

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZ SILVINO RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3180166150**

Vitima: **LUIZ SILVINO RIBEIRO**

Data do Acidente: **15/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180166150**.

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 12672550



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ SILVINO RIBEIRO

Nº Sinistro: 3180166150

Vitima: LUIZ SILVINO RIBEIRO

Data do Acidente: 15/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180166150**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Carta nº 12702710



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ SILVINO RIBEIRO

Sinistro: 3180166150

Vítima: LUIZ SILVINO RIBEIRO

Data do Acidente: 15/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

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 3180166150** 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

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 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

629423404-34

Nome completo da vítima

Luiz Edmar Ribeiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Luiz Edmar Ribeiro		CPF titular da conta 629423404-34	Profissão
Endereço Avenida Antonio Justino		Número 182	Complemento
Bairro Vila Brasilândia	Cidade São Paulo	Estado Paraná	CEP 8340-000
Email		Telefone (DDD) (83) 99257-0539	

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

- ☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA
- ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Bradesco

NRO

237

AGÊNCIA

NRO.

D/V

2159

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

0016687

(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.

São Paulo, 09 de abril de 2018

Local e Data

Luiz Edmar Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Bradesco****Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.058757

LUIS SILVINO RIBEIRO 08:16 HRS
AGENCIA 2159 CONTA 0016687-1 06/ABR/2018

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA FACIL (C/C + POUP)
TOTAL DE RECURSOS
SALDO DISP. P/INVEST.

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

FEVEREIRO/2018
DIA HISTORICO N.DOCTO VALOR
14 SALDO ANTERIOR

MARCO/2018
01 DEPOSITO CC BDN 0723721
Ags3835maq040723seq02721
S A L D O
02 SAQUE C/C BDN 7337203
Ag02159maq017337seq0620302030651
S A L D O
09 TRANS SAL P/C/C 0902159
BCD:237 AGE:02159 CTA:0799485-0
S A L D O
12 SAQUE C/C BDN 7808925
AG02159MAQ007808SEQ0092510030625
SALDO TOTAL

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
POUPANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 06/04/2018
09 8,67
01 0,00
TOTAL

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

12 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 641/2018



Aos CINCO dias do mês de ABRIL do ano de dois mil e DEZOITO, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Policia Civil **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 15:30h; compareceu **LUIZ SILVINO RIBEIRO**, nascido aos 11.04.73, brasileiro, solteiro, natural de Santa Rita/PB, RG. 1.380148- **SSP/PB**, filho de Silvino Cosmo da Silva e de Tereza Ribeiro da Silva, residente na rua Antonio Justino-182- Bairro de Nova Brasília/Sapé/PB. **O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE** no dia 15/02/2018, por volta das 17:00, na rua José Semeão dos Santos- Portal II- Sapé/PB, o declarante conduzia UMA MOTO DE MARCA SUNDOWN/WEB, , DE - ANO 2006/2007, PLACA MOS6748/PB, de propriedade da senhora MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA; QUE o declarante ao conduzir sua Moto, perdeu o controle vindo cair ao solo; QUE fora socorrido pelo amigo de nome GINO, para o Hospital de Trauma da Cidade de Mangabeira ; QUE sofrera Lesões conforme Ludo apresentado nesta DP.O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

.DECLARANTE:

Luiz Silvino Ribeiro

ESCRIVÃ POLICIA;

Cezarina Maria Araujo de Medeiros
Cezarina Maria Araujo de Medeiros

DOCUMENTO ORIGINAL

12 ABR. 2018

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

Luiz Edson Ribeiro

CPF da Vítima

629423404-39

Data do Acidente

15/02/2018

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.

Sape 09 de abril de 2018
Local e Data

Luiz Edson Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: LUIZ SILVINO RIBEIRO				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 44	SEXO: masc	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.: 7	LEITO: 125
DATA DE ADMISSÃO: 15/02/2018		DATA DE ALTA: 01/03/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE MALEOLO LATERAL D					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
TRATAMENTO TTO CIRURGICO + ATB					
PRINCIPAIS EXAMES E.F. + RADIOGRÁFICO					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: AINE + ATB + ANALGESICO					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente com história de trauma em TORNOZELO D sendo submetido a tratamento cirúrgico PARA OSTEOSÍNTESE DE MALEOLO LATERAL D evoluindo sem intercorrências. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e antibióticos. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: analgésicos + antibióticos.

