

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA**

Nº Sinistro: **3180035111**

Vitima: **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA**

Data do Acidente: **28/07/2017**

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 3180035111**.

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 12269466



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Sinistro: 3180035111

Vítima: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Data do Acidente: 28/07/2017

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 3180035111** 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, 08 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12363082

A/C: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Nº Sinistro: 3180035111
Vítima: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA
Data do Acidente: 28/07/2017
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: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000001909

Conta: 0000056236-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

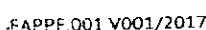
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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





CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 05/12/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 000

AG: 1909 CIDADE ANTIGA
PERIODO: 05122017 ATE: 05122017
NOME: JEAN CLAUDE VAN DAME C S

OPER: 013 CONTA: 56.236-6
CPF: 114.465.504-86
VLR.BLQ.JUD. :

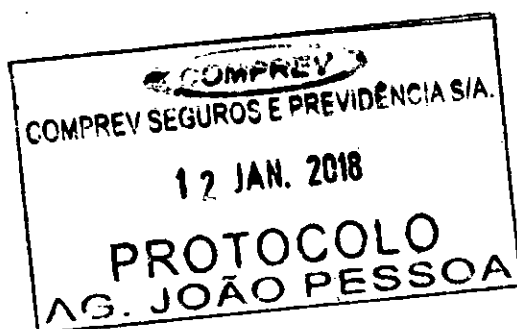
DATA MOV NR.DOC HISTORICO T A X A V A L O R S A L D O

F1 AJUDA
F3 RETORNAR

F4 SALDO POR DATA LIMITE
F6 EXTRATO ANTERIOR

SALDO EM 04/12/2017 R\$
F7 VOLTAR PAG.
F8 AVANCAR PAG.

TEW1F498
F12 FINALIZAR





Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02174.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02174.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:01 horas do dia 04 de dezembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jean Claude Van Dame Carvalho Elizeu Silva**, CPF nº 114.465.504-86, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Repositor, filho(a) de Josineide Elizeu de Maria e Neemias Batista Carvalho Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/04/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Redenção, Nº 695, bairro Ilha do Bispo, tendo como ponto de referência Igreja Prebisteriana, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98733-7489.

Dados do(s) Fatos:

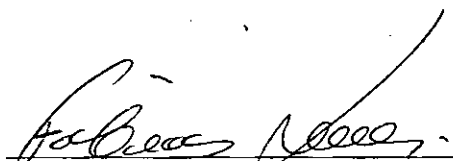
Local: Av. Hilton Souto Maior, Próximo Ao Bemais, João Pessoa/PB, bairro José Américo; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/17 05:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

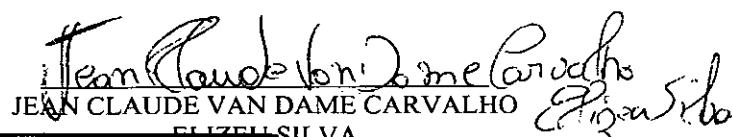
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

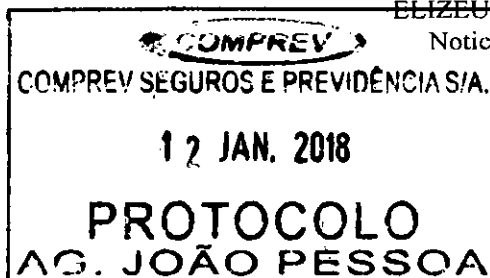
Que conduzia a MOTO HONDA/NXR 150 BROS ESD, VERMELHA, 2014/2014, PLACA QFI8000/PB, CHASSI 9C2KD0540ER082279, registrada em nome de JOÃO BATISTA CARVALHO DA SILVA, quando colidiu na traseira de um CARRO NÃO IDENTIFICADO, o qual estava parado indevidamente na via; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1570/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 17.10.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por uma viatura da Polícia Militar, através do cabo CARVALHO; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 04 de dezembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO
ELIZEU SILVA
Noticante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA	CPF da Vítima 114.465.504-86	Data do Acidente 28-07-17
--	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

