. AO EF + RADIOGRAFIA: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA (FECHADA). CD: ENCAMINHO AO ORTOTRALUMA 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 14:15:45
Observações
ENCAMINHO AO ORTOTRALUMA

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico
CRA-PB 10575

+ Dr. Felipe Sem

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(10575/PB)

NILTON ALVES DA COSTA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

Paciente NILTON ALVES DA COSTA		B/E 997589	Data/Hora Entrada 01/05/2017 12:38:30	Data Baixa 2017-05-01 14:15:45.0
Data de nascimento 12/11/1980	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 704000307997860	Telefone de Contato (82) 989292102
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 QUEÇA / 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 PERNA DIREITA. AO EF - RADIOGRAFIA: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA (FECHADA). CD: ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA 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 14:15:45

Observações
ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA

Dr. Pedro Henrique Freitas
10575

+ Dr. Felipe Sem

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(10575/PB)

NILTON ALVES DA COSTA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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	Nº Leito	Data Prescrição 01/05/2017 12:57:45
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	Posto de Trabalho		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	Apresentação
1 CETOPROFENO 100 MG	1.0	FR/AMP		E.V.			Observação: diluir em 100ml de sifo 0,9%	10.00
2 PARECER ORTO	0.0							

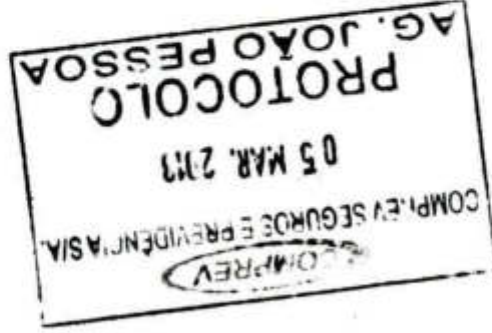
01 de Maio de 2017

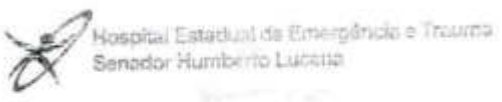
RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE

CRM: 9963

Rhaissa ASSUNÇÃO

Assinatura e Selado do Profissional
CRM-PB 9963





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 704000507997860		Telefone de Contato (83) 986292102
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 QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE SOUZA		Nº Cons. Regional 9963/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 PERNA DIREITA. NEGA TRAUMA TORÁCICO, ABDOMINAL OU TCE. NEGA OUTRAS QUEIXAS. EUPNEICO, TORAX E ABDOME SEM ALTERAÇÕES. PELVE ESTÁVEL. 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 PERNA DIREITA

CID10

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

Conduta

Em observação

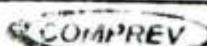
Rhaissa Assunção
 RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE SOUZA
 CRM - (9863/PB)

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 05 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NILTON ALVES DA COSTA

AG. JOAO PESSOA
PROTOCOL
17 MAR 2011
MUNIC. DE JOAO PESSOA - PB

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome NILTON ALVES DA COSTA	
Data de 12/11/1980	Nº Boletim Emergência 997569
Prontuário	
Material a examinar	
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL) RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA	
<div data-bbox="893 1769 1356 2060" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 05 MAR. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</div>	
<div data-bbox="718 1276 1037 1724" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p style="text-align: center;">RAIOS-X</p>TIPO... <i>perna D</i> DATA... <i>01/03/17</i> HORA... <i>13:21</i> NOME T.ÉC. RAD.: <i>DA SILVA</i> ASS.: <i>[Signature]</i></div>	
<div data-bbox="1260 1411 1404 1702" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p style="text-align: center;">Riçelissa Assunção - MÉDICO CRM-PB 9963</p></div> <p style="text-align: right;">01 de Maio de 2017</p>	

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: **000000487165**

Idade: **36 anos**

Paciente: **NILTON ALVES DA COSTA**

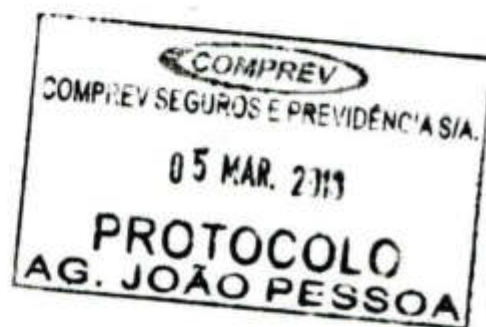
Data: **30/04/2017**

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

Fraturas na diáfise do terço médio da tibia e 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



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 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.

