

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE
Nº Sinistro: 3180515839
Vitima: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE
Data do Acidente: 22/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GERLANDO PEREIRA DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180515839**.

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

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE

Nº Sinistro: 3180515839

Vitima: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE

Data do Acidente: 22/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERLANDO PEREIRA DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180515839**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE

Sinistro: 3180515839

Vítima: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE

Data do Acidente: 22/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERLANDO PEREIRA DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180515839** 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180515839 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
ANDRADE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍTESE FIXAÇÃO EXTERNA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

EVIDENCIAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA EM 12.825,00 MEMBRO INFERIOR DIREITO POR PROCESSO JUDICIAL. CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	065.951.394-30	Anderson W. Pliam M. de Andrade

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Anderson W. Pliam M. de Andrade	065.951.394-30	Aux. de Segurança
Endereço	Número	Complemento
Rua Dinege Lameiras M. Tavares	52	
Bairro	Estado	CEP
Mangabeira	PI	58055-410
Email	Telefone (DDD)	
felipe.699@gmail.com	(83) 99855-2442	

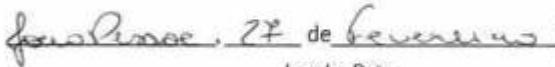
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. 3487	D/V _____	CONTA NRO. 00000853	AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

Local e Data
Local e Data
Local e Data


Anderson W. Pliam M. de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA: L. FLAVIO/1481252	DATA/HORA: 22/08/2017 06:00
--	--------------------------------

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

JOAO PESSOA/PB

BR: 230	KM: 25.0	SENTO: Decrescente
------------	-------------	--------------------

DESCRITIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

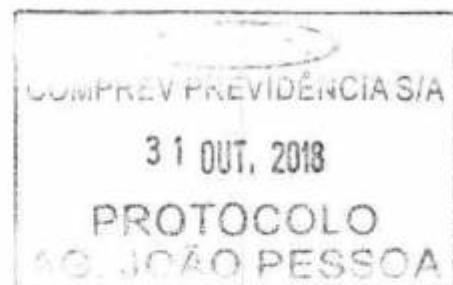
FASE DO DIA: Amanhecer	CONDICAO METEOROLOGICA: Garoa/Chuvisco	
TIPO DE VIA: Principal	TIPO DE PISTA: Múltipla	CONDICAO DE PISTA: Molhada
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto	ESTRUTURA VIARIA: Aclive	
LOCALIDADE URBANIZADA: Sim	EXISTENCIA DE ACOSTAMENTO: Não	EXISTENCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Não

IMAGEM PANORAMICA - SENTIDO CRESCENTE | IMAGEM PANORAMICA - SENTIDO DECRESCENTE

IMAGEM DO LOCAL | IMAGEM DESCRIPTIVA DO LOCAL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

Faixas Central e direita interditadas provocando intenso congestionamento por mais de 2km





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO:

17066319B01

STATUS:

Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OEU3484	MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN ES	ANO FABRICAÇÃO: 2012
SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta		
CHASSI: 9C2JC4120CR548896	RENAVAM: 00461704455	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

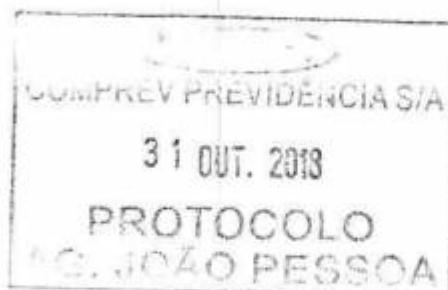
NOME DO PROPRIETÁRIO: MARIA GENILDA DA SILVA	CPF/CNPJ: 738.786.854-91
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: R JOSE L SANTOS 163 CASA	NUMERO: 00163
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: OGC9099	MARCA/MODELO: I/CHEV TRACKER LTZ AT	ANO FABRICAÇÃO: 2013
-------------------	-------------------	--	-------------------------

SITUAÇÃO:
Tracionador

CHASSI: 3GNCJ8EW5EL111697	RENAVAM: 00585269149	PAÍS: BRASIL
------------------------------	-------------------------	-----------------

ESPECIE: Misto	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Outras
-------------------	--------------------------	---

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Estava parado devido a um acidente anterior.