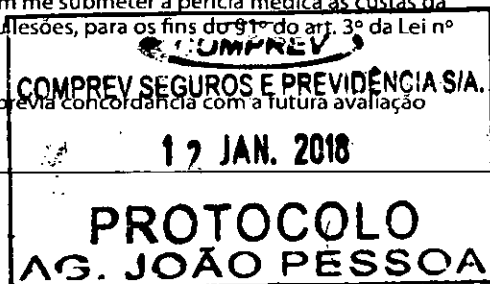
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 9º 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 a 01 de dezembro de 2017

Local e Data

Jean Claude van DAME Carvalho Elizeu Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SIL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000056236-6

Nr. da Autenticação B3191C47B322C1B5

Ato declaratório
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 48127 Atd: Nao Reg
Data: 28/07/2017
Hora: 05:40:25
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO E
Clínica: CIRURGICA

DEBOS DO PACIENTE

Nome: JEAN CLOSE VANDAME CARVALHO DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988677117 Num. Prontuario: 2017.07.003759
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/04/1991 Id: 26 ano(s)
End.: CONJUNTO RENASCER,0
Bairro: ILHA DO BISPO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: JOSINEIDE CARVALHO DA SILVA Pai:

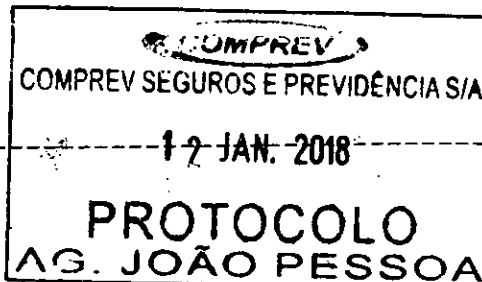
Comprovacao de ato declaratório



Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: SEM PROFISSAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: JEAN CLOSE VANDAME CARVALHO DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 988677117 / SEM DOCUMENTO: SD
Pr.endencia: RUA

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade: NAO INFORMADO



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: MOTO
Vitima de violência por: NAO
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
EE:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vômito	

Que Principal

Casas moto x carro

Observacao

Patricio
332142
Pronto Socorro
CHMGTB

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de acidente de motocicleta há 1 hora. Nega perda de consciência ou vômitos. Há lesão em membro D com exposição dos tendões, ferimento contuso em pescoço em face.

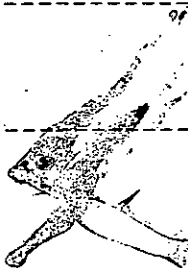
Diagnostico

Conduta

*Rx
leito de un. geral
Análises de urina e sangue
Análises de urina e sangue*

Prescrição

Horario da medicacao



Patricio
332142
Pronto Socorro
CHMGTB

FCC n Rnho e Tenozglo apurafaco

Receita médica
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

cd: 8F2.21. 1030ml em
afeloture 2g em

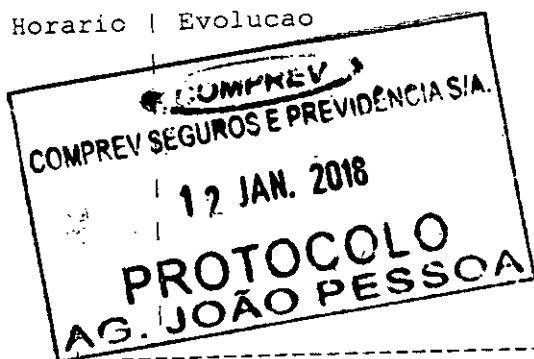
Sot 01 FATH

análises BMT e Bloco amf

Dr. Sérgio Bruno S. Dorn
Especialista: Trauma
CRM 56.411

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

ENERGISA S/A TATIANA CARVALHO SILVA
AV. PERNAMBUCO, 1888 - LJA DO BOMPO
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58011-400 (A/C. 0)

Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B230, Km 25 - Crla. Pavao - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
Roteiro: 4 - 1 - 302 - 1000
Nº medidor: 00000822452

Referência: JUL 2017
Emissão: 10/07/2017

Energisa
ENERGISA S/A - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.085.183/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica Nº000.281.747
Código para Débito Automático: 080379888

Conta referente a: 0000-000 0193

Conta referenda: JUL 2017
Apresentação: 10/07/2017
Data de vencimento: 10/08/2017
CPF: 0000-0000
CNPJ: 080379888

UC (Unidade Consumidora): 5/318409-9

Conta de consumo: 0000-000 0193

A partir desta mês, as contas deverão conter novo layout para tornar mais claras e compreensíveis as informações e os demonstrativos de consumo, alíquotas, tarifas e composição de fatura. O valor de tarifa, passou a ser apresentado separado dos impostos (ICMS, PIS e COFINS), demonstrando a transparência de energia paga pelo cliente. Essa modificação não impacta nos valores finais pagos pelos clientes.

