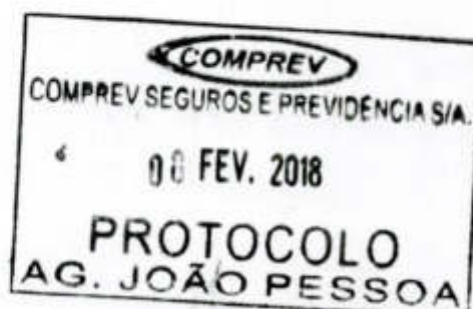


DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO





Seguradora Líder - DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Deuvaldo do Silva

DATA DO ACIDENTE 07/08/2017 CPF DA VITIMA 000.207.124-05

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Travenca de Loureiro

Nº 25 COMPLEMENTO

CIDADE Santa Rita UF PB BAIRRO Vargem Nova

E-MAIL ccf.oliveira@gmail.com TELEFONE (83) 98849-5530

TELEFONE (83) 99413-0753

MARKUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO ~~DOCTE~~ (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) • Deuvaldo do Silva quero que a previdência

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

388888888 / 500000 todos 30 meses

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMAÇÕES DO EXAME REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADOS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTE = R\$ 11.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 5.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 10 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 22.7.42.088/23

ASSINATURA Adilson Neto

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180075942 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DERIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO, PÉ E TORNOZELO DIREITOS

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180075942 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DERIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do maléolo medial (tornozelo direito)

Descrição do exame médico pericial: Paciente chegou deambulando sem auxílio de terceiros e ou muletas, apresenta leve claudicação, apresenta limitação de movimentos no tornozelo direito (flexão dorsal 0-10°, flexão plantar 0-20°, bloqueio de inversão e eversão do tornozelo), diminuição força de tornozelo direito grau 4. Edema crônico no tornozelo e hipersensibilidade local.

Resultados terapêuticos: Paciente submetido a tratamento conservador de fratura no maléolo medial, evoluiu com bolhas e dor crônica no pé e tornozelo. Seguido de claudicação e limitação de movimentos no tornozelo direito.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do tornozelo devido ao edema e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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: Derivaldo da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: Químico de Óleo Nº DO RG: 04554100997
ORGÃO EMISSOR: Detran-PB DATA DE EMISSÃO: 15/10/03
Nº DO CPF: 000.207.124-05 ENDEREÇO: Rua Gonçalves
de Albuquerque, nº 25, Varzea Nova, Santa Rita-PB, Cep 58300-010

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Derivaldo da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa Rita - PB, 06 de fevereiro 2018.

Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autógrafo



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DERIVALDO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180075942**

Vitima: **DERIVALDO DA SILVA**

Data do Acidente: **07/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180075942**.

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 12399303



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DERIVALDO DA SILVA**

Sinistro: **3180075942**

Vítima: **DERIVALDO DA SILVA**

Data do Acidente: **07/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

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 3180075942** 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, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12508696

A/C: DERIVALDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180075942
Vítima: DERIVALDO DA SILVA
Data do Acidente: 07/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

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: **DERIVALDO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000037**

Conta: **000000020265-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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



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, 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

000.207.124-05

Nome completo da vítima

Derivador da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Derivador da Silva		CPF titular da conta 000.207.124-05	Profissão Recuperação de veículos
Endereço Rua Travessa do Loureiro		Número 25	Complemento
Bairro Vozes nova	Cidade Santa Rita	Estado PB	CEP 58300-010
Email ccf.edos@gmail.com		Telefone (DDD) 83-98849-5530	

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

☒ RECURSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ 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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0037 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 00020265 D/V 0 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	

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

Santa Rita, 07 de Janeiro de 2018

Local e Data

Derivador da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01068.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01068.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:12 horas do dia 06 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Derivaldo da Silva**, CPF nº 000.207.124-05, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Queimador, filho(a) de Maria da Conceição da Silva e Não Declarado, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 27/10/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa do Cajueiro, Nº 25, bairro Varzea Nova, tendo como ponto de referência Colégio Multirão, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98816-0218.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Diogo Velho, Por Trás da Caixa D'água, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/17 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 07/08/2017, por volta das 09:00 horas da manhã, quando transitava na AV. Diogo Velho, centro desta Capital PB, no veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: Honda/CG 150/FAN ESI, de cor vermelha, ano e fabricação: 2013, de placa OGD 7604/PB, Chassi nº 9CKC1670DR469065, registrada em nome de: Maria Josinete Rodrigues da Silva, CPF nº 047.826.284-12; QUE segundo o notificante ao chegar no endereço acima citado, levando como passageira a sua esposa: Maria Josinete Rodrigues da Silva, um outro veículo, tipo ônibus, não identificado pelo notificante, e no momento que este veículo (ônibus) fazia o cruzamento o notificante, tentou freiar, mas que não conseguindo colidiu na lateral deste (ônibus), que devido ao impacto, notificante e sua esposa acima citado, vieram a cair, e se lesionando, sendo o notificante socorrido pelo SAMU, conforme declaração, apresentado e sua esposa sendo socorrida por uma viatura do corpo de bombeiros, e levado posteriormente para o hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico apresentado. Não quer representar criminalmente.