NOME DO PROPRIETÁRIO: GUSTAVO GOMES MARQUES	CPF/CNPJ: 048.219.564-97
--	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: AV MARIA ROSA 1165 AP 1101	NUMERO: 01165
---	------------------

COMPLEMENTO: AP 1101	BAIRRO:
-------------------------	---------

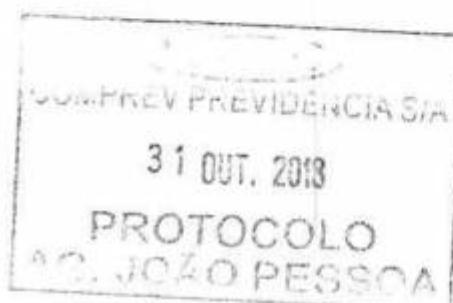
MUNICÍPIO/UF:

JOAO PESSOA/PB

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:	EN VOLVIMENTO:	
V1 / OEU3484 / HONDA/CG 125 FAN ES	Condutor	
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE	065.951.394-30	08/08/1986
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
		Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
	RITA DE CASSIA COSTA MIRANDA DE ANDRADE	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
R. Bolívia, 87, cidade verde	87
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
	Mangabeira

MUNICÍPIO/UF:

JOAO PESSOA/PB

TELEFONE:	EMAIL:
987545124	

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO:	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA:
Habilitação Nacional		AB
MOTORISTA PROFISSIONAL:	Nº DO REGISTRO:	UF:
Não	04670833427	PB

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:	VALIDADE DA CNH:
17/06/2009	24/09/2019

OBSERVAÇÕES DA CNH:

99

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
Lesões Graves	NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
Sim	NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMÉTRO FOI POSSÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:
Não		Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

Estava na maca da ambulância com fratura exposta na perna recebendo tratamento.

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:
Não	Não

Encaminhamento

MOTIVO:	TIPO DE RECEPTOR:
Socorro médico	SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Socorrido para o hospital de trauma.

31 OUT. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

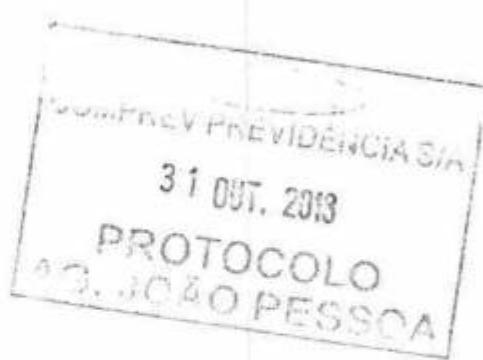
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF L. FLAVIO, MATRÍCULA 1481252

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 22/08/2017 13:14

NÚMERO DE CONTROLE: CB1506AF271394519CE59AD8D18B62

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17066319B01

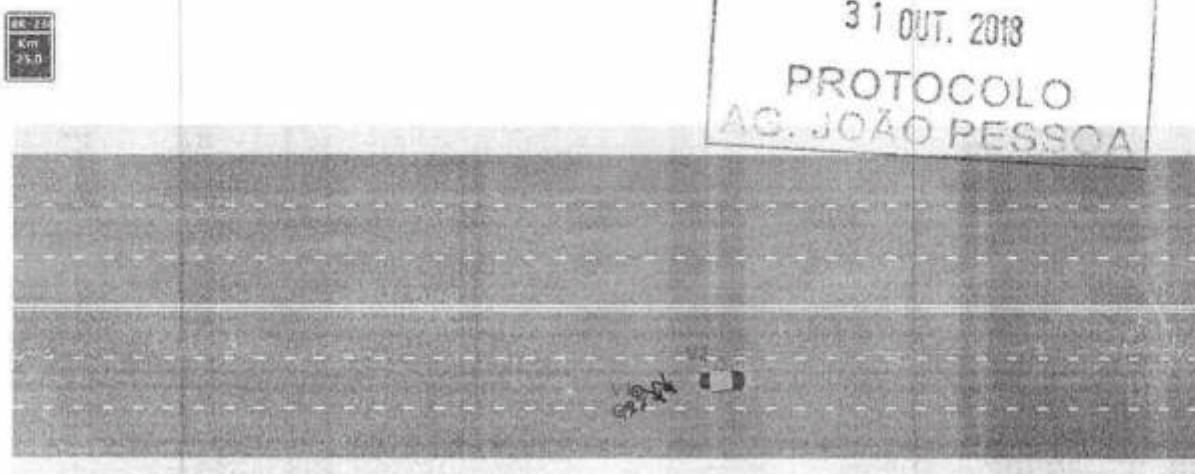
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

