



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BAYEUX
SECRETARIA DE SAÚDE

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



BAYEUX

06-10-16

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

AMBROZINA PEREIRA DE SOUZA

CODIGO DO CNES: 7927908 - CNPJ: 08.924.581/0004-02

ENDEREÇO: AVENIDA LIBERDADE, S/N - CENTRO - CEP: 58306-000

MUNICÍPIO: BAYEUX - ESTADO: PARAIBA

Comprovação de ato declar



Ficha de Atendimento

Nome: Paulo Ricardo das Santos Idade: 29 Sexo: M (☐ F)
Nome da Mãe: Maria de Lourdes
Paterno: João Batista n.º 05 Bairro: Vargem Cidade: Santa Rita
Cartão do SUS: 306 10950794460 Data Nasc: 29/10/86 Telefone: (71) 8190-7357
Assinatura do Paciente/Acompanhante: Paulo Ricardo das Santos

Classificação de Risco

Glasgow: 15 HGT: 170 PA: 120 x 80 Pulso: 72 SpO₂: 98 Tax: 20 °C Peso: 75 kg

Queixa principal:

Antecedentes:

() TAB; () DM; () Cardiopata; () Renal; () Alzheimer; () AVC; () Alergias () Outros

Programa:

Destinador:

Anamnese

Vitória de acidente de trânsito

Procedimentos/Medicação

1. Cur. Ortopédico

GRM PB 10.530
MÉDICO
Raphael Freitas

Diagnóstico

COMPROMISSO
COM A SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A.
26 SET. 2017
PROTOCOLO
DE ATENDIMENTO À PESSOA

Classificação:

Bayeux, 06 / 10 / 2016

TRANSFERÊNCIA

NOME: Paula Ricardo de Souto
DESTINO: ORTOTRANSM DATA E HORA DA ADMISSÃO: 06/10/16 AS 23 H
CONTATO PRÉVIO: Talita DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: 23 AS 31 H

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: _____ FR: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____
Paciente vítima de acidente de moto,
com ferimentos corticantes em pé (E) e
desvio anatômico dos dedos 4 e 5 ipsilateral.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

Ø

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

7

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Fatura de dedos 4 e 5 do pé (E)

Raphael Freitas
MÉDICO
CRM-PB 10.530

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

UPA 24 Horas, BAYEUX-PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: 18/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000114553-7

Nr. da Autenticação 1DF9DB2E33A729E3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Ricardo dos Santos Silva

RG nº 317 8006, data de expedição 08/08/2007,

Órgão SSP - PB, CPF nº 075.632.934-50 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>rua: Luiz Batista do Nascimento</u>
Número	<u>5</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>bet. Boa vista</u>
Cidade	<u>Varzea Nova</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300-970</u>
Telefone de contato	<u>83-99342-1170/3542-8500/99105-5363</u>
E-mail	<u>alexeandrialesarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita / PB, 17/07/2017

x Paulo Ricardo dos Santos Silva

Assinatura do Declarante



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
20 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. CLOAO PESSOA

Public Records - Los Angeles



C/C RESCATE n.º 35-A-24
 JOSE EDUARDO DA SILVA
 R. JOAO MACHADO 336
 SALA CENTRO
 56013-320 JOAO PESSOA PB

Agent of Injustice
Agent of Injustice





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Paulo Ricardo dos Santos Silva do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Paulo Ricardo dos Santos Silva e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU

Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

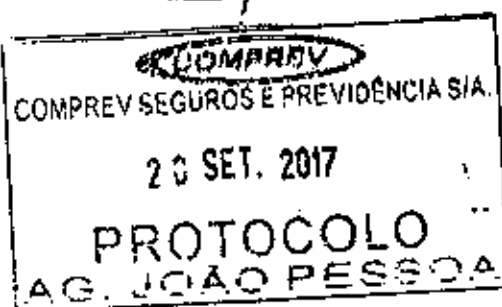
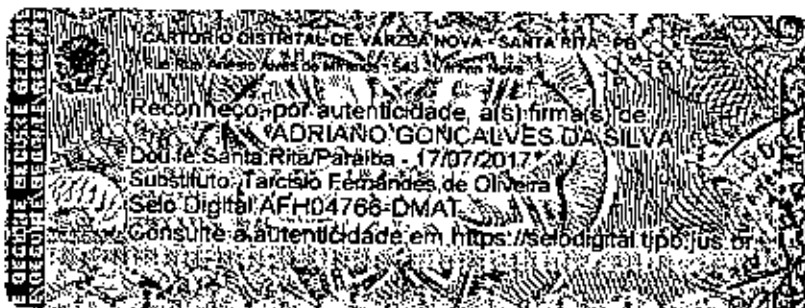
Eu, Adriano Gonçalves da SilvaRG nº 2471853, data de expedição 01/09/97Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 009.473.874-20 comdomicílio na cidade de Santa Rita, no Estado deParaíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Boa Vista, 175 - Varzea Nova, nºcomplemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Paulo Ricardo dos Santos Silva cujo o condutor eraPaulo Ricardo dos Santos SilvaVeículo: motoModelo: HONDA NXR 150 BROSAno: 2013/2013Placa: OFX 6826-0 DR 365774Chassi: QC2K0550DR365774Data do Acidente: 06-10-16Local e Data: Santa Rita, 17-07-17

Adriano Gonçalves da Silva
Assinatura do Declarante

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





MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

HOSPITALAR MANGABEIRA

SCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

JOAO PESSOA Fone: (93) 3214-1980

3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 893446

Atcd: Nao Regulad

Data: 06/10/2016

Hora: 23:42:54

Recepcionista: IVANNA MARTINS DO NASC

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Paciente: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA

Num. Prontuario: 2016.10.000588

SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3178006 Fone: 988053471

Pai: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/10/1986 Id: 29 ano(s)

MURUA-LUIZ BATISTA DO NASCIMENTO, 05

Pb: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA UF: PB

SEVERINO RICARDO DA SILVA

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA

MOMENTOS DE ENTRADA

MAMAE

Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTOS: SD

Local: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Causa de acidente por: VITIMA DE UMA COLISAO MOTO-CARRO HJ

Causa de violencia por: NAO

Caso Policial

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
26 SET. 2017
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA

CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

de Classificacao de Risco:

FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

O2s:

☐ Regular ☐ Chocho☐ Vomito

Observacao

Principal

Surpresa de fratura no 4.º e 5.º dedo do pé (E)

Talyta Cardoso
Téc. de Enfermagem
COREN 772.333

Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Exame de ACID-55 AUTOMOBILISTA H2 O2H Com
Exame de ACID-55 AUTOMOBILISTA H2 O2H Com
Exame de ACID-55 AUTOMOBILISTA H2 O2H Com

Fisico

Conduta Px

Rx GATRO 425 SE PPR

Fornecimento de medicacao

No BC P/170

160 mm

06



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTAÇÃO / CÓD. FUNÇÃO DE
 3178006 ESP PB

CPI
 075.632.934-50 **DATA NASCIMENTO**
 29/10/1986

NÚMERO
 SEVERINO RICARDO DA
 SILVA
 MARIA DE LOURDES DOS
 SANTOS SILVA

NTM/DO **ACC** **CAUSA**
 123456789 123456789 AD

Nº PROTOCOLO **VALOR** **1ª EMISSÃO**
 04159462957 08/03/2022 08/08/2007

Observações
 SAA

Paulo Ricardo dos Santos Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **DATA (VALIDADE)**
 JORNAL PESSOA, PB 19/04/2017