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, 06 de fevereiro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


DERIVALDO DA SILVA
Notificante



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

Deuvaldo da Silva

CPF da Vítima

000.207.124-05

Data do Acidente

07/08/2017

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:

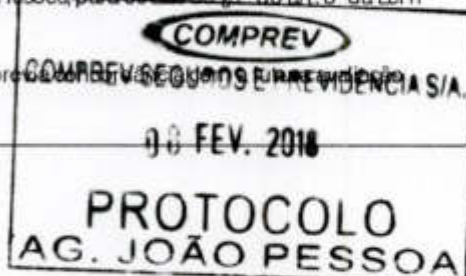
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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 a produção de prova pré-constituída ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



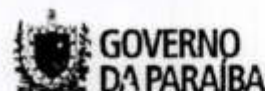
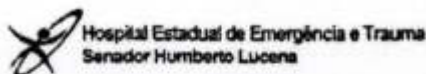
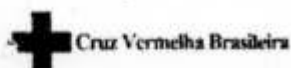
Santa Rita, 07 de Janeiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



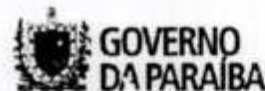
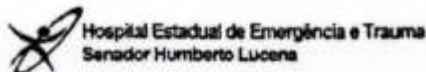
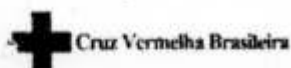
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1018804



Identificação do paciente					
ID 1197754	Nome DERIVALDO DA SILVA			Sexo Masculino	
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40 anos 9 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	Pai NAO INFORMADO				
Escolaridade	Responsável (Parentesco) NATALIA RODRIGUES DA CRUZ - PAI				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 981030268	DDD Fixo	Fone Fixo		
Tipo documento CNH	Número documento 2188916	Nº Cns			
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R			
Endereço					
CEP 58301490	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro SEVERINO LOURENÇO		
Número SN	Complemento RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR			
Admissão					
Data e Hora 07/08/2017 11:03:49	Número da pulseira 1000004189120	Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica				
Classificação de risco	Origem de RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X ONIBUS			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não TOMOGRAFIA		
Meio de transporte SAMU	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	TIPO ... TC p/ D		
			DATA ... 21 8 17		
			HORA ... 16:25		
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					NOME TÉCN. RAD.: 6
ASS.:					
Dados clínicos					
Paciente chegou por acidente de moto, segue com lesões graves segue em cuidados Wendy Liana G. Andrade Enfermeira COREN PB 424561					
Diagnóstico					CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA					Tempo 02min 17seg

OBS: Paciente consciente sem alterações
tra a neurol.



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1018804



Identificação do paciente				
ID 1197754	Nome DERIVALDO DA SILVA	Sexo Masculino		
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40 anos 9 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) NATALIA RODRIGUES DA CRUZ - PAI			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 981030268	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 2188916	Nº Cns		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58301490	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro SEVERINO LOURENÇO	
Número SN	Complemento RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR		
Admissão				
Data e Hora 07/08/2017 11:03:49	Número da pulseira 1000004189120	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica			
Classificação de risco	Origem de RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X ONIBUS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
				ECG []
				Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente chegou por acidente de moto, chegou com ferimentos graves, chegou em estado de choque.				ASS.: Wendy Liana G. Andrade Enfermeira COREN PB 424561
Diagnóstico				CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				Tempo 02min 17seg

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
08 FEV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

TOMOGRAFIA
TIPO ... TC p/c
DATA ... 21/8/17
HORA ... 16:25
NOME TÉCN. RAD.:
ASS.:

OBS: Paciente consciente sem alterações
tra a neurol.

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: 07/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

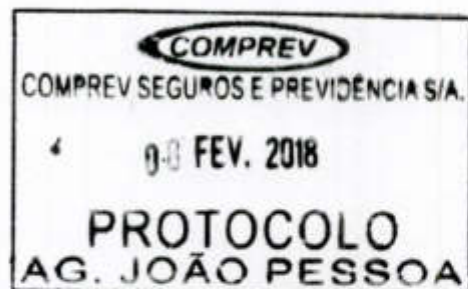
CLIENTE: DERIVALDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000020265-0

Nr. da Autenticação 252783E42BC75F10



BANCO DO BRASIL

001-9 00194 52101 00072 964



CTE RECIFE PE PL7

DERIVALDO SILVA
RUA TRAVESSA DO CAJUEIRO 25
VARZEA NOVA
58300-010 SANTA RITA - PB



Postagem: 28/12/2017

Vencimento: 09/01/2018



721319509260370000000402030281217

Cartão

Cartão de Crédito Oi Mastercard Domesti
Nº 5488 **** * 5368

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 28/01/2018

Pág. 001 de

Vencimento
09/01/2018

> Atenção:

- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de no máximo **R\$ 80,88**. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, nem Crédito Rotativo/Saque.

Valor Total:

R\$ **798,32**

Pagamento mínimo: (1)

R\$ **119,75**

Pagamento parcelado

ENTRADA 7%
+23X 7%

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso eu;
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 79,82 - CET 293,77%a.a.). Se você possui parcelamentos anteriores, a mensalidade que será debitada nesta fatura contém o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse oi.com.br/parcelasufatura - procure um caixa eletrônico ou ligue para o C. Atendimento do Banco do Brasil.