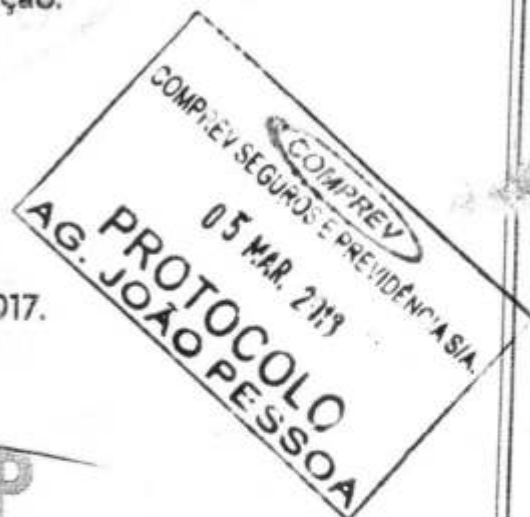
João Pessoa, 02 de Janeiro de 2017.

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



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



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.

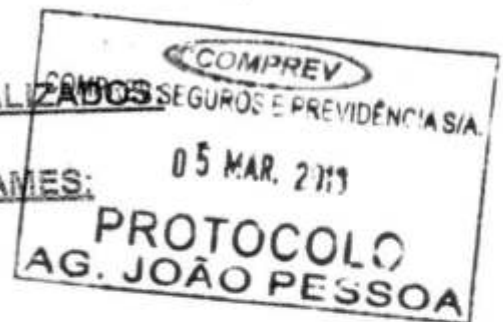
RX joelho perna direita

RX: fratura de ossos da perna direita

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS


RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:



1º atendimento + tala inguino-podálica + encaminhamento para Ortotrauma, conforme pactuação

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



Brasil



Hospital Estadual de Pernambuco e Tocantins
Rendição Municipal Loggia



GOVERNO DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, UN - CRES: 122512 - 01

Boleim de Atendimento: 99760



Identificação do paciente

ID	Nome			Sexo
650720	NILTON ALVES DA COSTA			Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Procurador
12/11/1980	36 anos 5 meses 19 dias	CASADO(A)	CATOLICA	
Mãe	Pai			
ELZA DO MONTE LIMA	SEVERINO ALVES DA COSTA			
Escolaridade	Profissão (Parentesco)			
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	ESCOLARIDADE E-LIA CUNDES - ESPOSA(A)			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo	
83	954252102			
Tipo documento	Número documento	Nº Ora		
RG (IDENTIDADE)	2739033	704600307957460		
Local de procedência	Cidade		UF	
CRISTO REDENTOR	BAIRRO		PB	
Email	Naturalidade	CEOR		
	JOAO PESSOA			

Endereço

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

Admissão

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

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Método de transporte	Quem transporta		
RESGATE - BOMBEIROS			

Sinais Vitais

PA	Puls	Temperatura
x mmHg		

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendimento por MICHEL CARVALHO BORGES

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 05 MAR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

04/08

Impresso

Resete Vite de
Ac dele de novo
Aprovado
fúne dos ossos da
perna (15) parinuel
do tratamento

Causas

ex: João Nogueira
Podólogo

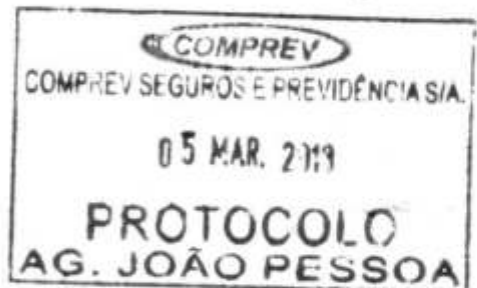
- Análise

- Ortopedia

- Acupuntura

ITOP

Dr. Jordão Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 8350





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONT



HEETSHL
ilicia

NOME DO PACIENTE: _____

PROCEDÊNCIA: Danielino Ambulância de resgate Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: Moto Automóvel Ônibus Bicicleta
 Envioamento Incêndio Propriedade Outros: _____

TIPO DE LESÃO: Fratura fechada Ferimento aberto Sangramento Laceração Queimadura
 Mordedura Objeto encravado Ferimento contuso Empunção membro Outras: _____

LOCAL DA LESÃO: Membros sup. Membros inf. Cabeça Torço superior Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas) _____