Comprovante de residencia



	Anterior	Atual	Variação	Constante	Consumo	DISE
07/07/17	40818	40851	33			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0001 Consumo kWh	82,00	81,60	-0,40	30,25	30,25	0,31
0001 Adc. B. América	0,53	0,53	0,00	0,13	0,13	0,00
0007 CONTRIB SERV. LUXO PÚBLICA	1,55	0,00	-1,55	0,00	0,00	0,00
0004 JUROS DE MORA 08/2017	2,22	0,00	-2,22	0,00	0,00	0,00
0005 MULTA 08/2017	8,28	0,00	-8,28	0,00	0,00	0,00
0006 PARCELAMENTO DE DÉBITO 07/17	187,38	0,00	-187,38	0,00	0,00	0,00

CCl Código de Classificação do Item TOTAL 218,74 33,78 0,31 38,75 0,31 1,43

Parcela de Juros (R\$) 38,75
VENCIMENTO 17/07/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 218,74

RESERVADO A 26810421.618a.8f41.5f55.2acf.e2cc.9284.

Indicadores de Qualidade

	Limite	Atual	Limite de Referência
DESEMPENHO	9,51	9,51	9,51
DESEMPENHO	19,82	19,82	19,82
DESEMPENHO	3,23	3,23	3,23
DESEMPENHO	8,47	8,47	8,47
DESEMPENHO	12,08	12,08	12,08
DESEMPENHO	2,77	2,77	2,77
DESEMPENHO	12,22	12,22	12,22

Composição do Consumo

	R\$	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	10,00	4,59
Custos de Energia	12,97	5,93
Serviços de Transmissão	0,80	0,37
Encargos Setoriais	3,83	1,75
Encargos Diretos e Encargos	23,53	10,78
Outros Serviços	187,38	86,08
Total	218,74	100,00

Valor do EUSD (Ref. 5/2017) R\$ 48,30

ATENÇÃO
Faturas em atraso

PARAIBA
VENCIMENTO 17/07/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 218,74

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
17 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Fatura Mensal		Vencimento da Fatura		Total da fatura		Pagamei																																																																													
		28/10/2017		R\$ 50,00		R\$																																																																													
<p>Número do Cartão: 526965XXXXXX3655</p> <p>Atendimento a Clientes: 40049009</p> <p>Demais Localidades: 0800 9409009</p>																																																																																			
<p>ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor: R\$ 5,44</p> <p>encargos em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,44</p> <p>Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017</p>																																																																																			
<p>Demonstrativo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>Descrição</th> <th>Cidade/Pais</th> <th>Valor Original</th> <th>Valor US\$</th> <th>Cotação</th> <th>Crédito/Debit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13/09</td> <td>TOTAL DA FATURA ANTERIOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28/09</td> <td>OBRIGADO PELO PAGAMENTO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Subtotal Nacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXXX3655</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Movimentações Nacionais</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Subtotal Nacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total Nacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total Internacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total da Fatura</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Data	Descrição	Cidade/Pais	Valor Original	Valor US\$	Cotação	Crédito/Debit	13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR						28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO							Subtotal Nacional							JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXXX3655							Movimentações Nacionais							13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04							Subtotal Nacional							Total Nacional							Total Internacional							Total da Fatura					
Data	Descrição	Cidade/Pais	Valor Original	Valor US\$	Cotação	Crédito/Debit																																																																													
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR																																																																																		
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO																																																																																		
	Subtotal Nacional																																																																																		
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXXX3655																																																																																		
	Movimentações Nacionais																																																																																		
	13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04																																																																																		
	Subtotal Nacional																																																																																		
	Total Nacional																																																																																		
	Total Internacional																																																																																		
	Total da Fatura																																																																																		
<p>CTC RECIFE PE PLS</p> <p>JOSE EDUARDO DA SILVA</p> <p>AV MARIA ROSA 58</p> <p>MANAIRA</p> <p>58038-460 JOAO PESSOA PB</p>																																																																																			
<p>Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 13/11/2017</p>																																																																																			
<p>Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Saldo Disponível</th> <th>Pontos a Expirar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22276</td> <td>1230</td> </tr> </tbody> </table>							Saldo Disponível	Pontos a Expirar	22276	1230																																																																									
Saldo Disponível	Pontos a Expirar																																																																																		
22276	1230																																																																																		
<p>Encargos</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>MULTA</th> <th>MORA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2,00 %</td> <td>1,00 %</td> </tr> <tr> <td>5,03 %</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							MULTA	MORA	2,00 %	1,00 %	5,03 %																																																																								
MULTA	MORA																																																																																		
2,00 %	1,00 %																																																																																		
5,03 %																																																																																			