> Total da Fatura

Saldo - R\$

> IOF e Encargos nesta Fatura

798,32

IOF

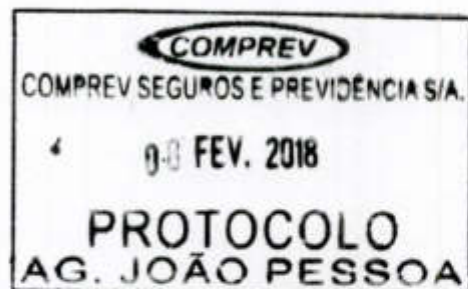
> Encargos Financeiros

Crédito Rotativo

11,89

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão e
Tabela de Tarifas do Banco do Brasil



BANCO DO BRASIL

001-9 00194 52101 00072 964



CTE RECIFE PE PL7

DERIVALDO SILVA
RUA TRAVESSA DO CAJUEIRO 25
VARZEA NOVA
58300-010 SANTA RITA - PB



Postagem: 28/12/2017

Vencimento: 09/01/2018



721319509260370000000402030281217

Cartão

Cartão de Crédito Oi Mastercard Domesti
Nº 5488 **** * 5368

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 28/01/2018

Pág. 001 de

Vencimento
09/01/2018

> Atenção:

- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de no máximo **R\$ 80,88**. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, nem Crédito Rotativo/Saque.

Valor Total:

R\$ **798,32**

Pagamento mínimo: (1)

R\$ **119,75**

Pagamento parcelado

ENTRADA 7%
+23X 7%

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso eu;
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 79,82 - CET 293,77%a.a). Se você possui parcelamentos anteriores, a mensalidade que será debitada nestas contém o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse oi.com.br/parcelasufatura - procure um caixa eletrônico ou ligue para o C. Atendimento do Banco do Brasil.

> Total da Fatura

Saldo - R\$

> IOF e Encargos nesta Fatura

798,32

IOF

> Encargos Financeiros

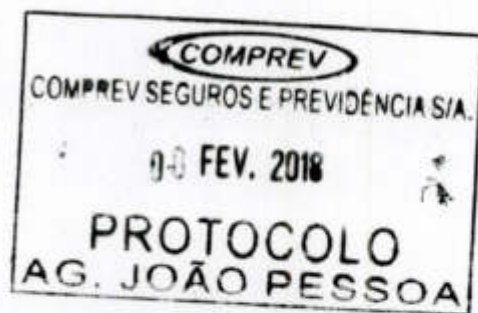
Crédito Rotativo

1
11,89

2
11,89

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão e
Tabela de Tarifas do Banco do Brasil



CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL6 DATA DE POSTAGEM: 06/12/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



7211307021326863401075764530061217

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 04 1111 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

SAC DPVAT 0800 04 1111 ou 0800 221206
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

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/biblioteca/web/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Denaldo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.207.124 / 05 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Denaldo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.207.124 / 05 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Avenida Getulio</u>		Número	<u>172</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>ccf.ades@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83-98849-5530</u>

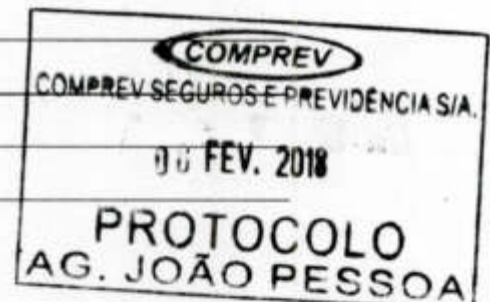
João Pessoa, 07 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Josinete Rodrigues da Silva,
RG nº 2.402.863, data de expedição 13 / 03 / 2008,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 047.826.284-12,
com Domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Freixo do Capim,
nº 25, complemento Vizinha Nova, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
Denivaldo da Silva, cujo o condutor
era Denivaldo da Silva.

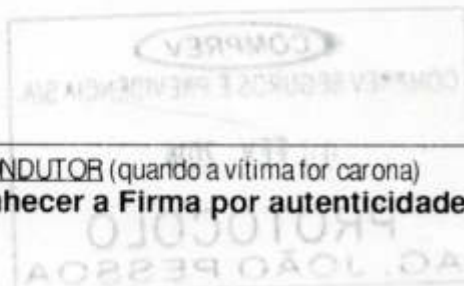
Veículo.....: Motocicleta
Ano.....: 2013
Modelo.....: Honda/CG 150 FAN EST
Placa.....: OGD-1604/PB
Chassi.....: 9C2KC16TODR469065
Data do acidente.: 07/08/2017



Local e data: Santa Rita - PB, 06 de Janeiro de 2018

X Maria Josinete Rodrigues da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

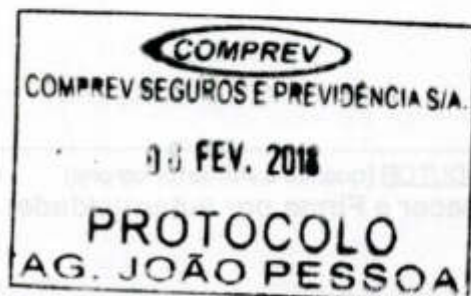


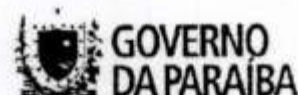
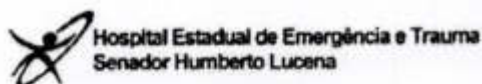
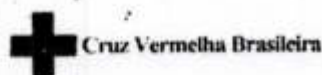
Ofício de Notas e
Registro de Imóveis
Santa Rita - PB



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
MARIA JOSINETE RODRIGUES DA SILVA
Em test. da verdade. Santa Rita-PB 06/02/2018 09:55:28
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente
[2018-000382]EIVOL:R\$ 89,48 FAFEM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AG073084-P26Z
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado





AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente DERIVALDO DA SILVA		BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 981030268
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA				Prontuário
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE	Nº Cons. Regional 4899/PB	
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49			Data/Hora Prescrição 07/08/2017 16:21:24	

Anamnese

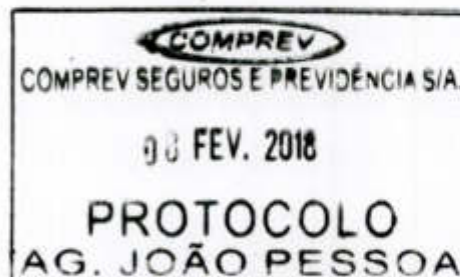
TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE NORMAIS. PANTURRILHA EDEMACIADA, PORÉM SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL. ENCHIMENTO CAPILAR NORMAL. SEM SINAIS DE LESÃO VASCULAR. ALTA DA VASCULAR.

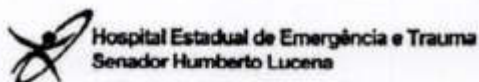
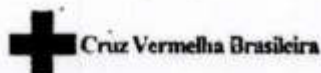
Conduta

Em observação

FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE
(4899/PB)

DERIVALDO DA SILVA





ADMINISTRATIVAS

Endereço: AV. ORESTES LISBOA,, S/N, CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165736

CNES: 454561

Paciente DERIVALDO DA SILVA		BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 981030268
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA				Prontuário
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODRIGO CASTRO DO AMARAL	Nº Cons. Regional 4847/PB	
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49			Data/Hora Prescrição 07/08/2017 15:34:17	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO SOFRENDO TRAUMA NO PÉ DIR. E TORNOZELO DIREITO. APRESENTA DOR E EDEMA IMPORTANTE NO PÉ E TORNOZELO. PERFUSÃO PRESERVADA. RADIOGRAFIAS DO PÉ E TORNOZELO SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO PORÉM DEVIDO AO IMPORTANTE EDEMA SOLICITO TC DO PÉ DIR. - AVALIAR LIS-FRANC E RETROPE

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

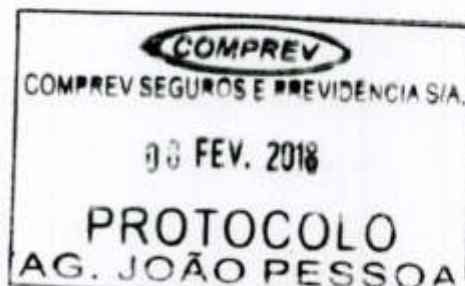
CID10

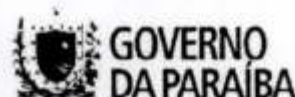
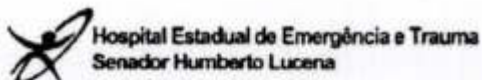
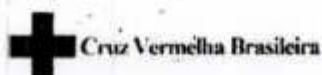
Código	Descrição
S90.3	Contusão de outras partes e partes não especificadas do pé

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4647 / TEOT 8331

RODRIGO CASTRO DO AMARAL
(4847/PB)

DERIVALDO DA SILVA





AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DERIVALDO DA SILVA	BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA			Telefone de Contato (63) 981030268
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCEL SARAIVA BARBOSA	Nº Cons. Regional 6900/PB
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49		Data/Hora Prescrição 07/08/2017 11:33:32	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTA TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO E PERNA DIREITA, REFERE DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MID E OMBRO E. NEGA TCE, TRAUMA TORÁCICO E ABDOMINAL. AOS EXAMES: ECG 15 EDEMA IMPORTANTE EM MID: (PROGRESSÃO PARA SÍNDROME COMPARTIMENTAL?)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V, AGORA, 0.0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 FEV. 2018

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP +LATERAL + AXIAL)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CID10

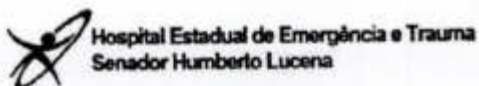
Código	Descrição
M75.4	Síndrome de colisão do ombro

Conduta

Em observação

Dr. Marcel Saraiva Barbosa
Cirurgião Geral
CRM 6900

MARCEL SARAIVA BARBOSA
(6900/PB)



AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente DERIVALDO DA SILVA		BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 981030268
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA				Prontuário
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB	
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49			Data/Hora Prescrição 07/08/2017 13:34:33	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO-CARRO APRESENTA DOR E EDEMA 3+/4+ TORNOZELO E PÉ DIREITOS CD: SOLICITO RADIOGRAFIAS DO PÉ DIREITO E DO TORNOZELO DIREITO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR E EDEMA IMPORTANTE TORNOZELO DIREITO)
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR E EDEMA NO PÉ DIREITO APÓS TRAUMA)

Conduta

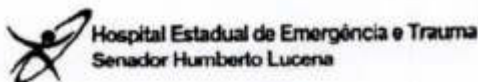
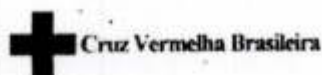
Em observação

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(6902/PB)

DERIVALDO DA SILVA



[Handwritten signatures and initials]



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente DERIVALDO DA SILVA		BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa 2017-08-07 16:48:17.0
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 981030268
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA				Prontuário
Endereço SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA		Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 07/08/2017 16:48:18			Data/Hora Prescrição 07/08/2017 16:48:19	