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **15** dias para revisão. (DR. JORGE AUGUSTO)

01/03/2018

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

12 ABR. 2018

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

03/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ SILVINO RIBEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000000016687-1

Nr. Autenticação

BRADESCO030920180500000000002370215900000001668733750 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luiz Silveira Ribeiro

RG nº 1.380.148, data de expedição 02/02/06, Órgão SSP/PB,

CPF nº 629923401-39, 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>Aramida Antonio Justino</u>
Número	<u>182</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Porro Brasília</u>
Cidade	<u>Sapeá</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>53340-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99157-0139 / (83) 98882-7550</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sapeá, 09 de abril de 2018

Assinatura do Declarante:

Luiz Silveira Ribeiro

12 ABR. 2018

MARIA ANUNCIADA RIBEIRO DA SILVA
AV. ANTONIO JUSTINO, 123 - NOVA STABIA
SAPE / PB CEP: 58200-000 (AO: 51)

Emissão: 07/02/2018 Referência: Fev/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO R-230 Km-25 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-690
Roteiro: 5 - 51 - 85 - 1320 Nº medidor: 00001288878

Energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.180/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001 810.559
Cód. para Dts: Automático: 00000413174

Acesso: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083.0196

Conta referente a

Fev / 2018

Apresentação

07/02/2018

Data prevista da

próxima leitura

12/03/2018

CNPJ: 09.095.180/0001-40

UC (Unidade Consumidora)

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada por nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista. Não esqueça a fazer o zinho. Dê um banho de sabão.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde.

TERM: 00000431 AGENTE: 700060 AUTE: 32416
COBAN: 053242 LOJA: 0002 PDV: 0000431
23/02/2018 BANCO DO BRASIL 14:04:26
062524202 CORRESPONDENTE BANCARIO 1453

COMPROVANTE PAGAMENTO COM CDD.BARRA

CONVENIO: ENERGISA PARAIBA

8361000001 14140054000 00613172018
02000051815
NR. DOCUMENTO 20.431
NR. CONVENIO 82.867 X
DATA DO PAGAMENTO 23-02-2018
VLR DO PAGAMENTO 114,14
NR.AUTENTICACAO E.55F.E80.877.A82.F35

Anterior		Atual	
Data	Leitura	Data	Leitura
12/01/18	15307	07/02/18	18090

Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor
0801 Consumo até 200Wh-BR	30,005	0,28424	8,53
0801 Consumo - 21 a 1.200Wh-BR	70,000	0,43543	30,49
0801 Consumo - 101 a 2.200Wh-BR	78,000	0,55373	43,17
0810 Supêr			

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS		Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0803 CONTRIBUIÇÃO ILLA PÚBLICA	42,48	42,48	23	11,47	42,49	0,40	7,21
0804 JUROS DE MORA 01/02/2018	0,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 01/02/2018	0,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0801 DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEAUSANO 02/2018	2,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806 Devolução Subsídio	2,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	79,23	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Controle e Ação do Item - TOTAL

114,14 132,99 34,51 129,99 124 5,87

Nota: Última leitura em 07/02/2018

VENCIMENTO

16/02/2018

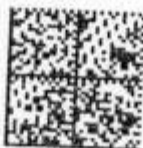
TOTAL A PAGAR

R\$ 114,14

Histórico de Consumo (Wh)											
184	190	184	220	172	172	180	184	184	184	184	184
Fev/17	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18

114 132 34 129 124 5 87

12 ABR. 2018



CTC RECIFE PE JPA PLS
JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
CASA BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

00306676

DATA DE VENCIMENTO: 10/11/16 - DATA DE POSTAGEM 01/11/16



7216210573115120000003944130011116

Atendimento Claro - Ligue 1052
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaclaro

Número do seu Claro
83 99190 0986

Período de Uso
de 24/09/2016 a 23/10/2016

Vencimento
10/11/2016

Total a Pagar
R\$ 60,84

12 ABR. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA,
RG nº _____, data de expedição 1/1,
Órgão _____, portador do CPF nº 788.966.304-87 com
domicílio na cidade de SAPÉ, no Estado de
PARAÍBA, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
R. URBANO GUEDES, nº 419,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LUIS SILVINO RIBEIRO, cujo o condutor era

LUIS SILVINO RIBEIRO
Veículo: SUNDOWN / WEB 300
Modelo: 2007
Ano: 2006
Placa: MOS-6748/PB
Chassi: 94J3XFBH67M033564
Data do Acidente:
Local e Data: SAPÉ 09.04.2016

Maria Aparecida Maximo de Paiva
Assinatura do Declarante

Luis Silvano Ribeiro

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

Feliciano da Silva
Rua Dom. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Capim
Paráíba - CEP: 58340-000 Fone/Fax: (83) 3283-2341
Syrvelina Lúcia M. Feliciano da Silva
Tabelião Substituto
Marie de Lourdes Castro Gusmão
Escriturante
Ar. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (83) 3283-2341/9315-3165
CEP 58340-000 - Sapé - PB