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

 17 JAN. 2018

 PROTOCOLO

 AG. JOÃO PESSOA

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jean Claude Van Damme inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.465.504-86 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JEAN CLAUDE VAN DAMME CARLOS ELIEU SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.465.504-86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaracao Circular SUSEP 445/12

☒ Recuso informar



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora, _____, residente 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>Mamaleia</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>58038-400</u>	CEP <u>58038-400</u>
Email <u>alexandresandrade@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>99342-11-70</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98663-4900</u>

João Pessoa, 05 de Janeiro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Batista Carvalho da Silva,RG nº 325.516, data de expedição 24/04/1985Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 309.272.984-49, comdomicílio na cidade de João Pessoa no Estado deParaíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Jose da Costa Cabral, nº 597,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jean Claude Van Name cujo o condutor era João Batista Carvalho da SilvaJean Claude Van Name Carvalho da SilvaVeículo: motoModelo: Honda / NHR 150 BrosAno: 2011/2014Placa: QFI 8000 / PBChassi: 9C2KD0540ER082279Data do Acidente: 28-07-17Local e Data: João Pessoa, 04-12-171º OFÍCIO
DISTRITALJoão Batista C da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

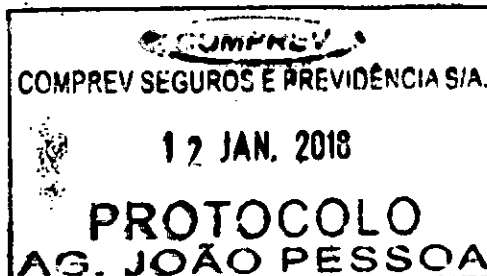
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOÃO BATISTA

CARVALHO DA SILVA, [784], J. Pessoa-PB, 04/12/2017 17:09:37

Emol R\$9,23 Farpem: R\$0,27 Eepj: R\$1,85, ISS: R\$0,46. Em

test da verdade. Tabela: CELEIDA COSMO REFEIRA SILVA.

Selo Digital AGD65455-UFAP - Consulte em

<https://selodigital.tpb.br/sala-notarioceleida.com.br>



Documentação médica – hospital



CERTIDÃO

Nº. 1570/2017

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº48141 e Prontuário Nº 2017.07.003759 pertencente a **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA** que foi atendido dia 28/07/2017 às 07H40min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

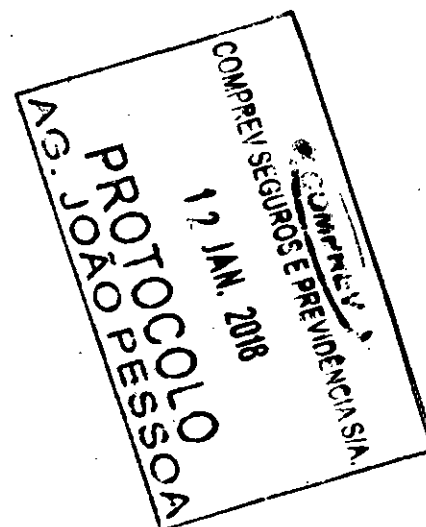
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tíbia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/08/2017 com alta médica dia 09/08/2017.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 48141 Atd: Não Regula
Data: 28/07/2017
Hora: 07:40:33
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 3

Nome: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA Num. Prontuário: 2017.07.003759

CNS: 204088624370006 Sexo: M IDENTIDADE: 4002725 Fone: 988677017

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/04/1996 Id: 21 ano(s)

