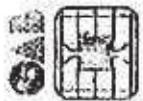


COMPREV PREVIDENCIA S/A



153

ORDEN DOKS 2

COMPREV PREVIDÊNCIA/S/A

2 juli 2013

PROTOCOLO
AG. JOAQUIM

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

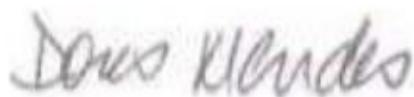
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

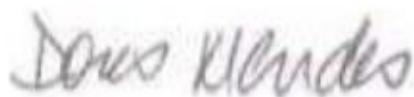
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

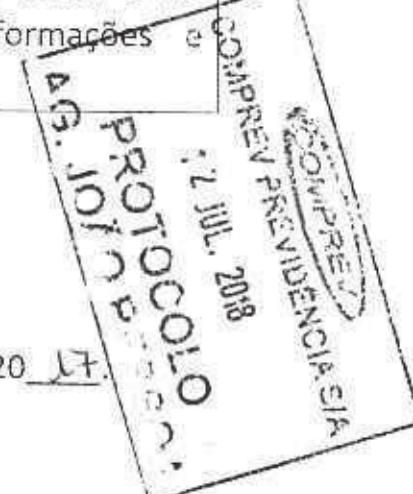
Carlos Siqueira Paulista
brasileiro(a), estado civil casado, profissão
MOTO BOY, CI RG nº 2148055,
CPF/MF nº 009961134-10, residente e domiciliado(a) à Rua
RUA 14 DE JULHO 252
Cidade de TIBIRI Santa Rita, Estado
CEP: 598663-4900, telefone
99362-1170

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. 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. 

Bixeruz, 15 de Fevereiro de 2017.

OUTORGANTE



SAKUR
SHASHIKO

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 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

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: 00000006130-4

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

009.961.134-10

Nome completo da vítima

Carlos Simeão Francisco

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Carlos Simeão Francisco	009.961.134-10	moto boy
Endereço	Número	Complemento
Engelada	15	
Bairro	Estado	CEP
Jd. Europa	RJ	5830000
Email	Telefone (DDD)	
zeduardosilva@hotmail.com	91312.1170	

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 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	

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3348 D/V 6130 D/V
 (Informar dígito se existir)

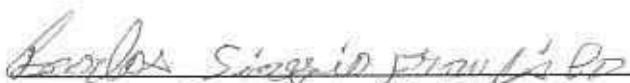
 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome:
 AGENCIA NRO. D/V CONTA D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

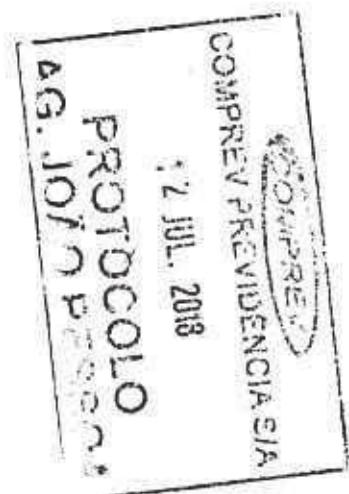
Batata, 15 de fevereiro de 2017

Local e Data



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: A(s) 14:26 horas do dia 29 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, c 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 Virginio 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, N° SN, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Bar de Nínia, 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:

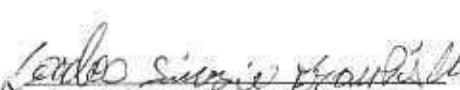
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG150 FAN ESDI, COR VERMELHA, ANO 2012/2012, PLACA OEX9825/PB. CHASSI 9C2KC1680CR441059. DE PROPRIEDADE DE WELLINGTON FERREIRA MEIRELES, quando foi atingido na lateral esquerda por uma CAMINHONETE preta não identificada, vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme 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, expço 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 SINÉZIO FRANCISCO

Noticiante



Procedimento Policial: 01541.01.2017.1.00.420



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

Joálio Simeão Simeão

CPF da Vítima

009.961.134-30

Data do Acidente

20-01-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Name 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.

Boa Vista, 15 de fevereiro de 2017

Local e Data

Joálio Simeão Simeão

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTÓCOLO
46.1017-2018
12 JUL. 2018



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 975516



Identificação do paciente

D 1130458	Nome CARLOS SINEZIO FRANCISCO			Sexo Masculino
Data de nascimento 06/06/1976	Idade 40 anos 7 meses 14 dias	Estado civil: NAO INFORMADA		Prontuário
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		Tipb BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		

Endereço

CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
Número: SN	Complemento	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 20/01/2017 18:37:15	Número da pulseira 1000005620967	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL		Clinica 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	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde: Não	Veículo de ambulância Sim	Trauma Não
Méio de transporte SAMU		Quem transportou NAO INFORMADO	

Sinais Vitais

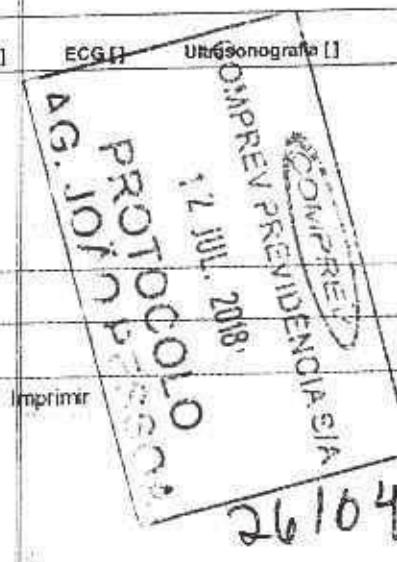
PA	X mmHg	P脉	Temperatura
----	--------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO

ff Oficina

20/07/14 26:00 ~

ff PCJ viñales as informe
as moto, con motor as
en un taller o
paz (0).

ff no expuso con t odium
en TAZ (0), al desconocer
el motivo de su muerte.

llego como witness

en informe as mis (0)

ff no RX: fx as prior (0)

SI IN VITO

fx as

✓ laceras as TAZ



ff (0): - agresión

- muerte.

- cutáreas + sumo s

mis (0)

- peritonitis

- DNA celulas linfocitos-macros

en ME (0) + DNA celulas

solo en PMA (0).

- AD oncoceromas ADIS sumo

Dr. Matheus
CRM 1000
Ozari
2013

- DR. ROGERIO SANTOS.

110



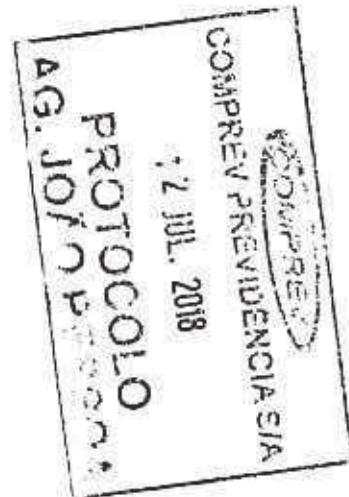
ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV JOAO VASCONCELOS 399
S-02
82015-020 - JOAO PESSOA - PB



50 1 48859 77422 93040 2118 1230 090610



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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.586.021-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Simeão Simeão inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.961.139-10 do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Carlos Simeão Simeão, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.961.139-10 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	Número	Complemento
<u>Av. José Silveira</u>	<u>399</u>	
Bairro <u>Centro</u>	Estado	CEP <u>58018-620</u>
Cidade <u>João Pessoa</u>	Telefone comercial (DDD) <u>99340-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-1960</u>
Email <u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>		

João Pessoa, 09 de Julho de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

25/07/2018
PROTOCOLO
JOÃO
COMPROVANTE
PREVIDÊNCIA
SOCIAL
2 JUL. 2018

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 Belo, 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
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Carlos Simeão Francisco, cujo o condutor era
Carlos Simeão Francisco.

Veículo: moto

Modelo: HONDA/CG 150 FAN

Ano: 2012/2012

Placa: OEX 9825/PB

Chassi: 9C2KC3680CR441059

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)



SISTEMA DE SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS

Santiago Pereira

NOTARIAIS
REGISTRAIS
SISTEMA
Liberado para: Belo
Pereira CEP: 58305-000
Fone: (83) 3222-1766
Liberado para: Belo
Pereira CEP: 58305-000
Fone: (83) 3222-1766

Enviado em: 09/03/2017 08:25:04

Wellington Ferreira Meireles - Testemunha Substituta

2017-0026771ERL-RF 49,25 FARFEN:R\$ 0,27 FEPJAR 1,85 IBS:R\$ 0,00

SELLO DIGITAL: AET60095-L85E

Confira a autenticidade em <https://selodigital.mt.gov.br>

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 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.

12 JUL. 2018
PREVIDÊNCIA S/A
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

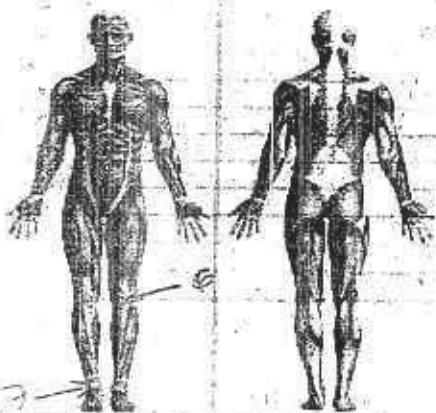
MEDICAMENTOS:

IMUNIZAÇÃO:

PATOLOGIA:

ALIMENTOS INGERIDOS:

LOCAL DA LESÃO



Identifique o local com o número correspondente ao lado

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

OBS.:

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

Rx Radiografias *Joelho esquerdo +, tornozelo direito*

() Ultrassonografia (FAST)

() Tomografia computadorizada

() Lavado peritoneal

() Gasometria arterial

() Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>1. Atendimento</i>		
2	<i>2. Alta cirúrgica. Sinal Patricia MEDEA</i>		
3	<i>3. Metformina 1000mg + 100ml SFO 5% 1000ml</i>		
4	<i>4. Sintrome 5000 U.E. 5000</i>		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da *PROTÉDIA*

as 18:50 do dia 20/07/17

Solicito parecer da

as : do dia / /

DESTINO DO PACIENTE

() Centro cirúrgico

() Transferência (unidade de saúde)

() Internado (setor)

() Alta hospitalar () Decisão médica

() A pedido

() A reavalia

() Desistência

() Óbito () Até 48 hs.

() Após 48 hs.

() Família

() IML

() SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG)CC.001-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

-B.E.

1000005620967 BE: 9/5576
CARLOS SINEZIO FRANCISCO
DT. NASC: 26/06/1976
NRE: MARIA DE LOURDES VIRGINIO DR. SIL
END: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
N: SN - POPULAR
SANTA RITA
FONE: (11)
CELULAR: (11) 988873628
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

DADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de colisão moto x carro (S15)
referiu uso de capacete. Negou desmaio, tontura, vômito.
Orienta-se de dor em joelho esquerdo e tornozelo.
diálogo.

EXAME PRIMÁRIO

IAS Pervias Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
 Com dificuldade

(-) VENTILAÇÃO MECÂNICA

(-) APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

Presente a normal
HTD: Rude
 Diminuído
 Ausente

2- RUIDOS

sim

HTD: Roncos

Sibilos

Esteriores

Não

PR: imp.

SaO₂: 100

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotorreageente

Escala de Glasgow:



(-) Paralisadas Isocôricas

(-) Anisocôricas (diferença = mm)

ABERTURA OCULAR

MELHOR RESPOSTA VERBAL
ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA
(4-4anos)

MELHOR RESPOSTA MOTORA

Spontânea	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 (decorticção)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
TOTAL:	15			Nenhuma	1

FING.CC.001:

BE/PRONTUÁRIO

MAE: MARIA DE LOURDES FERREIRA
END: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
N. SN - POPULAR
SANTA RITA
FONE: (?)
CELLULAR: (83) 988873628
IDADE: 46
DT. ENTRADA:

Nome do paciente



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 Burity, 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 tibia 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data 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



Av. 25 DE MARÇO, 2000 - CENTRO
56-334 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CEP 5813214-198, CNPJ: 10.202.434/0001-28

Hora: 02:00:45
Recepção: LUIZ CLAUDIO D. SILVA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DO PACIENTE

Nome: CARLOS SINEZIO FRANCISCO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.01.001777

Sexo: SEM Gênero: M IDENTIDADE: 2148055 Fone: 988873628

Resid.: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 06/06/1976 Id: 40 ano(s)

Pais: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN

Endereço: Cidade: SANTA RITA UF: PB

Manuel SINEZIO MOREIRA FRANCISCO

Maria de LOURDES VIGINTO DA SILVA

RG/CPF:

INFORMAÇÕES DE ENTRADA

SP.: CARLOS SINEZIO FRANCISCO

Responsável: 988873628 / IDENTIDADE: 2148055

Resid.: FAIRRO TRES LAGOAS

Porte utilizada: AMBULANCIA

Local do acidente: COLISAO CARRO X MOTO

Local da violência: NAO

Local da morte:

Motivo:

3- Classificação de Risco:

TR: _____

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

TP: _____

Aparentemente Bem Grave

Altura: _____

Politraumatizado Convulsao

cen: _____

Hemorregia

Dispneia

Abd: _____

Diarreia

Aditado

O2%: _____

Regular

Chocado

Principais:

Vomito

Observação:

Paciente trazido por proximidade do poss. de terceiros
fazendo do ferimento direto na
fractura.

Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Fratura fechada em evolução com
fratura.

Q: 1) P/mais parte

Conduita

COMPRENSÃO	COMPRENSÃO
AG. 101	PROTÓCOLO
2 JUL 2018	PROTÓCOLO
COMPRENSÃO	COMPRENSÃO

Horário da medicacão

Rota: FESTRICAÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Meulementos: [] Rose [] Horario [] Evolucao

Reservado p/ liberacao



Assinatura da Enfermagem

DIRETORIA TECNICA

Transferido: [] Desistencia: [] NFI
[] Enfermeiro: [] Obito: [] Atestado: [] SVD: [] TMI

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 Ortotrauma 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