Croqui



Bayeux

João Pessoa

Narrativa

No dia 22/08/2017, às 06:00 hs, a equipe PRF foi acionada pela ciop PRF para atender um acidente ocorrido na BR 230, km 25, no município de João Pessoa/PB. A equipe chegou ao local às 06:20hs, encontrando os veículos e as corpos em sua posição de repouso, o local foi preservado. Uma equipe do SAMU (viatura USB 07 condutor Guedes) já estava no local socorrendo as duas vítimas. A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação, porém estava molhada pela chuva fina. As condições ambientais eram desfavoráveis, céu claro, mas com sinais de ter havido precipitação pluviométrica no momento do acidente e a luz do sol incidia contra a direção do sentido do acidente. O acidente, uma colisão traseira, envolveu o veículo HONDA/CG 125 FAN ES de placas OEU-3484/PB, doravante denominado V1, e o veículo I/CHEV TRACKER LTZ AT de placas OGC-9099/PB, doravante denominado V2. O acidente vitimou gravemente o sr. Anderson Willians Miranda de Andrade, CPF 065.951.394-30 (condutor do V1), o qual sofreu uma fratura exposta no membro inferior esquerdo. Também saiu vitimado, com lesões leves, Davison Santiago Miranda de Andrade (passageiro do V1, filho do condutor). O acidente ocorreu quando V2 estava no sentido Bayeux - João Pessoa, sentido decrescente, parado na via, pois à sua frente havia uma imobilização causada por um acidente anterior, em seguida o V1 foi impactado em sua traseira direita esquerda por V2, o qual não conseguiu parar à tempo, vindo a causar o acidente. Com o impacto, os ocupantes caíram no pavimento sofrendo lesões. O croqui fornece uma representação esquemática do evento. O condutor do V2 foi submetido ao teste de alcoolemia, etilômetro, com resultado 0,00mg/l de ar. Não foram encontrados outros sinais/vestígios de ingestão de qualquer substância psicoativa. Não foi possível realizar amarração no local em virtude do tráfego intenso e risco iminente de outro acidente.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OEU3484 / HONDA/CG 125 FAN ES

NOME:

Davison Santiago Miranda de Andrade

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

00

ESTADO CIVIL:

CPF:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

Ssp

NOME DA MÃE:

EN VOLVIMENTO:

Passageiro

DATA DE NASCIMENTO:

19/12/2006

SEXO:

Masculino

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

NUMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:

TELEFONE:

EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Leves

USAVA CAPACETE:

Sim

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

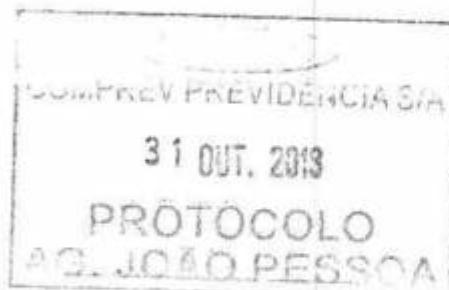
TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Socorrido para o hospital de Trauma .

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / OGC9099 / I/CHEV TRACKER LTZ AT		EN VOLVIMENTO: Condutor
NO ME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
GUSTAVO GOMES MARQUES	048.219.564-97	22/12/1982
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
		Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
	MARIA DE FATIMA GOMES MARQUES	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO:	NÚMERO:	
AVENIDA MARIA ROSA	1165	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
AP 1101	MANAIRA	
MUNICÍPIO/UF:		
JOAO PESSOA/PB		
TELEFONE:	EMAIL:	
999114082		
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO:	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA:
Habilitação Nacional		B
MOTORISTA PROFISSIONAL:	Nº DO REGISTRO:	UF:
Não	01930996322	PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:	VALIDADE DA CNH:	
17/08/2001	20/06/2021	
OBSERVAÇÕES DA CNH:		
A		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
Illeso	Sim	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
NÃO APLICÁVEL	NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:
Sim	0.0 mg/L	Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISIVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:	
Não	Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

SOCIETY FOR EXPLORATIONISTS 51

31 OCT 2013

PROTOCOLO

9. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OEU3484 / HONDA/CG 125 FAN ES

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

L. FLAVIO/1481252

NUMERO DO BAT:

17066319B01

DATA/HORA:

22/08/2017 06:00

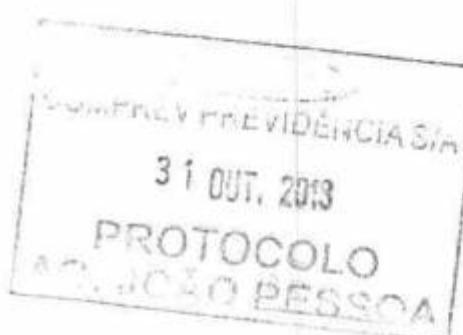
Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17066319B01

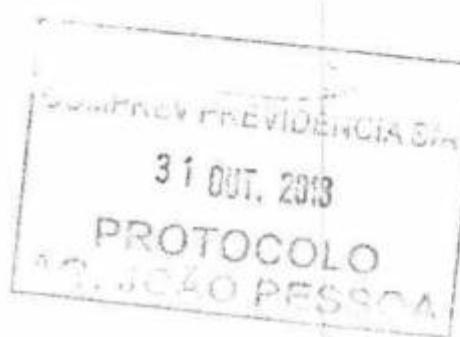
STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)