End.: AVENIDA REDENCAO, 695

Bairro: ILHA DO BISPO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSINEIDE ELIZEU DE MARIA

Pai: NEEMIAS BATISTA CARVALHO SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: REPOSITOR (COMERCIO)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 988677017 / IDENTIDADE: 4002725

Pr.endencia: RUA

Transporte utilizado: VIATURA DA PM

Vitima de acidente por: OBS; CORRECAO DE DADOS

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

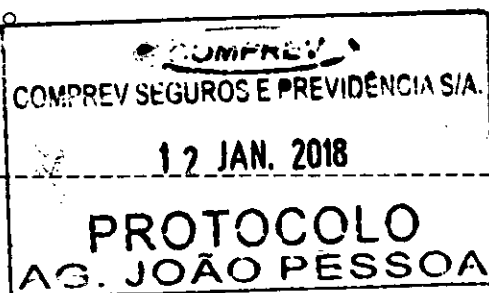
O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Qu. Principal

Observacao



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

*Prescricao: Prescricao Vitima de Acidente
as Ex fisico Apresente FCC por
Lados inferiores e Resaca
Pancos e Elementos Dentários Inferiores*

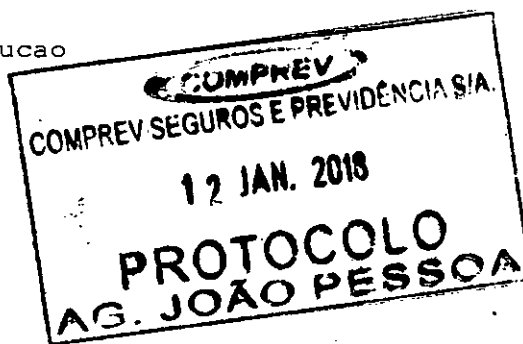
Ver Realizado, Exodontias múltiplas
e Sutura, qta da Base

Francisco Adelardo C. Lopes
Doutor em Terapia Intensiva
Cirurgião Buco - Maxilo - Facial
CRO 2038

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] JHTF

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx evidenciando fratura de tibia e fêmur*

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura de tibia e fêmur (periférica).*

Extensor braço em tendão extensor do punho D.

Conduta: *Realização de LMC + desbridamento em*

punho D e mão D.

Internado no Hospital de Referência de João Pessoa

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Leticia da Silva						Registro: 207073759											
Idade:			Sexo:			Cor:			Clínica:			EMP:			LR:		
Data: 09/08/17						Cirurgia: R. um fms (est)						1º Assistente: S. Flores Lopez					
2º Assistente:						3º Assistente:						Instrumentador:					
Anestesista:						Tipo Anestesia:						Horário: I:			T:		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO												CID					
Cas facos efusivos																	
Gemo																	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO												CID					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)												CÓDIGO					
Tamponamento peritoneal																	
Acidente durante Ato Cirúrgico												1 () Sim 2 () Não					
Biópsia de Congelação:												1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:												1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente de 25 anos com
Acostasia

Incisão:

Aspiração + punção
Após os exames pré-operatórios
fizeram o procedimento de
de 25h/ASTIA.

Achados:

1. Diferença test de torção e pontos
2. 1/3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 / 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 16 / 17 / 18 / 19 / 20 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 26 / 27 / 28 / 29 / 30 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35 / 36 / 37 / 38 / 39 / 40 / 41 / 42 / 43 / 44 / 45 / 46 / 47 / 48 / 49 / 50 / 51 / 52 / 53 / 54 / 55 / 56 / 57 / 58 / 59 / 60 / 61 / 62 / 63 / 64 / 65 / 66 / 67 / 68 / 69 / 70 / 71 / 72 / 73 / 74 / 75 / 76 / 77 / 78 / 79 / 80 / 81 / 82 / 83 / 84 / 85 / 86 / 87 / 88 / 89 / 90 / 91 / 92 / 93 / 94 / 95 / 96 / 97 / 98 / 99 / 100 / 101 / 102 / 103 / 104 / 105 / 106 / 107 / 108 / 109 / 110 / 111 / 112 / 113 / 114 / 115 / 116 / 117 / 118 / 119 / 120 / 121 / 122 / 123 / 124 / 125 / 126 / 127 / 128 / 129 / 130 / 131 / 132 / 133 / 134 / 135 / 136 / 137 / 138 / 139 / 140 / 141 / 142 / 143 / 144 / 145 / 146 / 147 / 148 / 149 / 150 / 151 / 152 / 153 / 154 / 155 / 156 / 157 / 158 / 159 / 160 / 161 / 162 / 163 / 164 / 165 / 166 / 167 / 168 / 169 / 170 / 171 / 172 / 173 / 174 / 175 / 176 / 177 / 178 / 179 / 180 / 181 / 182 / 183 / 184 / 185 / 186 / 187 / 188 / 189 / 190 / 191 / 192 / 193 / 194 / 195 / 196 / 197 / 198 / 199 / 200 / 201 / 202 / 203 / 204 / 205 / 206 / 207 / 208 / 209 / 210 / 211 / 212 / 213 / 214 / 215 / 216 / 217 / 218 / 219 / 220 / 221 / 222 / 223 / 224 / 225 / 226 / 227 / 228 / 229 / 230 / 231 / 232 / 233 / 234 / 235 / 236 / 237 / 238 / 239 / 240 / 241 / 242 / 243 / 244 / 245 / 246 / 247 / 248 / 249 / 250 / 251 / 252 / 253 / 254 / 255 / 256 / 257 / 258 / 259 / 260 / 261 / 262 / 263 / 264 / 265 / 266 / 267 / 268 / 269 / 270 / 271 / 272 / 273 / 274 / 275 / 276 / 277 / 278 / 279 / 280 / 281 / 282 / 283 / 284 / 285 / 286 / 287 / 288 / 289 / 290 / 291 / 292 / 293 / 294 / 295 / 296 / 297 / 298 / 299 / 300 / 301 / 302 / 303 / 304 / 305 / 306 / 307 / 308 / 309 / 310 / 311 / 312 / 313 / 314 / 315 / 316 / 317 / 318 / 319 / 320 / 321 / 322 / 323 / 324 / 325 / 326 / 327 / 328 / 329 / 330 / 331 / 332 / 333 / 334 / 335 / 336 / 337 / 338 / 339 / 340 / 341 / 342 / 343 / 344 / 345 / 346 / 347 / 348 / 349 / 350 / 351 / 352 / 353 / 354 / 355 / 356 / 357 / 358 / 359 / 360 / 361 / 362 / 363 / 364 / 365 / 366 / 367 / 368 / 369 / 370 / 371 / 372 / 373 / 374 / 375 / 376 / 377 / 378 / 379 / 380 / 381 / 382 / 383 / 384 / 385 / 386 / 387 / 388 / 389 / 390 / 391 / 392 / 393 / 394 / 395 / 396 / 397 / 398 / 399 / 400 / 401 / 402 / 403 / 404 / 405 / 406 / 407 / 408 / 409 / 410 / 411 / 412 / 413 / 414 / 415 / 416 / 417 / 418 / 419 / 420 / 421 / 422 / 423 / 424 / 425 / 426 / 427 / 428 / 429 / 430 / 431 / 432 / 433 / 434 / 435 / 436 / 437 / 438 / 439 / 440 / 441 / 442 / 443 / 444 / 445 / 446 / 447 / 448 / 449 / 450 / 451 / 452 / 453 / 454 / 455 / 456 / 457 / 458 / 459 / 460 / 461 / 462 / 463 / 464 / 465 / 466 / 467 / 468 / 469 / 470 / 471 / 472 / 473 / 474 / 475 / 476 / 477 / 478 / 479 / 480 / 481 / 482 / 483 / 484 / 485 / 486 / 487 / 488 / 489 / 490 / 491 / 492 / 493 / 494 / 495 / 496 / 497 / 