



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180320653 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS SINEZIO FRANCISCO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA PATELA ESQUERDA  
FRATURA DO TORNOZELO DIREITO  
FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180320653 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS SINEZIO FRANCISCO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA PATELA ESQUERDA  
FRATURA DO TORNOZELO DIREITO  
FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180320653 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS SINEZIO FRANCISCO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA PATELA ESQUERDA + FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO E EXAMES DE IMAGEM DE CONTROLE (RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA), COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

## 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



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180320653 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS SINEZIO FRANCISCO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.- TIBIA  
FRATURA DE PATELA ESQUERDA SEM DESVIOS.  
FERIMENTO CORTO-CONTUSO NO 2 DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE TORNOZELO DIREITO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA  
SUTURA DO FERIMENTO DO 2 DEDO DA MÃO ESQUERDA, QUE EVOLUIU SEM DÉFICIT FUNCIONAL.  
FRATURA DE PATELA ESQUERDA SEM DESVIOS TRATAMENTO CONSERVADOR E SUTURA DE FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES.  
EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E ALTA MÉDICA.  
LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

Dores Mendes

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180320653 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS SINEZIO FRANCISCO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.- TIBIA  
FRATURA DE PATELA ESQUERDA SEM DESVIOS.  
FERIMENTO CORTO-CONTUSO NO 2 DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE TORNOZELO DIREITO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA  
SUTURA DO FERIMENTO DO 2 DEDO DA MÃO ESQUERDA, QUE EVOLUIU SEM DÉFICIT FUNCIONAL.  
FRATURA DE PATELA ESQUERDA SEM DESVIOS TRATAMENTO CONSERVADOR E SUTURA DE FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES.  
EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E ALTA MÉDICA.  
LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelae permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelae:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

Dores Mendes





Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS SINEZIO FRANCISCO**

Sinistro: **3180320653**  
Vítima: **CARLOS SINEZIO FRANCISCO**  
Data do Acidente: **20/01/2017**  
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 3180320653** 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](http://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

Aos Cuidados de: CARLOS SINEZIO FRANCISCO  
Nº Sinistro: 3180320653  
Vitima: CARLOS SINEZIO FRANCISCO  
Data do Acidente: 20/01/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180320653**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS SINEZIO FRANCISCO**

Nº Sinistro: **3180320653**

Vitima: **CARLOS SINEZIO FRANCISCO**

Data do Acidente: **20/01/2017**

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 3180320653**.

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 13108255



# 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: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS SINEZIO FRANCISCO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000006130-4

---

Nr. da Autenticação 08EE1B93DF44A3CD

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

009.961.139-10

Nome completo da vítima

Carlos Sinézio Francisco

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Carlos Sinézio Francisco		CPF titular de conta 009.961.139-10	Profissão moto bnd
Endereço Rua Telada		Número 35	Complemento
Bairro Jd. Beirora	Cidade Santa Rita	Estado PB	CEP 5830000
Email zeduardosilva@hotmail.com		Telefone (DDD) 99322.1170	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) BANCO _____ Nome _____	
AGÊNCIA NRO. 3348 D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 6130 D/V 4 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária pelo 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.

Boa Vista, 15 de fevereiro de 2017

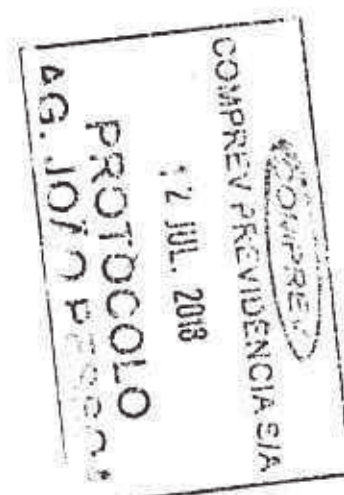
Local e Data

*Carlos Sinézio Francisco*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01541.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01541.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:26 horas do dia 29 de agosto 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 do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Carlos Sinézio Francisco**, CPF nº 009.961.134-10, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motoboy, filho(a) de Maria de Lourdes Virgínio da Silva e Manuel Sinézio Moreira Francisco, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 06/06/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jardim Europa, Nº SN, bairro Tibiri I, tendo como ponto de referência Bar de Ninão, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98636-3568.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Br 101, Três Lagoas, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 20/01/17 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

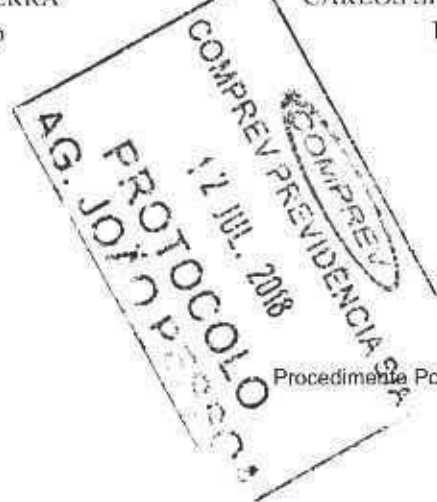
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG150 FAN ESDI, COR VERMELHA, ANO 2012/2012, PLACA OEX9825/PB, CHASSI 9C2KC1680CR441059, DE PROPRIEDADE DE WELLINGTON FERREIRA MEIRELES, quando foi atingido na lateral esquerda por uma CAMINHONETE preta não identificada, vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 30.06.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que 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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2017.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
CARLOS SINEZIO FRANCISCO  
Noticiante



Procedimento Policial: 01541.01.2017.1.00.420



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima Interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Adriano Sérgio Francisco

CPF da Vítima

009.969.134-30

Data do Acidente

20-01-17

**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.

Boaventura, 15 de fevereiro de 2017

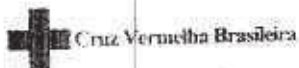
Local e Data

Adriano Sérgio Francisco

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV  
PROTOCOLADO  
2 JUL 2018  
46.107.000.000



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



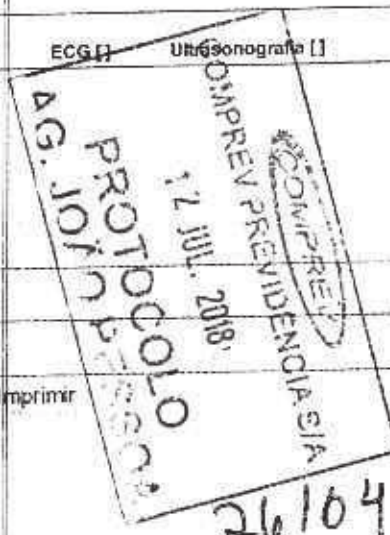
GOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 975516



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 1130458	Nome CARLOS SINEZIO FRANCISCO	Sexo Masculino				
Data de nascimento 06/06/1976	Idade 40 anos 7 meses 14 dias	Estado civil	Religião NAO INFORMADA			
Mãe MARIA DE LOURDES VIRGINIO DA SILVA	Pai MANUEL SINEZIO MOREIRA FRANCISCO					
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988873628	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2148055	Nº Cns				
Local de procedência BR 101	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBOR				
<b>Endereço</b>						
CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PROFESSOR SEVERO RODRIGUES			
Número SN	Complemento	Bairro POPULAR				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 20/01/2017 18:37:15	Número da pulseira 1000005620967	Convênio SUS				
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA					
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NAO INFORMADO					
<b>Sinais Vitais</b>						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
<b>Exames complementares</b>						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO						
Imprimir						





# Garagem

20/01/14 20:00 -

# APT 41 Nam os Alunos  
os motor, com Antea or  
201 em 300ms (U) e  
Paz (U) -

# Ao Aluno: De + 200ms  
em Paz (U), e 200ms/200ms  
Limitado Flutuação.

Uso Conto - 200ms  
em 100ms/200ms os 200 (U)

# Ao RX: Fx os 200ms  
SI 200ms.

Fx os  
e 200ms os 200 (U)

# Co: 200ms/200ms  
- 200ms/200ms.

- 200ms/200ms + 200ms/200ms

200 (U)

- 200ms/200ms

- 200ms/200ms 200ms/200ms

em 200 (U) + 200ms/200ms

200ms em 200ms (U)

- Ao 200ms/200ms 200ms/200ms



Dr. Márcio  
CRIMP  
3/15

- Dr. Rogério Farias.

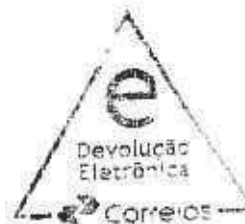


COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
: 2 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
46.10779 P.00000

**vivo**

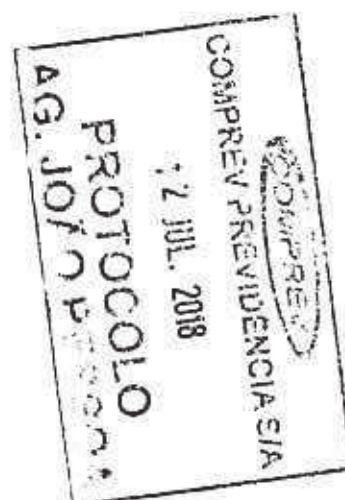


AV. JOAO MACHADO, 355  
SL 03  
BOA VISTA - JOAO PESSOA - PB



5010145850 77422 000001181230 090616

**vivo** Conexão com nenhuma outra.





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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Charles Simezio Francisco inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 009.961.134-18 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima  
Charles Simezio Francisco inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.961.134-18 conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

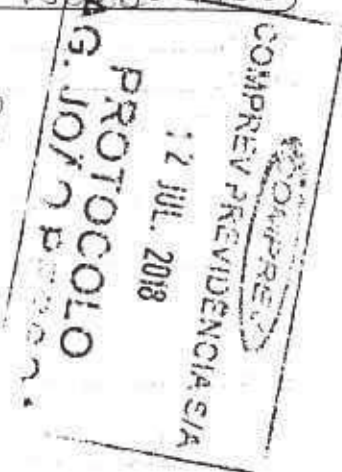
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. João slachado</u>		Número <u>399</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado	CEP <u>58018-620</u>
Email <u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>99342-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4960</u>

João Pessoa, 09 de Julho de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wellington Ferreira Meireles,  
RG nº 3434384, data de expedição 09/03/17,  
Órgão PB, portador do CPF nº 09132338465, com  
domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
TRAVESSA NOVA IMACULADA, nº 23,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vitima CARLOS SIMEZIO FRANCISCO, cujo o condutor era  
CARLOS SIMEZIO FRANCISCO.

Veículo: moto  
Modelo: HONDA CG 150 FAN  
Ano: 2012/2012  
Placa: OEX 9825/PB  
Chassi: 9C 2KC 1680 CR 441059  
Data do Acidente: 20-01-17  
Local e Data: BR 230 20/01/17

Wellington Ferreira Meireles  
Assinatura do Declarante



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



**Santiago Pereira**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO

Unidade: Bayeux - Rio Grande do Norte  
Paraná - CEP 55900-000  
Fone: (83) 3322-1366

Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a assinatura de:  
WELLINGTON FERREIRA MEIRELES  
Em testada verdade, -PB 09/03/2017 08:25:04  
Mely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituta  
2017-0022791EMR-RN 49,23 FAPEN-RN 0,27 FEPB-RN 1,85 ISS-RN 0,40  
SELO DIGITAL: AE160045-105E  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.br>







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	CARLOS SINÉZIO FRANCISCO
DATA DE NASCIMENTO	06/06/76
NOME DA MÃE	MARIA DE LOURDES VIRGINIO DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	975.516
DATA DO ATENDIMENTO	20/01/17
HORA DO ATENDIMENTO	18:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PATELA ESQUERDA SEM DESVIO + FRATURA DE TORNOZELO DIREITO
CID 10	S82.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em joelho esquerdo e no tornozelo direito. Consciente e orientado. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de ferimento corto-contuso no 2º dedo da mão esquerda.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de tornozelo direito AP/P  
RX de joelho esquerdo AP/P

### TRATAMENTO:

Tratamento conservador.

ALTA HOSPITALAR: 20/01/17  
DATA DA EMISSÃO: 30/06/17

Dr. José de Almeida Braga  
CRM. 2329/PB

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



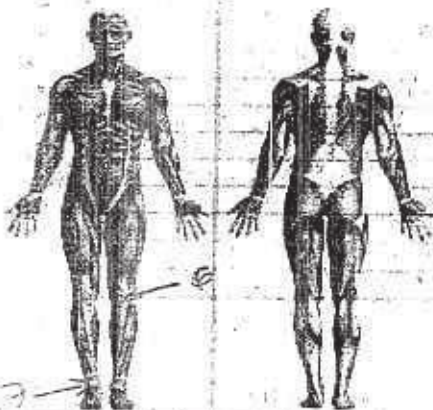


## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☒ Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efusão subcutânea    | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.: \_\_\_\_\_

## QUEIMADURA:

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

## EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias Joelho esquerdo + tornozelo direito ☐ Lavado peritonial  
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial  
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Atendimento		
2	Alta hospitalar		
3	Medicação 100mg + 100ml SVO		
4	SVO 5000 Ue		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ORTOPEDIA às 18:50 do dia 20/07/17  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DESTINO DO PACIENTE ☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) \_\_\_\_\_  
☐ Internado (setor) \_\_\_\_\_  
 DATA \_\_\_\_\_  
 SAÍDA ☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A revalia ☐ Desistência  
 HORAS: ☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

COMPREV  
 17 JUL 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO P. P. 2018

F(NG)-CC.001-1



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

-B.E.

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES  
N. SN - POPULAR  
SANTA RITA  
FONE: ( )  
CELULAR: (83) 988873620  
IDADE: 40  
DT. ENTRADA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de colisão moto x carro (Sic),  
sem uso de capacete. Lesão distal (torção), vômito  
brunco de dor em joelho esquerdo e tornozelo  
direito.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pervas ☐ Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

(-) VENTILAÇÃO MECÂNICA

(-) APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

☒ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTD:

2- RUÍDOS

☐ Sim

☒ Não

HTD: Roncos  
Sibilos  
Estertores

FR:

imp

SaO<sub>2</sub>

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagentes

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

END.: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES  
N. SN - POPULAR  
SANTA RITA  
FONE: ( )  
CELULAR: (83) 988873628  
IDADE: 48  
DT. ENTRADA:

Nome do paciente
------------------

**Dra. Vanessa Moreira Sousa**  
Residência Médica Geral  
CRM-PA 9563

COMPREV PREVIDENCIA SIA  
12 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## CERTIDÃO

Nº. 0448/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 923541 e Prontuário Nº 2017.01.001777 pertencente à **CARLOS SINEZIO FRANCISCO** que foi atendido dia 21/01/2017 às 02h00min, paciente trazido do HETSHL, vítima de colisão moto x carro com trauma em tornozelo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tíbia direita. Encaminhado a internação para tratamento, paciente sem condições de tratamento cirúrgico, apresentando tecido granuloso com a finalidade de cuidados específicos para tratar lesão e cicatrização, indicado tratamento conservador. Alta hospitalar dia 02/02/17.

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

João Pessoa, 17 de abril de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



Hora: 02:00:45

Recepcionista: LUIZ CLAUDIO D. SILVA F

Clinica: TRAUMATOLOGICA

56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

(83) 3214-1980 CNPJ: 10.202.434/0001-28

DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.01.001777

Nome: CARLOS SINEZIO FRANCISCO

Sexo: M IDENTIDADE: 2148055 Fone: 988973628

Morada: SANTA RITA/PE Data Nasc.: 06/06/1976 Id: 40 ano(s)

Ocupação: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN

Endereço: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PE

Parente: MANUELA SINEZIO MOREIRA FRANCISCO

MARIA DE LOURDES VTRGINTO DA SILVA

Outros:

Formações de Entrada

Sp.: CARLOS SINEZIO FRANCISCO

Responsável: 988973628 / IDENTIDADE: 2148055

Endereço: FARRAS TRES LAGOAS

Porte utilizado: AMBULANCIA

Causa do acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Causa do acidente por: NAO

Tempo de espera:

Classificação

Classificação de Risco:

Idade:

Sexo:

Altura:

Peso:

IMC:

Abdômen:

Cor:

Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
<input checked="" type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsão
<input checked="" type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vômito	
Observação	

Paciente atendido pela preservação do hosp. de trauma  
fazenda do município de Santa Rita  
proibido

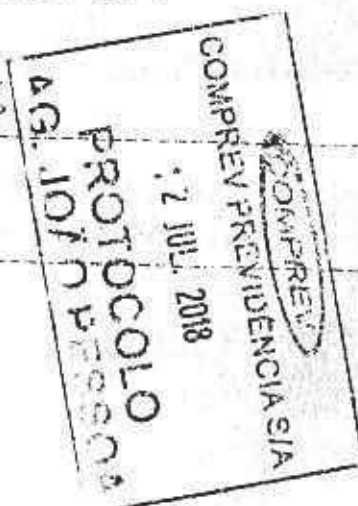
Tempo Elétrico - (hora do atendimento médico)

Atendimento realizado por enfermeiro de  
nível superior

QD: 1) Intenso Prontuário

Conduta

Horário da medicação

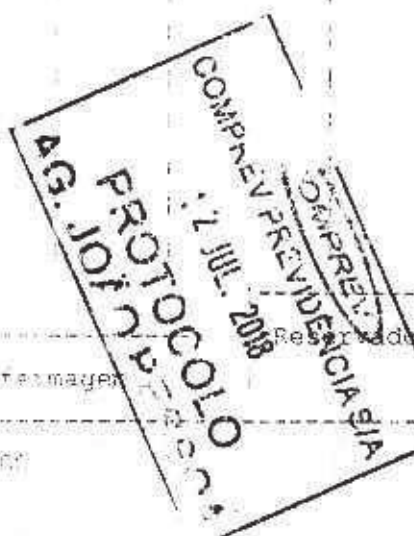




Agora : TRANSCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao



Resposta de p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

Assinatura do Paciente

Assinatura do Paciente

Transferido

Desistencia

NFI

Enfermagem

Obito: [ ] Atestado [ ] SVD [ ] TXE

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

**Dra. Arleide Andrade Medeiros**  
**CRM/PB 11.289**

Paciente: CARLOS SINÉZIO FRANCISCO.

**LAUDO MÉDICO.**

O paciente CARLOS SINÉZIO FRANCISCO, foi vítima de acidente de trânsito em 20/01/2017, em decorrência do qual sofreu traumas em ambos os membros inferiores: fratura de patela esquerda sem desvio e fratura de tornozelo direito, como foi constatado pelo exame de imagem.

Socorrido e conduzido ao HETSHL, realizou procedimento de sutura do 2º dedo da mão esquerda, sendo posteriormente encaminhado ao Ortopedia onde esteve internado para tratamento das demais lesões sofridas, tendo recebido alta hospitalar em 02/02/2017.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se limitação nos movimentos em face da extensão das lesões diagnosticadas, revelando sequelas, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais.

CID: S82; T93.2.

João Pessoa, 13 de agosto de 2018.

  
**Dra. Arleide Andrade Medeiros**  
**Médica**  
**CRM/PB 11.289**