IMAGEM DA TRASEIRA (V1)

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / OGC9099 / I/CHEV TRACKER LTZ AT

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

L. FLAVIO/1481252

NUMERO DO BAT:

17066319B01

DATA/HORA:

22/08/2017 06:00

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita	X		
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

1

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

COMPRA PREVIDÊNCIA SIM

31 OUT. 2013

PROTOCOLO
L. FLAVIO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF L. FLAVIO, MATRÍCULA 1481252

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 22/08/2017 13:14

NÚMERO DE CONTROLE: CB1506AF271394519CE59AD8D18B62

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 11 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17066319B01

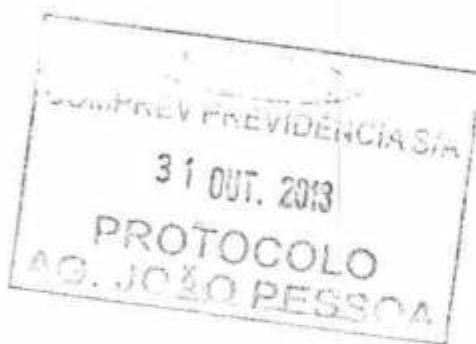
STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)

IMAGEM DA TRASEIRA (V2)

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



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

Anderson W. P. Andrade

CPF da Vítima

065.951.394-30

Data do Acidente

22/08/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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.

Local e Data



X. Anderson Williams M. de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
CEP 58053-900
João Pessoa - PB

VALDE DECLARAÇÃO

ATENDIMENTO MÉDICO ESTATUTÁRIO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 709/041, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1798553, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE idade 31 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 22/08/2017, na BR 230, nas proximidades do Almeidão, Bairro: Geisel - João Pessoa - aproximadamente às 06:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

LANÇADO

João Pessoa, 15 de Setembro de 2017.

SAME
SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 00000000853-1

Nr. da Autenticação D919A31CA015E78B



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO MATRÍCULA
883832
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

OUT/2018

RITA COSTA FERREIRA
RUA DINEZA C MONTEIRO, 52 - MANGABEIRA JOAO PESSOA
PB 58055- 710

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Baixos	Comuns	Altos	Público	
001.081.330.0278.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y18F092143	10/04/2018	ARD LAC	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
109	127	18	30		25/11/2018	
HIST. CONS./ANAL. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
SET/2018	15	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES				
AGO/2018	19	TURBIDEZ	0	0	0	
JUL/2018	25	CLORO	0	0	0	
JUN/2018	29	COL.TERMOT	0	0	0	
MAI/2018	19	COR	0	0	0	
ABR/2018	16	COL.TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M3)	19	DADOS REFERENTES A: AGO/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 25/10/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 08:26:13
DESCRICAÇÃO	CONSUMO TOTAL (R\$)
AQUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3 37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	8 M3 39,12
ESGOTO	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
ATE 10 M3 - 30,33 POR UNIDADE	10 M3 30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	8 M3 31,28

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 12,82 PIS E CONFINS.LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	13/11/2018	Total a Pagar:	R\$ 138,64
-------------	------------	----------------	------------

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL
	TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS:	
"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"	

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
883832	OUT/2018	13/11/2018	R\$ 138,64

82630000001 3 38640010001 5 00088383201 6 10201890003 9



31 OUT. 2013
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

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 IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

³ Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Genivaldo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.014.944 / 86, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Audrenan William Muniz da Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.951.394 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura lluvial de 3 da Vítima Audrenan William Muniz da Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.951.394 / 30, 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 sancção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número		Complemento
<i>Rua Domingos Salomão</i>	122		<i>Ap 103/BLA</i>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<i>Gramame</i>	<i>João Pessoa</i>	<i>PB</i>	<i>58067-215</i>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<i>gabriel699@gmail.com</i>	(83) 99141-0354	99661-1341	

José Pessoa, 10 de Maio
Local e Data

Local e Data

Justo Pires de S. L. S.
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE
DATA DE NASCIMENTO	08/08/86
NOME DA MÃE	RITA DE CÁSSIA COSTA MIRANDA DE ANDRADE

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.022.203
DATA DO ATENDIMENTO	22/08/17
HORA DO ATENDIMENTO	07:34
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA
CID 10	S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando ferimento contuso em perna esquerda. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de tibia esquerda. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, para tratamento cirúrgico, conforme pontuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna esquerda

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de diáfise de tibia esquerda.