CARTÓRIO ÚNICO
Syrvelina Lúcia M. Feliciano da Silva
Tabelião Substituto
Marie de Lourdes Castro Gusmão
Escriturante
Ar. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (83) 3283-2341/9315-3165
CEP 58340-000 - Sapé - PB

CF Serviço Notarial e Registral
Maria Aparecida Maximo de Paiva
Em test. da verdade. Sapé - PB 03/04/2016 10:38:11
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escriturante
[2016-002834] EMUL: R\$ 89,48 FASEM: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90
SELO DIGITAL: AGR98204-2204
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiipb.vus.br>

DOCUMENTO ORIGINAL

12 ABR. 2016

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: LUIZ SILVINO RIBEIRO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 44	SEXO: masc	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.: 7	LEITO: 125
DATA DE ADMISSÃO: 15/02/2018		DATA DE ALTA: 01/03/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE MALEOLO LATERAL D					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
TRATAMENTO TTO CIRURGICO + ATB					
PRINCIPAIS EXAMES E.F. + RADIOGRÁFICO					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: AINE + ATB + ANALGESICO					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente com história de trauma em TORNOZELO D sendo submetido a tratamento cirúrgico PARA OSTEOSÍNTESE DE MALEOLO LATERAL D evoluindo sem intercorrências. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e antibióticos. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: analgésicos + antibióticos.

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **15** dias para revisão. (DR. JORGE AUGUSTO)

01/03/2018

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

12 ABR. 2018

07

CERTIDÃO

Nº. 0898/2018

Atendendo solicitação de LUIZ SILVINO RIBEIRO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 102818 e Prontuário nº 2018.02.2037, pertencentes ao **mesmo** que foi atendido dia 15/02/2018 às 10h47min, vítima de atropelamento, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/02/2018.

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

João Pessoa, 29 de Junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

25 JUL. 2018



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Edualdo do Silve

Encaminhamento

Pet. cl. psico. repetitivo

3A, 190 x 120 mm

25/03/17

M. do Socorro de L. Santos
Psiquiatra
CRM-PB 7108
Assinatura: 053834185390009

25 JUL. 2018

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Luiz Carlos Reis Data da Admissão: / /

Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:

Nome da Mãe:

Endereço: Bairro:

Cidade: Estado: Fone: Profissão:

Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:

Escolaridade: Data de Nascimento / /

QPD: Dei em tampo (D) após atropelamento

HDA: Pam H após queda de 10m após atropelamento
em tampo (D)

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso Kg em ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros:

Pele:

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: Visão:

AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema Outros:

ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

mmHg

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares:

Rx. Fratura de Músculo Lateral (D)

Hipóteses Diagnósticas:

Fratura de Músculo Lateral (D)
② Fractura em tórax (D)

Conduta:

① Aferir 1º EV 12/12h por 72h
② Exames laboratoriais
③ Fazer Bstg
④ Insuficiência Renal
⑤ Solicitar CCG ⑥ Medicação adequada

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Luiz Roberto Ribeiro				Registro:	
Idade: 44a	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 28/02/18	Cirurgião: Dr. Jorge Augusto			1º Assistente: Tiago R.	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: Dr. Guilherme		Tipo Anestesia: Raqui		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Frat. de melão lateral Direto					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
Omento					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
Ectomia de melão lateral D.					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 () Sim 2 (X) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

25 JUL. 2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DPH sob anestesia.
- ② anestesia + antinevr + gaseamento
- ③ anestesia + antinevr.

Incisão:

- ④ Incisão em região postero-lateral em região de furo de D.

Achados:

- ⑤ fratura de mola lateral D.

Conduta:

- ⑥ Redução aberta + fixação interna de fratura de mola lateral D com placa 7 furos 1/3 tubular + 2 parafusos sob anest.

⑦ Lavagem com soro fisiológico.