Anamnese

PACIENTE SUBMETIDO A TC DE TORNOZELO E PÉ EVIDENCIADO FRATURA DO MALEOLO MEDIAL SEM DESVIO CD: TALA BOTA RETORNO NO HTOP. AINES. ALTA DA ORTOPEDIA

PROCEDIMENTO

BOTA TALA

CID10

Código	Descrição
S82.5	Fratura do maléolo medial

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 FEV. 2018

Conduta

Alta médica

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

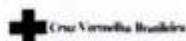
Alta Hospitalar

Usuário LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Data e Hora 07/08/2017 16:48:17
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações FRATURA DO MALEOLO MEDIA SEM DESVIO TALA BOTA ORIENTADO NÃO PISAR RETORNO NO HTOP

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(8637/PB)

DERIVALDO DA SILVA

Por Realizar todo
trabalho



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome DERIVALDO DA SILVA	Data de 27/10/1976	Idade 40	Sexo MASCULINO	Nº 1018804	Nº	Data Prescrição 07/08/2017 11:33:32
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 07/08/2017 11:33:32		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 Solução Fisiológica 0,9%	500.0	ML		E.V.		AGORA		
2 CETOPIROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		AGORA		
3 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	1.0	ML		E.V.		AGORA		
4 PARECER ORTO	0.0							
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR	0.0							

07 de Agosto de 2017

MARCEL SARAIVA BARBOSA
CRM: 0900

Dr. Marcel Saraiva Barbosa
CRM 0900

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Renaud Humberto Lucena



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DERIVALDO DA SILVA		
Data do 27/10/1978	Nº Boletim Emergência 1018804	Prontuário

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA
(DOR E EDEMA IMPORTANTE TORNOZELO DIREITO)
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO
(DOR E EDEMA NO PE DIREITO APÓS TRAUMA)

- AP/P VERDADEIRO

TOMOGRÁFIA		RAIOS-X	
TIPO ...	TE Pê D	TIPO ...	Tomografia-Pê Enq
DATA ...	21/8/11	DATA ...	07/11/2017
HORA ...	16:00h	HORA ...	14:00h
NOME TÊC RAD.		NOME TÊC RAD.	Alcione
ASS.		ASS.	

TC pe- Dir

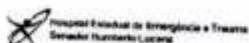
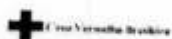
Mauricio Lir-Frml e getr-per

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 48471-TEOT 5331

07 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DERIVALDO DA SILVA		
Data de 27/10/1976	Nº Boletim Emergência 1018804	Prontuário

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + AXIAL)
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ASS.	
HOLOGRAFIA	12.71
HORA	
DATA	07/08/17
TIPO	X-RAIOS

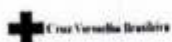
[Handwritten Signature]
Dr. Daniel Sérgio Augusto
CRM 60904

07 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

Se for necessário, preencher este campo para registro e controle de acesso clínico

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
98 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome DERIVALDO DA SILVA		
Data de 27/10/1976	Nº Boletim Emergência 1018804	Prontuário
Material a examinar		
PROCEDIMENTO BOTA TALA		

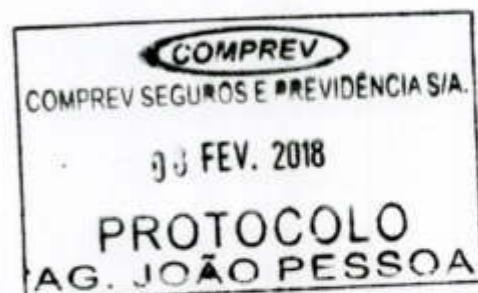


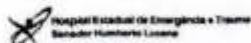
07 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher e enviar anexado para imagem e identificação através eletrônica

1018804





REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DERIVALDO DA SILVA		
Data de 27/10/1976	Nº Boletim Emergência 1018804	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO		

Dr. Rodrigo Castro de Amorim
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PP 4847 / TEOT 8331

07 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) Colar o nome do paciente para imagem e microfilm, anotar o número

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

RADIOGRAFIA PERNA DIREITA

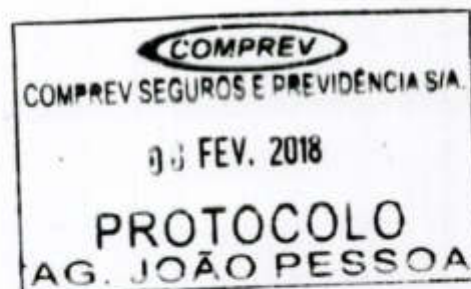
Textura e morfologia óssea conservadas.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Osteófitos marginais.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:31

Thiago C. C. Modesto
Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

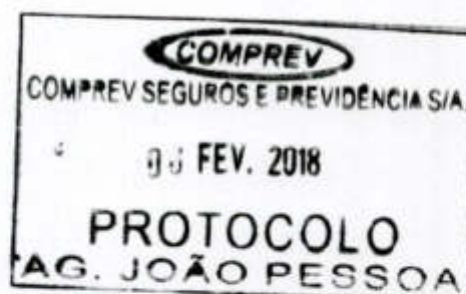
Textura e morfologia óssea conservadas.

Osteófitos marginais.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:32.

Thiago C. C. Modesto

Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

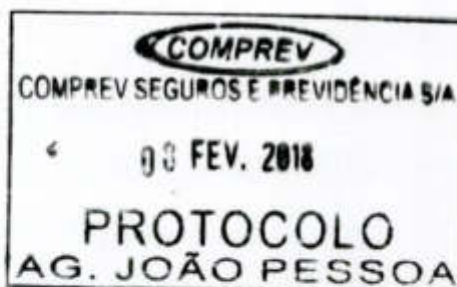
RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

Não há evidências de fraturas com desalinhamentos significativos.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:35.