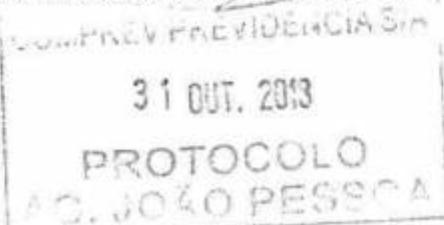
TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, para tratamento cirúrgico, conforme pontuação.

ALTA HOSPITALAR:	22/08/17
DATA DA EMISSÃO:	01/02/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1022203

**Identificação do paciente**

ID 1202673	Nome: ANDERSON WILIAMS MIRANDA DE ANDRADE			Sexo Masculino
Data de nascimento 08/08/1986	Idade 31 anos 14 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe RITA DE CASSIA MIRANDA DE ANDRADE				Pai NAO INFORMADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987545124	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crs.		
Local de procedência BR 230				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
Endereço				
CEP 58083617	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BOLÍVIA	
Número 67	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS		
Admissão				
Data e Hora 22/08/2017 07:34:40	Número da pulseira 1000006193415	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Pete seguido por audiente de moto
que caiu para aX | Pé já machado
pés | Pé machado

Wellington
Carvalho
Andrade
Atendente
083-987545124

Diagnóstico

Atendido por
IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDOTempo
31seg

Imprimir PREVIDÊNCIA SIM

31 OUT. 2013

PROTÓCOLO
n.º 0. JOÃO PESSOA



Guia de Encaminhamento Externo

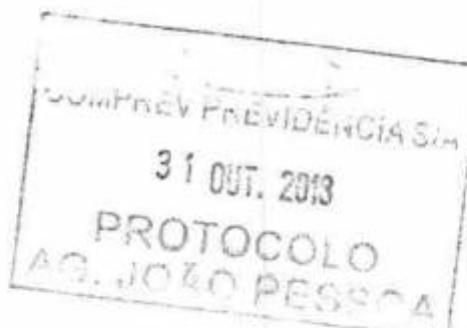
Dados do paciente

Nome ANDERSON WILIAMS MIRANDA DE ANDRADE						CNS		Prontuário
Data de Nascimento 08/08/1986	Idade 31A 14D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura	
Nome da Mãe RITA DE CASSIA MIRANDA DE ANDRADE				Nome da Pai NAO INFORMADO				
Endereço BOLÍVIA				Bairro INDÚSTRIAS			Cep 58083617	
Município JOÃO PESSOA - PB				Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 987545124		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262		Telefone (83) 32165700		

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares PACIENTE VITIMADE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUI COM FERIMENTO EM PERNAS ESQUERDA. RADIOGRAFIA: EVIDÊNCIA DE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA CONDUTA: REALIZADO ANTIBIOTICO PROFILAXIA ENCAMINHO CONFORME PACTUAÇÃO		
CID S82.2	Data de encaminhamento 22/08/2017 09:00:59	

Assinatura e carimbo do profissional





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

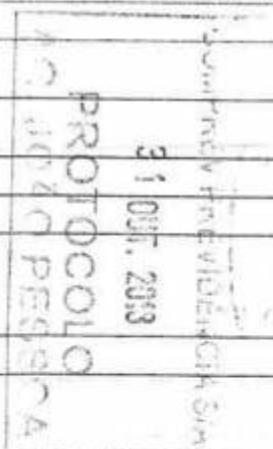
Paciente ANDERSON WILIAMS MIRANDA DE ANDRADE		BAE 1022203	Data/Hora Entrada 22/08/2017 07:34:40
Data de nascimento 08/08/1986	idade 31	Sexo Masculino	CNS
Mãe RITA DE CASSIA MIRANDA DE ANDRADE			
Endereço BOLÍVIA, 87		Bairro INDÚSTRIAS	Município JOÃO PESSOA
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
Data/Hora Classificação 22/08/2017 09:00:59		Data/Hora Prescrição 22/08/2017 09:01:00	

Anamnese

RADIOGRAFIA EVIDÊNCIA FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA CONDUTA: ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

CID10

Código	Descrição
S82.2	Fratura da diáfise da tíbia



Conduta

Alta com encaminhamento externo

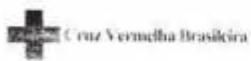
Alta Hospitalar

Usuário

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE
ARRUDA CAMARAData e Hora
22/08/2017 09:00:59

Motivo de Alta

Observações



Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome ANDERSON WILIAMS MIRANDA DE ANDRADE		
Data de 08/08/1986	Nº Boletim Emergência 1022203	Prontuario
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA		
		

22 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher cópias separadas para imagem e laboratório/analises clínicas