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

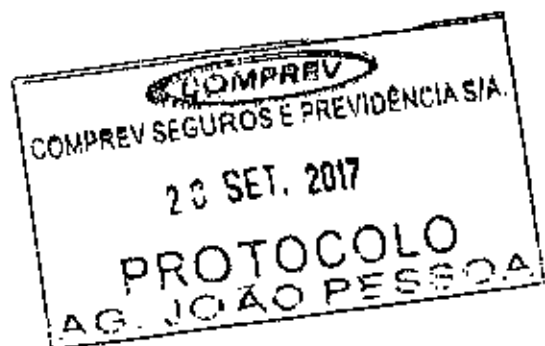
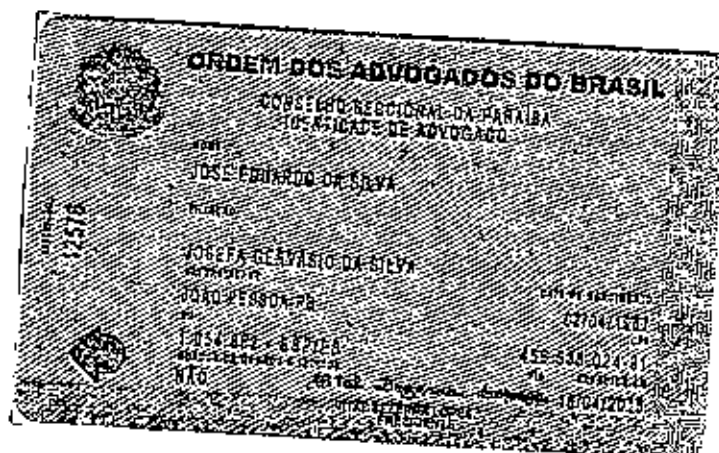
04913747024
PB036254145

1474408403

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PRECISO PLASTIFICAR

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 26 SET. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379390/17
Vítima: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA
CPF: 075.632.934-50

Data do Acidente: 06/10/2016
CPF de: Próprio Titular do CPF: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA : 075.632.934-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/09/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170534666 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 06/10/2016 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170534666 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 06/10/2016 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do pé esquerdo (quirodáctilos) e lesão de partes moles do pé e tornozelo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no tornozelo e pé esquerdo, edema residual e, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com fios de Kirchner, não fez fisioterapia, resultados insatisfatórios. Sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional leve do pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO



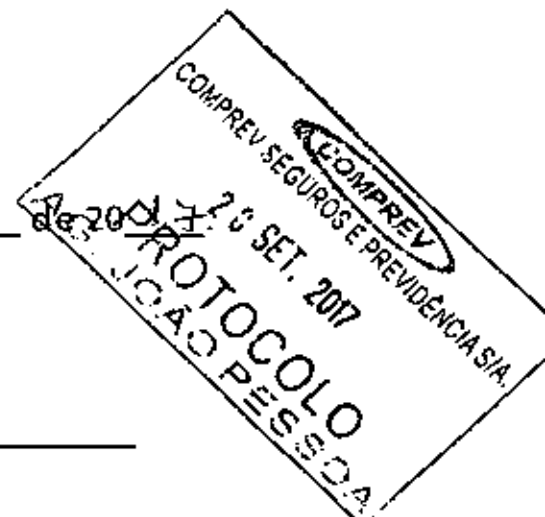
OUTORGANTE:

Paulo Ricardo dos Santos Silva
 brasileiro(a), estado civil Divorciado profissão
carpinteiro CI RG nº 3178006
 CPF/MF nº 075.632.934-20, residente e domiciliado(a) à Rua
Luiz Batista do Nascimento, 5
 Cidade de Varzea Nova Estado
Paraíba CEP: 58300-970 telefone
8399342-1170, 83-3512-8500

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. João Machado, 399, centro, 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.

Santa Rita, 17 de Julho de 2017



Paulo Ricardo dos Santos Silva



Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2017

Carta nº: 11771665

A/C: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170534666 ASL-0379390/17
Vítima: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA
Data Acidente: 06/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2017

Carta nº: 11790987

A/C: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA

Sinistro: 3170534666 ASL-0379390/17
Vítima: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA
Data Acidente: 06/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11853652

A/C: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA

Sinistro: 3170534666 ASL-0379390/17
Vítima: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA
Data Acidente: 06/10/2016
Natureza: 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: PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 00000114553-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Paulo Ricardo dos Santos Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Luiz Batista do Nascimento, 5
Lot Boa Vista Varzea Nova PB CEP: 58304-500
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3178006
Data local do exame: [16/10/2017] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DO PÉ ESQUERDO (QUIRODACTILOS) E LESÃO DE PARTES MOLES DO PÉ E TORNOZELO ESQUERDO.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL E, LIMITAÇÃO DE
MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO.**
- 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.
**EVOLUI COM EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO.
Data da alta: 28/01/2017.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSINTESE COM FIOS DE KIRCHNER, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, RESULTADOS
INSATISFATÓRIOS.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**
- 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.
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO.
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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() “Vítima em tratamento”
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> <p>() “Exame não permite conclusão”
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i></p> | <p>() “Sem sequela permanente”
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
PÉ - Esquerdo</p> <p>% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral Da Polícia Civil
Superintendência Regional De Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional De Polícia Civil
6ª Delegacia Distrital de Santa Rita



GOV. LUIZ
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00486.01.2016.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00486.01.2016.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 11 dias do mês de Outubro de 2016, nesta cidade de Santa Rita, 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **PEDRO MARTINS DOS SANTOS**, comigo, **BRUNO EDUARDO VILARIM DA CUNHA**, Agente De Investigação, às 10:41 horas, compareceu **PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão CARPINTEIRO, naturalidade João Pessoa/Paraíba, data de nascimento 29 de Outubro de 1986, idade 29, filiação MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA e SEVERINO RICARDO DA SILVA, Documento - CNH: 20499544741, residente RUA SILVIO PORTO, 05[NÃO INFORMANDO], Varzea Nova, na cidade de Santa Rita/PB, telefone (83) 98805-3471.

Dados dos Fatos:

- (1) - Local: RUA ANÉSIO MIRANDA, numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Santa Rita - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC);
Data/Hora: 06/10/16 10:20

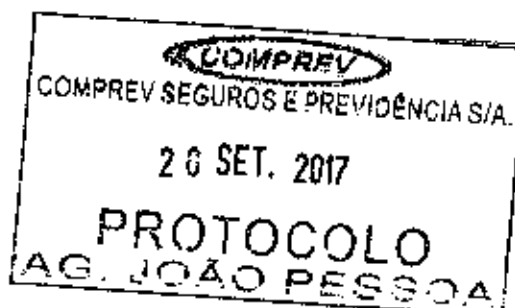
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE EM 06/10/2016, POR VOLTA DAS 10:20 HORAS, QUANDO O NOTICIANTE SE DIRIGIA PARA SUA RESIDÊNCIA, NA MOTOCICLETA DE SEU VIZINHO, ADRIANO GONÇALVES DA SILVA, UMA HONDA NXR 150 BROS, PLACA OFY-6826/PB, CHASSI 9C2KD0550DR365771, COR VERMELHA, ANO FAB./MOD. 2013/2013, RENAVAN 00544219198, QUANDO O VEICULO GOL, PLACA MNQ-0617/PB, COR CINZA, CONDUTOR SILVIO MONTEIRO COUTINHO, VEIO A SE CHOCAR CONTRA O NOTICIANTE, VINDO O MESMO A CAIR, SENDO ARREMESSADO POR CERCA DE 4MTS, EM UM PRIMEIRO MOMENTO, FOI SOCORRIDO POR POPULARES, SENDO LEVADO PRIMEIRO PARA A UPA DE BAYEUX/PB, DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O TRAUMINHA DE MANGABEIRA, EM JOÃO PESSOA/PB, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COMO PORTADOR DE FRATURAS NOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, E FERIMENTOS NO PÉ DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELO DR. LEONARDO TORRES (CRM:10336/PB).

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

BRUNO EDUARDO VILARIM DA CUNHA
Agente De Investigação

Santa Rita (PB) 11 de Outubro de 2016
Paulo Ricardo dos Santos Silva
PAULO RICARDO DOS SANTOS SILVA
Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Paulo Ricardo dos Santos Silva, portador da carteira de identidade nº 317-8006 e inscrito no CPF sob o nº 075.632.934-50 residente e domiciliado na rua Luiz Batista do Nascimento 5 - Pol. Boa Vista, Cidade Varzea Nova, Estado Paraná, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Paulo Ricardo dos Santos Silva
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Santa Rita, 17 Julho 2017
Local e data