Thiago C. C. Modesto

Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem sinais de fraturas desalinhadas significativas.

Campos pulmonares com transparência preservada.

Seios costofrênicos livres.

Mediastino centrado.

Área cardíaca de configuração anatômica.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:36.

Thiago C. C. Modesto
Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

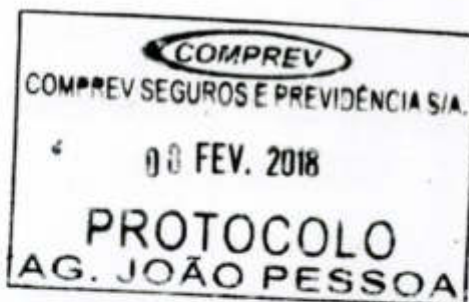
RADIOGRAFIA OMBRO ESQUERDO

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

Não há sinais de traços de fratura com desalinhamento significativo.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:36.

Dr. Thiago C. C. Modesto

Dr. Thiago C. C. Modesto
CRM: 5710- PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000695133

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar

Análise:

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Sinais de fratura do maléolo medial, sem desalinhamento ósseo.

Espaços articulares conservados.

Não há aumento significativo do líquido intra-articular.

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

Sinais de edema do tecido subcutâneo.

Sinais de entesopatia calcanea.

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 07/08/2017 16:30.

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694723

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Idade: 40 anos

Data: 07/08/2017

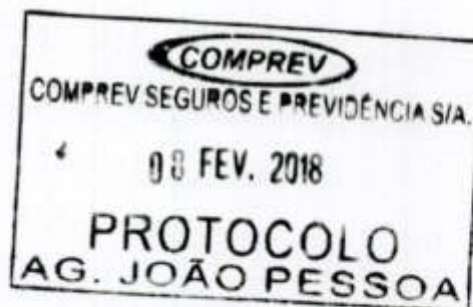
RADIOGRAFIA TORNOZELO DIREITO

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

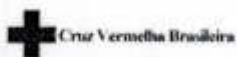
Espaços articulares sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 16:37.

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Idade 40

Data: 07/08/2017 16:46:35

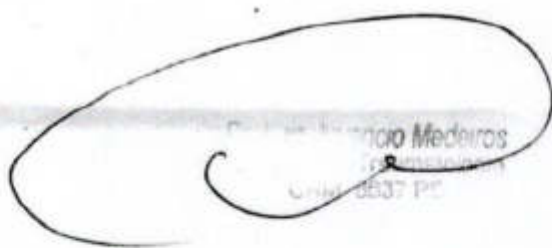
Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

BAE: 1018804

1- FLANCOX 400MG-----01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR 05 DIAS.


Dr. Juvencio Medeiros
8637/PB

Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
8637/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Receituário Médico



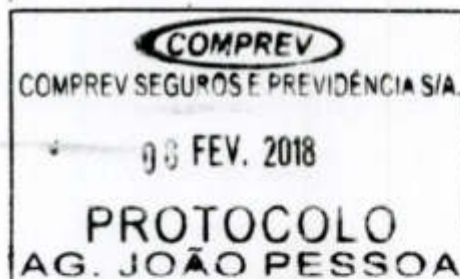
Renaldo do Silva.

Via oral.

Cetalexina 500mg — 28cp.

Tomar 1cp. 6/6h.

7 dias.



Data:

29/08/17

Dr. Alisson R.F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6913 / CBO 36211016
SBCT 12814 17606

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



Receituário Médico



Dirivaldo de Silva.

Uso Tópico

- Óleo de Girsanol. Pl curativa
- Clorhexidina degemante.
- Sabon anti-séptico.

Data: 10/01/17

Dr. Alisson F.F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PS 6813 / CRM-PE 17606
SBOT 281

Médico - CRM





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

DERIVALDO DA SILVA

CNH

2188916

FOI ATENDIDO (A) POR **LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAM**

DO (A) **HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**

NO DIA **07/08/2017 16:46:49**, NECESSITANDO DE **30** - **TRINTA**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: PACIENTE SOLICITOU QUE NÃO FOSSE ADICIONADO AO ATESTADO O(S) CID(S);

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

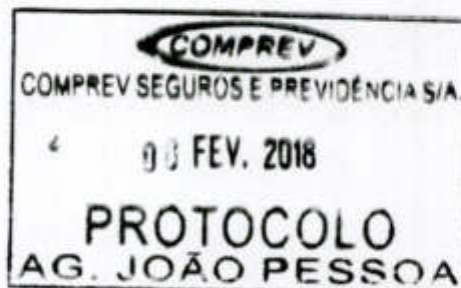
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO

(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84,
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE **10** A **15** DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(8437/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Romualdo
de Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 08/08/18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Romão

DIAGNÓSTICO: Fx. melado

PROCEDIMENTO: Medic

5. de...
...

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

03 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
	Onitorcas		
	Wtop		
Assun	orto.		