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome ANDERSON WILIAMS MIRANDA DE ANDRADE	Data de 08/08/1986	Idade 31	Sexo MASCULINO
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor		Posto de Trabalho

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. inf.	Posologia	Orientações
1 CEFALOTINA 1G	2.0	G		E.V.	I	8/6H	

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA

CRM: 8637

CONSULTE A PRÉ-VIDÊNCIA S/N



 Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AREA VERMELHA

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

Tell

CNES: 6121221

Paciente ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE		BAE 1022203	Data/Hora Entrada 22/08/2017 07:34:40
Data de nascimento 08/08/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS
Mãe RITA DE CASSIA MIRANDA DE ANDRADE			
Endereço BOLÍVIA, 87		Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional OLGA MARIA SANTANA LACERDA M
Data/Hora Classificação 22/08/2017 07:34:40		Data/Hora Prescrição 22/08/2017 07:40:17	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO CARRO-MOTO, REFERE USO DE CAPACETE, QUEIXA DE DOR CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO. NEGA VÔMITO OU DESMAIO, NEGA CERVICALGIA OU LOMBALGIA. TORAX E ABDOME SEM ALTERAÇÕES. ESQUERDA. CD. SOLICITO RADIOGRAFIA + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA + LIBERO DA CIR GERAL.

MEDICACÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + 100 ML SF 0,9%)

CUIDADOS

SOLICITACÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNAS

01626220
CRH-BK-1221 CIR-1221



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB
Tel:
CNES: 6121221

Paciente ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE		BAE 1022203	Data/Hora Entrada 22/08/2017 07:34:40
Data de nascimento 08/08/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS
Mãe RITA DE CASSIA MIRANDA DE ANDRADE			
Endereço BOLÍVIA, 87		Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMA
Data/Hora Classificação 22/08/2017 07:34:40		Data/Hora Prescrição 22/08/2017 07:44:52	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR E FERIMENTO EM Perna Esquerda. AO EXAME FÍSICO: EVIDÊNCIA DE ENCAMINHO CONFORME A PACTUAÇÃO AO TRAUMINHA.

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)

CID10

Código	Descrição
S82.2	Fratura da diáfise da tibia

Conduta

Em observação

W
07.2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

54

CERTIDÃO

Nº. 1672/2017

Atendendo solicitação de ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº54894 e prontuário de nº2017.08.3334 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 22/08/2017 às 10H41min, vítima de colisão de carro x moto, apresentando trauma em perna esquerda.

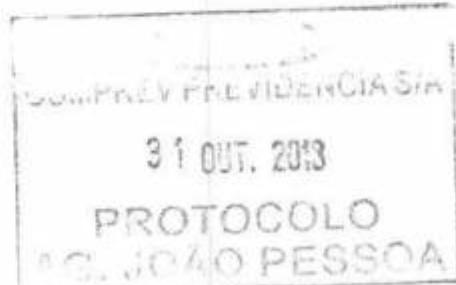
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tíbia esquerda. Realizado cirurgia dia 22/08/2017 e alta médica dia 31/08/2017.

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

João Pessoa, 28 de outubro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: ()

Ficha Nr: 54894

Atd: Nao Regulado

Data: 22/08/2017

Hora: 10:41:57

Repcionista: ANA CARLA LYRA DOS SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE
CNS: 700006130689408 Sexo: M IDENTIDADE: 3116271 Fone: 988740348
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/08/1986 Id: 31 ano(s)
End.: RUA ESTUDANTE FABIO JOSE DE SOUZA SANTOS, 258 ENDERECHO DA MAE (NAO SOUBE INFORMAR END. DC
Bairro: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: RITA DE CASSIA COSTA MIRANDA DE ANDRADE Pai: MAYERBER WILLIAMS DE ANDRADE
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AUXILIAR DE COZINHA
INFORMACOES DE ENTRADA •

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.08.003334

ORTOP.

Estado Civil: CASADO(A)

Escolaridade: SEGUNDO GRAU INCOMPLETO

...: O MESMO E MAE ACOMPANHA

Ter. Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Pr. edencia: HOSPITAL HOSP.EMERG. E TRAUMA BR

Transporte utilizado: SAMU. COLISAO MOTOXCARRO, ONDUTOR, AS 6:40HS HOJE

Vitima de acidente por: LOCAL EM CIMA DO VIADUTO DO GEISEL (NOVO)

Vitima de violência por: EM FRENTE AO CARAJAS

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemias: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Cueixa Principal