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: _____

EXAME FÍSICO PA: ___/___ mmHg P: ___ bpm SpO2: ___ Tm: ___

Sistema Neurológico:
Nível de Consciência: Consciente Incapazente Orientado Desorientado
Avaliação das pupilas: Isocóricas Miotase Anisocóricas Mioses

Sistema Respiratório: Ventilação invasiva Ventilação espontânea Vias aéreas patentes
 Traqueostomia Insuflação rápida Gurgulho parcial das vias aéreas
 Respiração ruidosa Sibilos vesiculares do lado(s) Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: Pulso ausente Pele fria e úmida Perfusão tissular satisfatória
 Taquicardia Bradicardia Perfusão tissular comprometida
 Palidez Cianose

Sistema Digestório: HDA Uso de SNG Vômitos Dor à palpação superficial
 HDB Corpo estranho Dor à palpação profunda
Outros: Rigidez abdominal Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: Disúria Hematúria Oligúria Polúria SVD Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: Hipertensão Diabetes Câncer Alergia Cirurgias
 Internações Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? Sim Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____

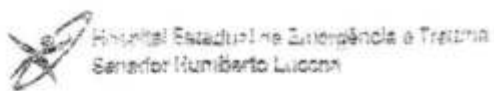
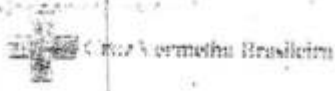
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? Sim Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:
Rt - ECR, causante, apresentando
aguardo análises

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

PAULANA RAQUEL MAYRA DE MATEO
ENFERMEIRA COREN/PA
EMERGENCIA HEETSHL
COREN/PA 13210

DESTINO: _____ ENFERMEIRO: _____ COREN: _____



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

Paciente NILTON ALVES DA COSTA	RAE 997589	Data/Hora Entrada 01/05/2017 12:38:30	Data Saída 2017-05-01 14:15:45.0
Data de nascimento 12/11/1980	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 704000067937890
Mãe ELZA DO MONTE LIMA			Telefone de Contato (53) 909292102
Endereço INDUSTRIAL JOÃO ÚRSULO, 136 - RUA INDUSTRIAL JOAO URSULA		Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA
Acidente QUEÇA / 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 14:15:55	

Anamnese

PACIENTE REFERE ACIDENTE DE TRANSITO HÁ 1 DIA, COLISÃO MOTO X MOTO, QUEIXANDO-SE DE DOR EM PERNA DIREITA. AO EF + RADIOGRAFIA: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA (FECHADA). CD: ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA 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 14:15:55
Observações
ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA

*Dr. Pedro Henrique Freitas
10575*

+ Dr. Felipe Sem

**PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(10575/PB)**

NILTON ALVES DA COSTA


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2017
PROTOCOLO
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		Nº			Data Prescrição	01/05/2017 12:57:45	
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Sector			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.	Posiologia	Orientação de Uso	Apropramento
1 CETOPROFENO 100 MG	1,0	FR/AMP		E.V.		AGORA	Observação: diluir em 100ml de sif. 9%	
2 PARECER ORTO	0,0							

01 de Maio de 2017

RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE

CRM 9783

Rhaissa Assunção

Assinatura do Profissional
CRM - PB 9783

 COMPREV
COMP. EV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RAIOS-X

TIPO... Joelho + Perna D

DATA... 01/03/11

HORA... 13:21

NOME T. RAD... J. P. Costa

ASS: [Assinatura]

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 MAR. 2011

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rhianessa Assunção
- MÉDICA
CRM-PB 9963 01 de Maio de 2011

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000487165

Idade: 36 anos

Paciente: NILTON ALVES DA COSTA

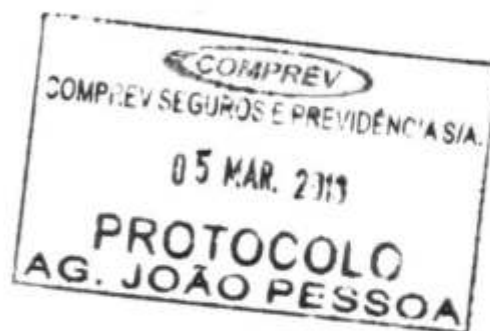
Data: 30/04/2017

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.

Thiago C. C. Modesto

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

170.61988.65-5

2079407 0040 PB

NILTON ALVES DA COSTA




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



NILTON ALVES DA COSTA

FILIAÇÃO..... SEVERINO ALVES DA COSTA
 ELZA DO MONTE LIMA

NASCIMENTO..... 12/11/1960 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL..... CASADO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO..... R G - 2239033 SSP PB 03/06/2003

LEI Nº 8.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 010.092.414-00 CNH.....