498 / 499 / 500 / 501 / 502 / 503 / 504 / 505 / 506 / 507 / 508 / 509 / 510 / 511 / 512 / 513 / 514 / 515 / 516 / 517 / 518 / 519 / 520 / 521 / 522 / 523 / 524 / 525 / 526 / 527 / 528 / 529 / 530 / 531 / 532 / 533 / 534 / 535 / 536 / 537 / 538 / 539 / 540 / 541 / 542 / 543 / 544 / 545 / 546 / 547 / 548 / 549 / 550 / 551 / 552 / 553 / 554 / 555 / 556 / 557 / 558 / 559 / 560 / 561 / 562 / 563 / 564 / 565 / 566 / 567 / 568 / 569 / 570 / 571 / 572 / 573 / 574 / 575 / 576 / 577 / 578 / 579 / 580 / 581 / 582 / 583 / 584 / 585 / 586 / 587 / 588 / 589 / 590 / 591 / 592 / 593 / 594 / 595 / 596 / 597 / 598 / 599 / 600 / 601 / 602 / 603 / 604 / 605 / 606 / 607 / 608 / 609 / 610 / 611 / 612 / 613 / 614 / 615 / 616 / 617 / 618 / 619 / 620 / 621 / 622 / 623 / 624 / 625 / 626 / 627 / 628 / 629 / 630 / 631 / 632 / 633 / 634 / 635 / 636 / 637 / 638 / 639 / 640 / 641 / 642 / 643 / 644 / 645 / 646 / 647 / 648 / 649 / 650 / 651 / 652 / 653 / 654 / 655 / 656 / 657 / 658 / 659 / 660 / 661 / 662 / 663 / 664 / 665 / 666 / 667 / 668 / 669 / 670 / 671 / 672 / 673 / 674 / 675 / 676 / 677 / 678 / 679 / 680 / 681 / 682 / 683 / 684 / 685 / 686 / 687 / 688 / 689 / 690 / 691 / 692 / 693 / 694 / 695 / 696 / 697 / 698 / 699 / 700 / 701 / 702 / 703 / 704 / 705 / 706 / 707 / 708 / 709 / 710 / 711 / 712 / 713 / 714 / 715 / 716 / 717 / 718 / 719 / 720 / 721 / 722 / 723 / 724 / 725 / 726 / 727 / 728 / 729 / 730 / 731 / 732 / 733 / 734 / 735 / 736 / 737 / 738 / 739 / 740 / 741 / 742 / 743 / 744 / 745 / 746 / 747 / 748 / 749 / 750 / 751 / 752 / 753 / 754 / 755 / 756 / 757 / 758 / 759 / 760 / 761 / 762 / 763 / 764 / 765 / 766 / 767 / 768 / 769 / 770 / 771 / 772 / 773 / 774 / 775 / 776 / 777 / 778 / 779 / 780 / 781 / 782 / 783 / 784 / 785 / 786 / 787 / 788 / 789 / 790 / 791 / 792 / 793 / 794 / 795 / 796 / 797 / 798 / 799 / 800 / 801 / 802 / 803 / 804 / 805 / 806 / 807 / 808 / 809 / 810 / 811 / 812 / 813 / 814 / 815 / 816 / 817 / 818 / 819 / 820 / 821 / 822 / 823 / 824 / 825 / 826 / 827 / 828 / 829 / 830 / 831 / 832 / 833 / 834 / 835 / 836 / 837 / 838 / 839 / 840 / 841 / 842 / 843 / 844 / 845 / 846 / 847 / 848 / 849 / 850 / 851 / 852 / 853 / 854 / 855 / 856 / 857 / 858 / 859 / 860 / 861 / 862 / 863 / 864 / 865 / 866 / 867 / 868 / 869 / 870 / 871 / 872 / 873 / 874 / 875 / 876 / 877 / 878 / 879 / 880 / 881 / 882 / 883 / 884 / 885 / 886 / 887 / 888 / 889 / 890 / 891 / 892 / 893 / 894 / 895 / 896 / 897 / 898 / 899 / 900 / 901 / 902 / 903 / 904 / 905 / 906 / 907 / 908 / 909 / 910 / 911 / 912 / 913 / 914 / 915 / 916 / 917 / 918 / 919 / 920 / 921 / 922 / 923 / 924 / 925 / 926 / 927 / 928 / 929 / 930 / 931 / 932 / 933 / 934 / 935 / 936 / 937 / 938 / 939 / 940 / 941 / 942 / 943 / 944 / 945 / 946 / 947 / 948 / 949 / 950 / 951 / 952 / 953 / 954 / 955 / 956 / 957 / 958 / 959 / 960 / 961 / 962 / 963 / 964 / 965 / 966 / 967 / 968 / 969 / 970 / 971 / 972 / 973 / 974 / 975 / 976 / 977 / 978 / 979 / 980 / 981 / 982 / 983 / 984 / 985 / 986 / 987 / 988 / 989 / 990 / 991 / 992 / 993 / 994 / 995 / 996 / 997 / 998 / 999 / 1000