Vem encaminhado. Dr. HELENISL

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

31 OUT. 2013

PROTÓCOLO
H. JOAO PESSOA

Diagnóstico

Fractura 44/07.0. do punho

Conduta

Reles cura + exames

Prescrição

Horario da medicacao

Ao curto

Dr. J. B. de Lacerda
CRM 111
Traumatologo

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Q	Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					
101					
102					
103					
104					
105					
106					
107					
108					
109					
110					
111					
112					
113					
114					
115					
116					
117					
118					
119					
120					
121					
122					
123					
124					
125					
126					
127					
128					
129					
130					
131					
132					
133					
134					
135					
136					
137					
138					
139					
140					
141					
142					
143					
144					
145					
146					
147					
148					
149					
150					
151					
152					
153					
154					
155					
156					
157					
158					
159					
160					
161					
162					
163					
164					
165					
166					
167					
168					
169					
170					
171					
172					
173					
174					
175					
176					
177					
178					
179					
180					
181					
182					
183					
184					
185					
186					
187					
188					
189					
190					
191					
192					
193					
194					
195					
196					
197					
198					
199					
200					
201					
202					
203					
204					
205					
206					
207					
208					
209					
210					
211					
212					
213					
214					
215					
216					
217					
218					
219					
220					
221					
222					
223					
224					
225					
226					
227					
228					
229					
230					
231					
232					
233					
234					
235					
236					
237					
238					
239					
240					
241					
242					
243					
244					
245					
246					
247					
248					
249					
250					
251					
252					
253					
254					
255					
256					
257					
258					
259					
260					
261					
262					
263					
264					
265					
266					
267					
268					
269					
270					
271					
272					
273					
274					
275					
276					
277					
278					
279					
280					
281					
282					
283					
284					
285					
286					
287					
288					
289					
290					
291					
292					
293					
294					
295					
296					
297					
298					
299					
300					
301					
302					
303					
304					
305					
306					
307					
308					
309					
310					
311					
312					
313					
314					
315					
316					
317					
318					
319					
320					
321					
322					
323					
324					
325					
326					
327					
328					
329					
330					
331					
332					
333					
334					
335					
336					
337					
338					
339					
340					
341					
342					
343					
344					
345					
346					
347					
348					
349					
350					
351					
352					
353					
354					
355					
356					
357					
358					
359					
360					
361					
362					
363					
364					
365					
366					
367					
368					
369					
370					
371					
372					
373					
374					
375					
376					
377					
378					
379					
380					
381					

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PR_E PROCEDIMENTO REALIZADO

--- DESTINO DO PACIENTE

DES DESTINO DE FALLECIMIENTO
[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

 Maria Helena da Silva Santiago
Assistente Responsável As

30

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Audunar William Mrauda de Audunari Data da Admissão: 22/06/17
 Prontuário: _____ Idade: 31a Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

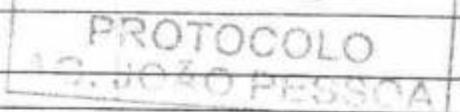
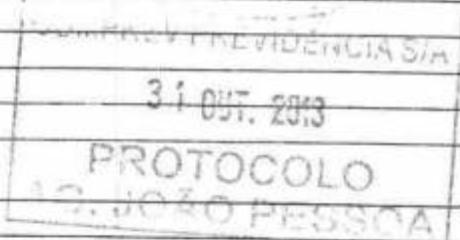
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Queda de moto hoje q ferimento em pena E

HDA: Aliviou a dor de queda de moto hoje amanheciando
fratura exposta de tibia E. Enamurado do trauma.

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 Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
 []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
 []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []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: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]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 + exame endovenoso fáscia

Hipóteses Diagnósticas: Fas. de fibra E (42 A 3)

Conduta: LMC + fixação extrema

Internado p/ antibiótico

S. Pinheiro
M. AB P1 +
Dr. Neuza

Victor

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Anderson William Miranda				Registro:	
Idade: 31a	Sexo: Mas	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 26/08/17	Cirurgião: Dr. Neurael			1º Assistente: Tiago R.	
2º Assistente: Victor R.	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista: Dr. Wagner	Tipo Anestesia: Gáxi			Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Fract. exposta de Tíbia E.

CID

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
Oncor		

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
Limpeza nec. exposta + Fix. extensão de pat. exposta extensão de fr. do lado de pat. exposta de Tíbia E.		

Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim	Descreva:	31 OUT. 2013
		2 () Não		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim		PROTOCOLO
		2 () Não		AG. JOÃO PESSOA
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:				
1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① paciente em DDA sob anestesia
- ② Anepax + anti-espasmo
- ③ aposição de campo estéril

Incisão:

- ④ incisões periferais para fixação de pinos de chaves

Achados:

- ⑤ Frat. exposta de tibia E.