F(NG).APC.035-1

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 98 FEV. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

RESUMO DE ADMISSÃO E ALTA

NOME: Denivaldo da Silva MATRÍCULA: _____ LEITO: _____

IDADE: 40 SEXO: _____ FONE: _____ CATEGORIA: _____

DATA DA ADMISSÃO: 16/08/17 DATA DA ALTA: 22/08/17 TEMPO DE PERMANÊNCIA: _____

DIAGNOSTICO(S) INICIAL(ES): erisipela bolhosa

DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S): _____

EXAMES REALIZADOS: _____

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: _____

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, COMPLICAÇÕES E PRESCRIÇÕES)

Paciente internado com MSD edemaciado,
ferimento bolhoso, calor e rubor.
Durante internamento houve melhora
do estado geral.
Orientado e eufórico durante a internação.

DESTINO:

ALTA PARA CASA: SIM () NÃO () DATA: _____

Prescrição: Ciprofloxacina, Colagenase

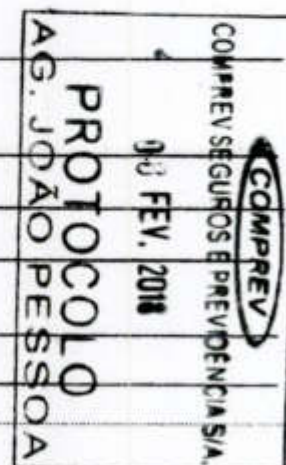
TRANSFERÊNCIA: NÃO () SIM () DATA: _____

LOCAL: _____ MOTIVO: _____

RETORNO: PSF () POLICLÍNICA () HOSPITAL () DATA: _____ HORA: _____

ÓBITO: NÃO () SIM () DATA: _____ DIAGNÓSTICO: _____

DADOS ADICIONAIS: _____



Data: _____

Acadêmico (a) FAMENE

Médico (a)



FUNDAÇÃO GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO
COUTINHO

Hospital e Maternidade Governador Flávio Ribeiro Coutinho

CNPJ Nº 09.433.715/0001-02

Av. Flávio Ribeiro, 202 – Centro – Santa Rita-PB / TEL: 83 – 3229-1039 / FAX 83- 3229-2014 / EMAIL:
fundac@oi.com.br

LAUDO

Aos 16 dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezessete deu entrada neste serviço de saúde o Sr. DERIVALDO DA SILVA, ficando interno para tratamento de saúde, conforme Cid. A46, com melhora no quadro clínico, recebendo alta hospitalar em 22 de agosto do ano de dois mil e dezessete, conforme internação clínica que se encontra em arquivo, nesta instituição hospitalar.

Sub Consulta de Internações por Paciente

Data	Hora	Nº de Atendimento	Clínica	Leito	Médico Resp.	Alta	Médico (Alta)
16/08/2017	09:02:58	1105094	Clínica Médica	Enfermaria 11 - Leito 55	LUCAS	22/08/2017	

Dr. Joelma Pedro da Silva
Médica
CRM/PB 10227

Santa Rita, 19 de outubro de 2017.



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DR. ROMEU A. MENEZES
FUNDAÇÃO GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO COUTINHO
 Pça. Flávio Ribeiro, 202 - Santa Rita - PB - Fone 2291039
 CGC 09.433.715/0001-02

NOME: **DERIVALDO DA SILVA**
 MED. Dr(a)

No. **L-55**
 CONVÊNIO **SUS**

EXAMES REQ: **HEMOGRAMA**

DATA DA COLETA: **17/08/2017**

DATA DA EMISSÃO: **17/08/2017**

HEMOGRAMA

ERITROGRAMA

Hemácias..... **4,810** Milhões
 Hemoglobina..... **13,1** g/dl
 Hematócrito..... **40,9** %
 Volume Globular Médio..... **85,03** %
 Hemoglobina Globular Médio..... **27,23** %
 Conc. Hemoglobina Globular Média..... **32,03** %
 RDW..... **14,5** %

Valores Referenciais

Homem	Mulher
4.5 - 6.1	4.1 - 5.3
12.8 - 17.8	11.6 - 15.6
40.0 - 54.0	36.0 - 48.0
81.0 - 98.0	
26.0 - 34.0	
31.0 - 36.0	
11 - 16 %	

LEUCOGRAMA

Leucócitos..... **9.300** mm³

	Vlr. Relativo	Referência
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	0	1 a 7
Segmentados.....	70	45 a 70
Eosinófilos.....	7	1 a 6
Basófilos.....	0	0 a 3
Linfócitos.....		
Típicos.....	20	21 a 29
Atípicos.....	0	0 a 1
Linfocitóides.....	0	2 a 4
Valor total.....	20	20 a 30
Monócitos.....	3	2 a 10

Adultos 3.600 a 11.000/mm³

Vlr. Absoluto	Referência
0	0
0	0
0	50 a 600
6510	1.500 a 7.000
651	50 a 600
0	0 a 200
1860	1200 a 2080
0	0 a 80
0	120 a 320
1860	1200 a 2400
279	100 a 1.000

PLAQUETAS..... **338,000**/mm³

VR.: 150.000 a 450.000/mm³

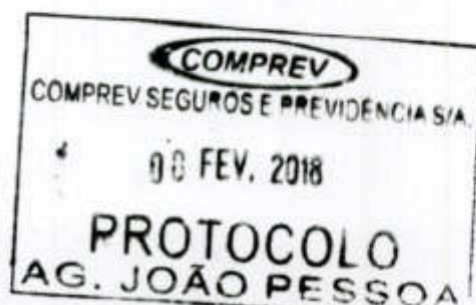
OBS: Hemácias Normocíticas, Normocrômicas.