Conduta:

Intubação

Dr. Filipe Lessa
Otorrinolaringologista
CRM 14328

Fechamento:

OBS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
12 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

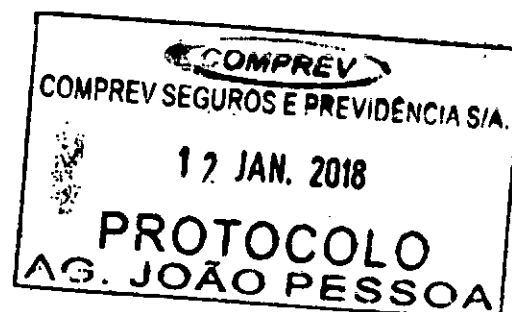
Data:

09, 08, 17

Dr. Luis Filipe Lessa
Otorrinolaringologista
CRM 14328
MÉDICO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1280538014

PROIBIDO PLASTIFICAR
1280538014





USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.006/94)

REPUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 05701485

JOSE EDUARDO DA SILVA

SECRETARIA DE SEGURANÇA

05701485

INSCRIÇÃO: 12578

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOSE EDUARDO DA SILVA

PLACADO

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

ABRILHADO

JOÃO PESSOA-PB

1.054.382 - SSP/PB

COARDE DE DEFESAS E TERCIOES

NÃO

455.536.024-91

02/04/1987

02/04/2015

18/04/2015

WILLIAM LOPES

PRESELENTE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

12 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA** Sinistro: **3180035111** Data: **28/07/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Avenida Redenção, 695 - Ilha do Bispo - João Pessoa - PB - CEP 58011-400**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4002725**

Data local do exame: [**30/01/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FERIMENTO EXTENSO EM MÃO DIREITA COM LESÃO TENDÕES EXTENSORES. FRATURA DE TÍBIA DISTAL EXPOSTA ESQUERDA. ACIDENTE EM 28/07/2017 AO EXAME: PACIENTE COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE EM DORSO MÃO DIREITA COM LIMITAÇÃO DE 75% DE FLEXO EXTENSÃO DE DEDOS +PERDA FORÇA . PRESENÇA DE CICATRIZ EM 1/3 DISTA DE PERNA ESQUERDA COM EDEMA , SEM LIMITAÇÕES MOTORAS

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TÍBIA TRATADA SÓ COM LIMPEZA E ANTIBIÓTICO, SEM OSTEOSSÍNTESE SUTURA DE TENDÕES EM 09/08/2017 E ALTA NO MESMO DIA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERÁPICO

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional da mão direita

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Mão direita

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180035111 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A
ELIZEU SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI ESQUERDO :25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180035111 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A
ELIZEU SILVA

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO EXTENSO EM MÃO DIREITA COM LESÃO TENDÕES EXTENSORES. FRATURA DE TÍBIA DISTAL EXPOSTA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: PACIENTE COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE EM DORSO MÃO DIREITA COM LIMITAÇÃO DE 75% DE FLEXO EXTENSÃO DE DEDOS +PERDA FORÇA . PRESENÇA DE CICATRIZ EM 1/3 DISTA DE PERNA ESQUERDA COM EDEMA , SEM LIMITAÇÕES MOTORAS

Resultados terapêuticos: TÍBIA TRATADA SÓ COM LIMPEZA E ANTIBIÓTICO, SEM OSTEOSSÍNTESE SUTURA DE TENDÕES EM 09/08/2017 E ALTA NO MESMO DIA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERÁPICO

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão direita

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Jean Claude Von Dome Carvalho Elizeu Silva
 brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
Reparador, CI RG nº 4.002.725
 CPF/MF nº 114.465.504-86 residente e domiciliado(a) à Rua
Al Redenção nº 695 Ilha do Bispo
 Cidade de JOÃO PESSOA, Estado
PARAÍBA, CEP: 58011-400, telefone
988677013, 982337489-83-99342-1170

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREY SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 JAN. 2018

PROTOCOLO
 AO. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 03 de Dezembro de 2017.

Jean Claude Von Dome Carvalho Elizeu Silva
 OUTORGANTE