Fechamento:

- ⑧ Sutura de fundo epioria por planos
- ⑨ Anastro oclusão com gaze úmida
- ⑩ Tala lata + enq. de antido

OBS:

Data: 25.02.18

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
Médico
CRM 10833-PB
MEDICO/CRM



12 ABR. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
3074357 SSP PB

CPF
076.706.164-07 DATA NASCIMENTO
15/01/1987

FILIAÇÃO
JOSE FELICIANO DA
SILVA
ELIANE DE MELO COSTA

PERMISSÃO
RCC CAT/PA
AB

Nº REGISTRO
03862195795 VALIDADE
22/01/2019 1ª INSCRIÇÃO
13/06/2006

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
23/01/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
Rodrigo Carneiro 34414616525
PB027965120

894087426

8087426

Feliciano da Silva



Serviço Notarial e Registral

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade,
Sape-PB 05/03/2018 16:02:50
Vandilce Cavalcanti de Freitas Santos - Escrevente
(2018-002182) ENU-165 2.37 FATO 1655 0.28 FEB-16 9.4
SELB 016114 : AGO/2018-1140
Confirma a autenticidade no site: <http://selb.digital.tpb.mt.br>

REPUBLICA FEDERATIVA DO
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813688371

14405171580

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20170800013440-8

1 0090594283-3 00/00000000

MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA
RUA URBANO GUEDES 419 CASA
CENTRO
58340000 SAPE-PB

78896630487 78896630487 MOS6748/PB

ANDREIA SILVA VIANA

NOVO PB 94JLXFBH67M033564

PAS/MOTONETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

SUNDOWN/WEB 100 ANO FAB 2006 ANO MOD 2007

2 P/97 /CI CATEGORIA PARTIC PRATA

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : JBH6041614

SAPE-PB LOCAL 08/01/2018

19399 31054

REPUBLICA FEDERATIVA DO
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 013813688371

1 0090594283-3 00/00000000 2017

MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA

78896630487 78896630487 MOS6748/PB

NOVO PB 94JLXFBH67M033564

PAS/MOTONETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

SUNDOWN/WEB 100 ANO FAB 2006 ANO MOD 2007

2 P/97 /CI CATEGORIA PARTIC PRATA

1 P V A COTA UNICA VENC COTA UNICA 1º 2º 3º

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º 2º 3º

SEM RESERVA DE DOMINIO

SAPE-PB LOCAL 08/01/2018

19399 31054

12 ABR. 2018

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.

Número do Sinistro: **3180166150**

Nome do(a) Examinado(a): **LUIZ SILVINO RIBEIRO**

Endereço do(a) Examinado(a):

AV ANTONIO JUSTINO, 182 - NOVA BRASILIA - Sapé - PB - CEP 58340-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1380148**

Data e local do acidente: [**15/02/2018**] **VIA PÚBLICA-SAPÉ-PB**

Data e local do exame: [**29/08/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 09 CM EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO, MARCHA CLAUDICANTE E DISCRETA REDUÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FRATURA DO MALÉOLO LATERAL TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. RECEBEU ALTA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do tornozelo direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% 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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166150 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ SILVINO RIBEIRO **Data do acidente:** 15/02/2018 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166150 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ SILVINO RIBEIRO **Data do acidente:** 15/02/2018 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO, NO MOMENTO. SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO, EM CASO DE CIRURGIA, ENCAMINHAR FOLHAS DE SALA DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO E DE CONTROLE.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM do médico: 52.45228-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166150 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ SILVINO RIBEIRO **Data do acidente:** 15/02/2018 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: A
Resultados terapêuticos: A
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166150

Cidade: Sapé

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ SILVINO RIBEIRO

Data do acidente: 15/02/2018

Seguradora: AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 09 CM EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO, MARCHA CLAUDICANTE E DISCRETA REDUÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166150

Cidade: Sapé

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ SILVINO RIBEIRO

Data do acidente: 15/02/2018

Seguradora: AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 09 CM EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO, MARCHA CLAUDICANTE E DISCRETA REDUÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LUIS SALVINO P. BEIRO, brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão Fine. Publico, CI RG nº
1360146, CPF/MF nº 629.723.404-34, residente e domiciliado(a)
à Rua ANTONIO JUSTINO 182, NOVO BRASIL, Cidade de
Sapo, Estado PB, CEP:
_____, telefone _____.

OUTORGADO: JOSÉ FLAVIO DE MOLA FELICIANO
_____, CNPJ/CPF 07670618407
sob o n.º 3049354, com endereço profissional à
Rua da Antonio Polito Nº 175, Banca, na cidade de
J. Pessoa, Estado do PB,
(83) 988827550

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

Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: LUIS SALVINO RIBEIRO

Em test. da verdade. Sapo-PB 05/04/2018 16:22:58
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
T2018-002953 IDENT: R\$ 49,40 FAPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90
SELO DIGITAL: AGR98431-DNUJ
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tinh.ms.br>

CARTÓRIO UNICO
Servirino Lucia M. Feliciano Sá
Tabelião Substituto
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente

Av. Col. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (83) 3283-2341/3513-3163
C.F.P. 58340-000-Sapo-PB

Sapo, 09 de abril de 2018

Luis Salvo Ribeiro
OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

12 ABR. 2018