TIT. ELEITOR: 027498551279 SEÇÃO: 125 ZONA: 64

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 22/10/2012

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

05701485



JOSE EDUARDO DA SILVA



12578



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

12578

JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

JOÃO PESSOA-PB

1.054.562 - SSP/PB

NÃO

10-04-2012

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 05 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 01175542357
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. REG. 20150000006428-9
 0038408794-9 00/00000000 2015

NOME
 ELIVALDO DE OLIVEIRA COSTA

CIP. CIP/DI 84055014439
 CIP. CIP/PA 0E29150/PE

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2JC4120CR519379

ESPECIE TIPO COMBUST. MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. HONDA/CG 125 FAN ES 2011

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

COTA ÚNICA	VENG. COTA ÚNICA	VENL.
IPVA PAGO EM	26/01/2015	1ª
FAXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
*****	0	3ª

PRÊMIO TAXA (R\$) 0,00
 IPF (R\$) 0,00
 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00
 DATA DE PAGAMENTO 26/01/2015

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES
 A.F. BY FINANCEIRA S.A.

0

DATA 03/02/2015

*Comprovante
 usado para
 fins de
 comprovação
 de pagamento*

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

DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Milton Alves de Costa,
brasileiro, Casado, vegilante, portador do RG de Nº
223 90 33 e CPF de Nº 010.092.414-03 vítima de acidente de
transito dia 30/04/17 no veículo moto de placa
0E2 9130/P13 onde eu era condutor, de propriedade
de Osvaldo 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.

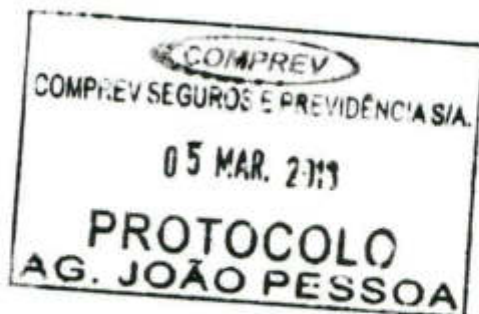
() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE
VEÍCULO

(x) 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 invalidez - DPVAT, pois eu não posso ser prejudicado por
um destes motivos acima.

MILTON ALVES DE COSTA
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João 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 médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO MODERADA DOS 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 PERNA 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 PERNA EM VARO.

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

[] 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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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

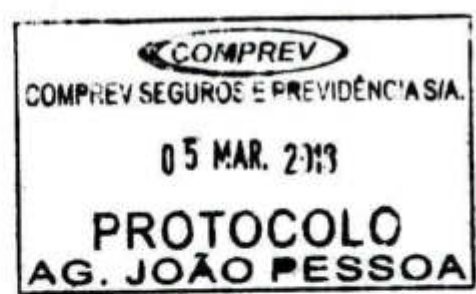
Eu, Nilton Alves da Costa, CPF: 030.092.414-00
ID. 2239033, residente na rua: Imã. José W-
sulo, 339 Brás.

Declaro para os devidos fins que sou o
proprietário e condutor da moto de placa:
OEZ 9150-PB, chassi 9C2JCE4120CE519379, placa:
ano: 2011/2012 e cor preta. Que esta registrada
em nome Elivaldo de Oliveira Costa, o moto não
tenho 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 perí-
cia a seguradora líder mediante a documen-
tação anexa e legível no processo.

João Pessoa, 21-02-18

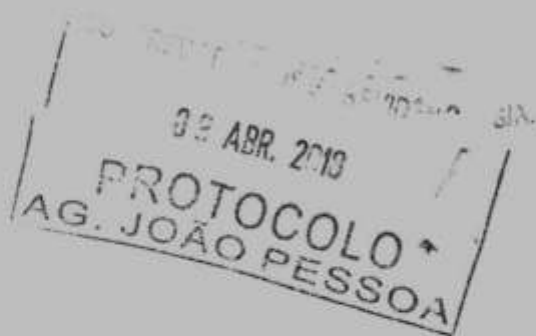
NILTON ALVES DA COSTA



Declaração

Conforme Relatório de Ocorrência em anexo, a vítima informa que não sabe quem é o proprietário da motocicleta nem tão pouco o paradeiro do mesmo. Com isso, aguarda andamento do processo.

João Pessoa - PB 09 de Abril de 2018



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 médico-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

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: