

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11927569

A/C: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170589956 ASL-0423507/17
Vítima: ANDERSON SILVA DOS ANJOS
Data Acidente: 13/01/2017
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 Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2017

Carta nº: 11956556

A/C: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Sinistro: 3170589956 ASL-0423507/17
Vítima: ANDERSON SILVA DOS ANJOS
Data Acidente: 13/01/2017
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, 30 de Novembro de 2017

Carta nº: 12033877

A/C: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Nº Sinistro: 3170589956
Vítima: ANDERSON SILVA DOS ANJOS
Data do Acidente: 13/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 000000071063-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANDERSON SILVA DOS ANJOSPORTADOR(A) DO RG Nº 3.891.342EXPEDIDO POR SSDS - P/BEM 25/11/17CPF 0181001452-81 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO COMERCANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.504,15 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Anderson Silva dos Anjos AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário-Função;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00071063-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

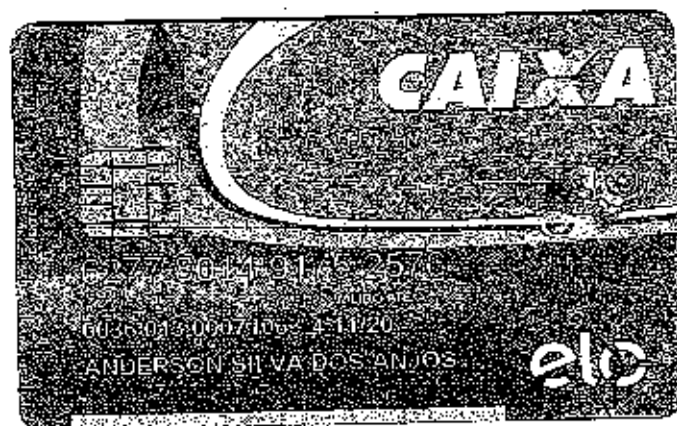
João Paulo 25 de abril de 2017 Anderson Silva dos Anjos

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01566.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01566.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:12 horas do dia 31 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 **Anderson Silva dos Anjos**, CPF nº 018.101.454-81, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria de Fatima Silva dos Anjos e José Silva dos Anjos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/03/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua 7 de Setembro, Nº 47, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Mercadinho Esquina Alves, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98631-5999.

Dados do(s) Fatos:

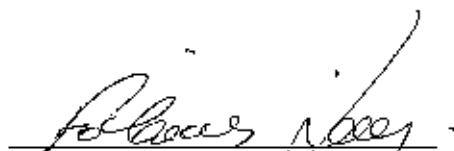
Local: Rua Adolfo Massa, Posto de Gasolina, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro/Novais; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/01/17 22:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

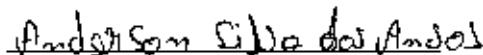
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN ES, COR PRETA, ANO 2005/2006, PLACA MOL8869/PB, CHASSI 9C2KC08506R803036. REGISTRADA EM NOME DE JONAS JOSÉ DA SILVA, quando passava pela Rua Adolfo Massa, próximo ao posto de gasolina foi atingido na lateral direita por um CARRO não identificado vindo a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 04.05.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 31 de agosto de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ANDERSON SILVA DOS ANJOS
Noticiante



Procedimento Policial: 01566.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Anderson Silva dos Anjos, portador da carteira de identidade nº 3.891.392 e inscrito no CPF sob o nº 018.101.454-81 residente e domiciliado na rua: 7 de Setembro, 47

Citizzeiro, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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
- (x) 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 de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

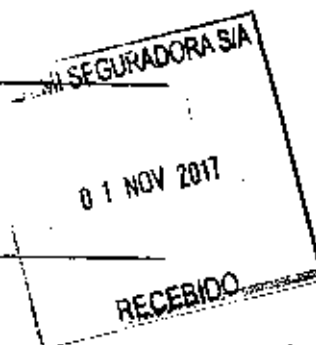
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

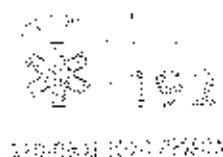
Anderson Silva dos Anjos

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 25 abril 2017

Local e data





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



COMPROVAÇÃO ATO DECLARATÓRIO

DECLARAÇÃO

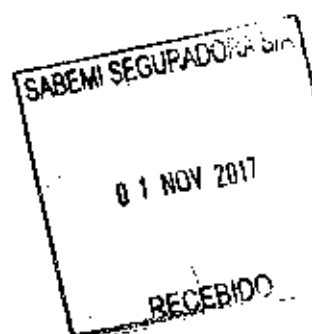
O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 704/069, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1569181, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ANDERSON SILVA DOS ANJOS** idade 24 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x carro)** no dia 13/01/2017, na Av. Cel. Adolfo Massã, Bairro: Novais - João Pessoa - aproximadamente às 22:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Abril de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/54-1077

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE 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: 24/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000071063-4

Nr. da Autenticação 9B96DCF65AD1041E



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Anderson Silva dos Anjos

RG nº 3.891.342, data de expedição 25/11/2014

Órgão SSDS-PB CPF nº 038.101.454-81, 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>7 de setembro</u>
Número	<u>47</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Citizéiro</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de contato	<u>83.99342.1170/3512-8500/99105-5363</u>
E-mail	<u>alexandracarduarte@hotmail.com</u>

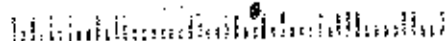
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / PB, 25/04/2017

Anderson Silva dos Anjos

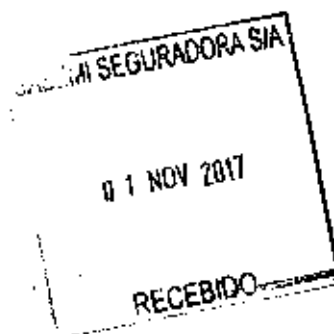
Assinatura do Declarante





CIC REGISTRO DE JUA PE
JOSE EDUARDO DA SILVA
R JOAO MACHADO 399
SALA CENTRO
58013-520 JOAO PESSOA PE

Atendimento 0
Auto Atividade
NA Web - www.sia





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.

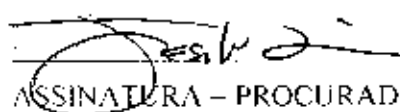
Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Anderson Silva dos Anjos do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Anderson Silva dos Anjos, 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, Jonas José da Silva,
RG nº 2383145, data de expedição 20/11/1996
Órgão SSD/PB, portador do CPF nº 03949976469, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 7 de setembro, nº 60,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Anderson Silva dos Santos, cujo o condutor era
Anderson Silva dos Santos.

Veículo: moto
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN
Ano: 2005/2006
Placa: MOL 8864/PB
Chassi: GC2KCO 8506 R 803 036
Data do Acidente: 13-01-17
Local e Data: João Pessoa, 24-04-17

Jonas José da Silva  TOSCANO DE BRITO
Assinatura do Declarante 2º OFÍCIO DE NOTAS

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



Rua Cândido Paranhos, 31 - CEP 55010-400
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB
www.toscano-de-brito.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) F(s) de:.....
JONAS JOSÉ DA SILVA.....
e a(s) de:.....
em 24/04/2017, às 11:24:24.

Marcos Alfredo da Rocha Silva - Secretário
(2017-007921) EMOL:R\$ 19,23 PARP:R\$ 0,27 DESP:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: REV99162-2401
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



GOVERNO
DA PARAIBA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel: --

Boletim de Atendimento: 973977



Identificação do paciente

ID	Nome			Sexo
1127851	ANDERSON SILVA DOS ANJOS			Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário
18/03/1993	23 anos 8 meses 28 dias			
Mãe	Pai			
MARIA DE FATIMA SILVA DOS ANJOS	JOSE SILVA DOS ANJOS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
	O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo	
83	997542074			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
RG (IDENTIDADE)	3881342			
Local de procedência		Tipo	UF	
CRUZ DAS ARMAS		BAIRRO	PB	
E-mail	Naturalidade	CBO/R		
	JOAO PESSOA			

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58088670	JOAO PESSOA	PB	SETE DE SETEMBRO
Número	Complemento	Bairro	
47		OUTEIRO	

Admissão

Data e Hora	Número da carteira	Convênio
13/01/2017 23:56:03	182199	SUS
Especialidade	Clinica	
CLINICA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	

Caráter de atendimento

URGÊNCIA	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Tratado
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU			

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por
JOSEFA BARBALHO FERNANDES

Imprimir

TOMOGRAFIA	
Tipo	CAD 12
Data	13/01/17
Hora	20:00
Nome do paciente	ANDERSON SILVA DOS ANJOS



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

EVANGELISTA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Anderson Silva dos Anjos
DATA DE NASCIMENTO 18/03/93
NOME DA MÃE Maria de Fátima Silva dos Anjos

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 973977
DATA DO ATENDIMENTO 13/01/17
HORA DO ATENDIMENTO 23:56
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de ossos da perna direita
CID 10 S82.2

AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, após ingestão de bebida alcoólica, apresentando fratura exposta de ossos da perna direita, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e encaminhado para Ortopedia conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC sem anormalidades.

TRATAMENTO:

1º atendimento - imobilização - encaminhamento para Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 14/01/17
DATA DA EMISSÃO: 04/05/17



Dr. Juan Jaime Alencar Arraiz
CRM: 33283/PE

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



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico



ABRIL 97 973977
ANDERSON SILVA DOS ANJOS
DT. NASC.: 10/03/1993
MÃE: MARIA DE FÁTIMA SILVA DOS ANJOS
END.: SETE DE SETEMBRO
N.º 47 - COTIAZINHO
JOÃO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (031) 957842074
IDADE: 22
DT. ENTRADA: 12/01/2017 23:58:22

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Perda de consciência e trauma de queda de 10 metros
do 1º andar, do 1º andar, a cerca
de 10 metros, no ar, em queda
e sem lesões, nenhuma M & D, com
107 cm de altura

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS ☒ Pervas ☐ Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNEIA

AUSCULTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

☒ Presente e normal ☒ Presente e normal
HTD: ☐ Rude ☐ Rude
☐ Diminuído ☐ Diminuído
☐ Ausente ☐ Ausente

2 - RUÍDOS

☐ Sim ☐ Sim
HTD: ☐ Roncos ☐ Roncos
☐ Sibilos ☐ Sibilos
☐ Estertores ☐ Estertores

FR: ☐ Imp ☐ SaO₂: ☐ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ 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 e dor	5
Ao continuo 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

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pleórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RITMO E SEGUNDA

RULHAS

SOPRO

BE QU B4

FC:

BGG:

bmp PA: ☒ mmHg T: ☐ °C

ABDOMEN:

RECEBIDO

ABDOMEN:

RECEBIDO

ABDOMEN:

RECEBIDO

ABDOMEN:

RECEBIDO

ABDOMEN:

RECEBIDO

ABDOMEN:

RECEBIDO

ABDOMEN:

RECEBIDO

ABDOMEN:

RECEBIDO

ABDOMEN:

RECEBIDO

ABDOMEN:

RECEBIDO

ABDOMEN:

RECEBIDO

ABDOMEN:

RECEBIDO

ABDOMEN:

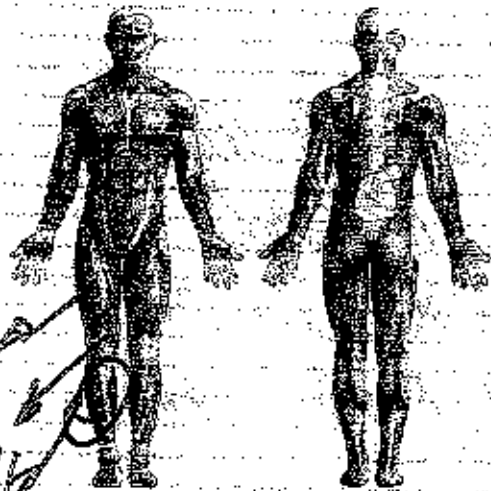
RECEBIDO

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 texto →



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

Obs: *20*

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma): _____

% Grau de queimadura: _____

☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☒ Tomografia computadorizada

☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>Dr. F. F. G. 10/10/10</i>		
2			
3			
4	<i>Dr. M. D. 15/10</i>		
5			
6			
7	<i>Dr. J. P. 10/10/10</i>		
8			
9	<i>Dr. J. P. 16/10/10</i>		
10	<i>Dr. J. P. 25/05/10</i>		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

☐ 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 ☐ JIML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

182128
RODRIGUES SILVA DOS ANJOS BE: 973977
DT. NASC.: 18/03/1993
MRE: MARIA DE FÁTIMA SILVA DOS ANJOS
END.: RUA DE SETEMBRO
N. 47 - OTIZIANO
JOÃO PESSOA
PAÍS: ()
CELULAR: (83) 987842874
IDADE: 23
DT. ENTRADA: 13/01/2017 23:58:03

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	
PROCEDÊNCIA:	☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia		
TIPO DE ACIDENTE:	☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento ☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:		
TIPO DE LESÃO:	☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Estufamento ☐ Laceração ☐ Queimadura ☐ Mordedura ☐ Objeto encaixado ☐ Ferimento contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros:		
LOCAL DA LESÃO:	☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tórax ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:		
DADOS CLÍNICOS (sintomas):			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /			
EXAME FÍSICO	PA: 120/80 mmHg	P: 75 bpm	SpO2: 99% Tax: %
Sistema Neurológico:			
Nível de Consciência: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ Desorientado			
Avaliação das pupilas: Simetria: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Mídrias ☐ Miosis			
Sistema Respiratório:			
☐ Ventilação invasiva ☒ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas patentes			
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas			
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório:			
☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusion tissular satisfatória			
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusion tissular comprometida			
☐ Palidez ☐ Outros:			
Sistema Digestório:			
☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial			
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda			
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário:			
☐ Disúria ☐ Hematuria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros:			
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:			
☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias			
☐ Interações ☐ Outros: Especificar:			
USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:			
PACIENTE, 66 ANOS, CONSCIENTE, SUPLENTE, RESPIRADO DE SINCOPE, TRAUMA MIO, APU 100%, SGOUG AOS 62 ANOS.			
Jenerson R. de Lira Enfermeiro CPF: 1.340.110			
DESTINO:	ENFERMEIRO:	COREN:	

RECEBEMOS
01 NOV 2017



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000264612

Idade: 23 anos

Paciente: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Data: 14/01/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Impressão Diagnóstica:

Estudo tomográfico do crânio sem evidência de alterações.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 14/01/2017 06:37.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



3.891.342 -2 VIA 25/11/2014

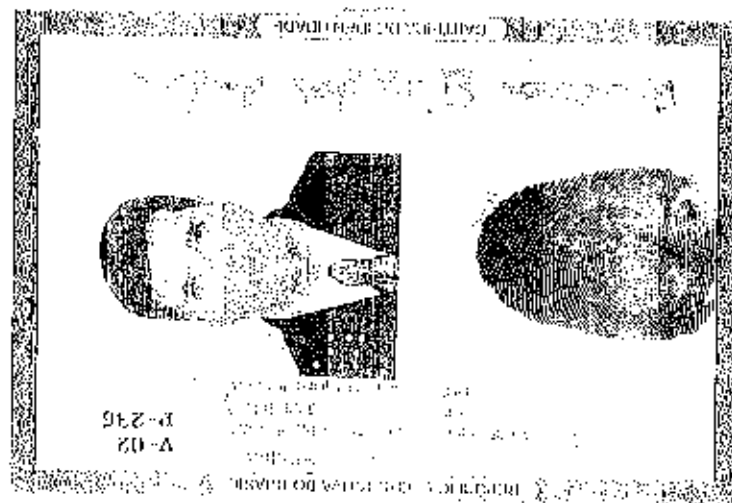
ANDERSON SILVA DOS ANJOS

JOSE SILVA DOS ANJOS
MARIA DE FATIMA SILVA DOS ANJOS

JOÃO PESSOA-PB 18/03/1993

NASC.N.5717131 FLS.112V LIV.A-53
CARTORIO 4º JOÃO PESSOA PB
018.101.454-81

RECEBIDO
8 NOV 2011
SIA SEGURADORA SIA





12578
in: 12578

RECEBIDO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ANDERSON SILVA DOS ANJOS** Sinistro: **3170589956** Data: **13/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sete de Setembro, 47 - Oitizeiro - João Pessoa - PB - CEP 58088-670**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3891342**

Data local do exame: [**21/11/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA DIREITA. REFERE CLAUDICAÇÃO, APRESENTA GRANDE CICATRIZ, ADM NORMAL, TEM DISCRETA HIPOTROFIA EM MID

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.
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA, SUBMETIDO A CIRURGIA.

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.

HIPOTROFIA MID (+/4+)

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
PERNA DIREITA

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

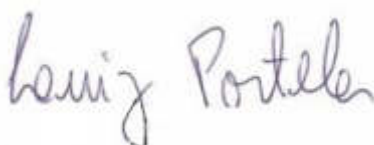
Região Corporal (Sequela):

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

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.



Luiz Eduardo Duque Portela - CRM: 6867 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170589956 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON SILVA DOS ANJOS **Data do acidente:** 13/01/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia e fíbula direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170589956 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON SILVA DOS ANJOS **Data do acidente:** 13/01/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: REFERE CLAUDICAÇÃO, APRESENTA GRANDE CICATRIZ, ADM NORMAL, TEM DISCRETA HIPOTROFIA EM MID.

Resultados terapêuticos: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA, SUBMETIDO A CIRURGIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/11/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (hipotrofia muscular e claudicação).
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Luiz Eduardo Duque Portela

CRM do médico: 6867

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 membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

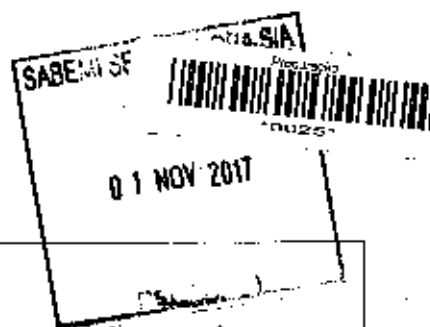
Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Anderson Silva dos Santos
 brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
comerciante, CI RG nº 3888342
 CPF/MF nº 08830845483, residente e domiciliado(a) à Rua
Rua Sete de Setembro
 Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58088-270, telefone
982335889, 982287552.

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.

João Pessoa, 24 de abril de 20 17.

TOSCANO DE BRITO
 2º OFÍCIO DE NOTAS

Anderson Silva dos Santos

OUTORGANTE



TOSCANO DE BRITO
 2º OFÍCIO DE NOTAS

Caros Alfonsos da Rocha Silva - Carreiros
 19/07-09/08/1984 - 19-23 FANTASIA 0,27 FANTASIA 0,40
 2016 BILHETE: 8499170-1138
 Confira a autenticidade em www.toscano.com.br