Claudio Estefânio Araújo de Souza
 CRF-PB 1898

Francisca das Chagas Ribeiro Silva
 CRBM-PE 2999
 BIOMÉDICA

Eclesia de S. Virgíria Souza
 Biomédica
 CRBM 5969

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta entre o resultado e os dados clínicos e epidemiológicos do (a) paciente.



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DR. ROMEU A. MENEZES
FUNÇÃO GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO COUTINHO
Pça. Flávio Ribeiro, 202 - Santa Rita - PB - Fone 2291039
CGC 09 433 715/0001-0 2

NOME:	DERIVALDO DA SILVA	No.	L-55
MED. Dr(a)		CONVÊNIO:	SUS
EXAMES:	GLICEMIA/UREIA/CREATININA	DATA DA COLETA:	17/08/2017
		DATA DA EMISSÃO:	17/08/2017

RESULTADO

GLICOSE:.....	80,0 mg/dL	VR: Neonatal, prematuro = 25-80 mg/dL
Amostra utilizada: soro		Neonatal = 25-80 mg/dL
Método Enzimático		Crianças, adultos = 70-100 mg/dL
UREIA	43,0 mg/dl	VR: 15 a 39 mg/dl
Amostra utilizada: soro		
Método: UV		
CREATININA:.....	1,10 mg/dl	VR: Homens: 0,9 a 1,3 mg/dl
Amostra utilizada: soro		Mulheres: 0,6 a 1,1 mg/dl
Método: Cinética		



Claudio Estefânio Araújo de Souza
CRF-PB 1898

Francisca das Chagas Ribeiro Silva
CRBM-PE 2999
BIOMÉDICA

Eclesia de Oliveira Souza
Biomédica
CRBM 5969

O valor preditivo de qualquer diagnóstico, depende da análise conjunta entre o resultado e os dados clínicos e epidemiológicos do (a) paciente.



COMPREV
COMPREV SEGURIDADE PREVIDENCIA S/A.
90 FEB. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DERIVALDO DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 24/10/76
NOME DA MÃE MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.018.804
Nº PRONTUÁRIO
DATA DO ATENDIMENTO 07/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 11:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL E
CID 10 S 82.5

AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma contuso em ombro E e perna D com edema importante e refere dor e limitação dos movimentos dos membros. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tornozelo e pé D
RX do tórax - AP
RX do ombro E - AP
RX do joelho D - AP e P
RX do pé D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura do maléolo medial D sem desvio à TC e RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado atendimento, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia e da cirurgia Vascular.

ALTA HOSPITALAR: 07/08/17
DATA DA EMISSÃO: 09/01/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **DERIVALDO DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR: **2188916** **SSP** **PB**

CPF: **000.207.124-05** DATA NASCIMENTO: **27/10/1976**

FILIAÇÃO: **MARIA DA CONCEICAO DA SILVA**

PERMISSÃO: **ACB** **ACC** **CAJMA** **ALI**

Nº REGISTRO: **04554100997** VALIDADE: **22/08/2018** 1ª HABILITAÇÃO: **22/01/2009**

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: *Derivaldo da Silva*

LOCAL: **JOAO PESSOA, PB** DATA EMISSÃO: **15/10/2013**

Assinatura do Emissor: *Roberto Carneiro*

61158943050
PB026984903

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
881344797

PROIBIDO PLASTIFICAR
881344797

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

6 08 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n.º 8.986/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto

AB

OBSERVAÇÕES



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

00 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO 22742

NOME
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO.

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

RG
3.148.027 - SSP/PB

CPI
007.854.384-99

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO

VIA EXPEDIDO EM
01 07/05/2016

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013746866153
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - IDENTIFIC. EXERCÍCIO
1 0054710685-8 00/00000000 2017

NOME
MARIA JOSINETE RODRIGUES DA SILVA

CPF/CNPJ PLACA
04782628412 9CD7604/PB

PLACA ANT./UF CHASSI
NOVO PB 9C2KC1670DR469065

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG 150 FAN ESI 2013 2013

CAP./POT./CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1*

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
***** 0 2* 3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 21/04/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA
SANTA RITA-PB 24/08/2017

41947 7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013746866153 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 24/08/2017

VIA - CPF/CNPJ PLACA
1 04782628412 9CD7604/PB

RENAVAM - MARCA / MODELO
00547106858 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB CAT. TÍP. Nº CHASSI
2013 9 9C2KC1670DR469065

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 27/04/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

7003781-1602452-20170824

ACQ-2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

**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): **DERIVALDO DA SILVA** Sinistro: **3180075942** Data: **07/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA TRAVESSA DO CAJUEIRO, 25 - VARZEA NOVA - Santa Rita - PB - CEP 58300010**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **2188916**

Data local do exame: [**05/03/2018**] **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 do maléolo medial (tornozelo direito). Paciente chegou deambulando sem auxílio de terceiros e ou muletas, apresenta leve claudicação, apresenta limitação de movimentos no tornozelo direito e hipersensibilidade local.

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.
Paciente submetido a tratamento conservador de fratura no maléolo medial, evoluiu com bolhas e dor crônica no pé e tornozelo. Seguido de claudicação e limitação de movimentos no tornozelo direito.

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.

Paciente apresenta limitação de movimentos no tornozelo direito (flexão dorsal 0-10°, flexão plantar 0-20°, bloqueio de inversão e eversão do tornozelo) claudicação leve, diminuição força de tornozelo direito grau 4. Edema crônico no tornozelo e hipersensibilidade local.

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):
Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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.