Conduta:

- ⑥ lavagem exuberante de frat. exposta de tibia E com solução fisiológica a 0,9%
- ⑦ desbridamento de tecidos desvitalizados
- ⑧ fixação de fráx. externa com pat. de tibia E.

LAVAGEM PREVIDENCIA S/N

31 OUT. 2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

- ⑨ sutura de pele caucho.

- ⑩ gaze alveolar do crânio ósseo com gaze estéril

- ⑪ bopo de cinturão

OBS:

Dr. Thago Bruno F. Pinheiro

Médico

0011102-3 PB

R1 + R1

MÉDICO/CRM

Neiva

Data: 22/08/17



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Anderson William Miranda</i>		SEXO MASC		PROFISSÃO ESTUDANTE	
ESPECIE CIVIL		DATA DE NASCIMENTO		DATA DE ALTA	
CIVIL		SEXO MASC		PROFISSÃO ESTUDANTE	
CIVIL		DATA DE ALTA		PROFISSÃO ESTUDANTE	
<i>17 exfoliação crônica da Perna.</i>					
PROBLEMA REALIZADO: Realizado limpeza extensiva com desbridamento de tecido desvitalizado e fixação da ferida com fita adesiva.					
ANATOMIA PESQ/EXAMINADA:					
DISPOSIÇÃO DO RESULTADO EXAMINADA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
DISPOSIÇÃO DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	ASPECTO: EVOLUÇÃO TRAMÉTICA CORRELAÇÃO
<i>Dois dias com hiperemia da anexação exfoliante de crônico da Perna com malformação e fibra estéril.</i>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calmar com analgésico.

Fazer pesquisas imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Cetadex 1% +*

DATA: 31/10/2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

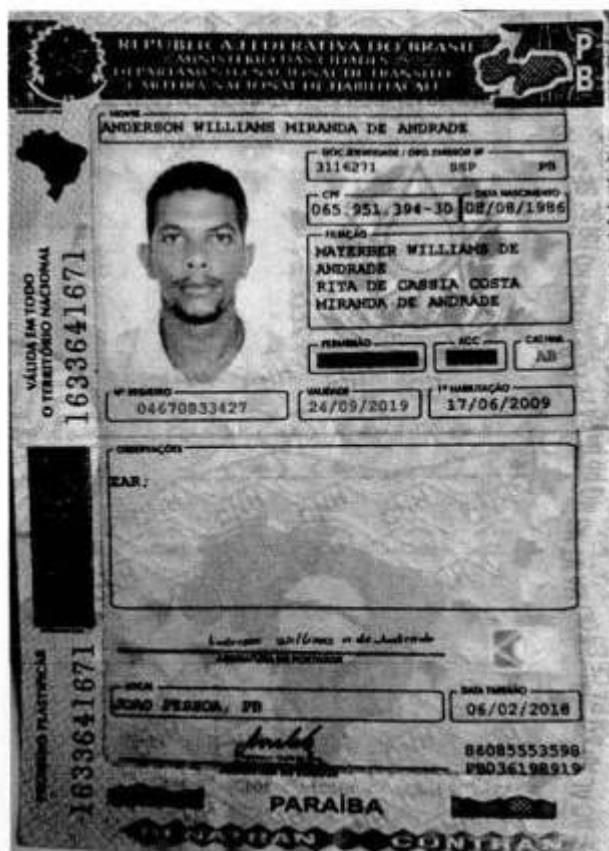
RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

31/10/2013

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

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







**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: **3180515839**

Nome do(a) Examinado(a): **ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE**

Endereço do(a) Examinado(a):

R DINEZA CARNEIRO MONTEIRO, 52 - MANGABEIRA - João Pessoa - PB - CEP 58055-710

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3116271**

Data e local do acidente: [**22/08/2017**] **Viaduto do Geisel- João Pessoa PB**

Data e local do exame: [**05/12/2018**] **João Pessoa [PB]**

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta de tibia esquerda

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

Paciente com marcha claudicante à esquerda , atrofia de panturrilha, cicatriz cirúrgica de terço distal perna esquerda, limitação de movimento tornozelo esquerdo (flexão dorsal 0°, flexão plantar 0-30°), inversão normal, eversão 0-10°. Apresenta deficit de força de membro inferior esquerdo grau 4.

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.

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura exposta de tibia esquerda (feita fixação externa) evoluiu com consolidação de fratura.

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:

Paciente com marcha claudicante à esquerda , atrofia de panturrilha, cicatriz cirúrgica de terço distal perna esquerda, limitação de movimento tornozelo esquerdo (flexão dorsal 0°, flexão plantar 0-30°), inversão normal, eversão 0-10°. Apresenta deficit de força de membro inferior esquerdo grau 4.

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):

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% 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

Região Corporal (Sequela):

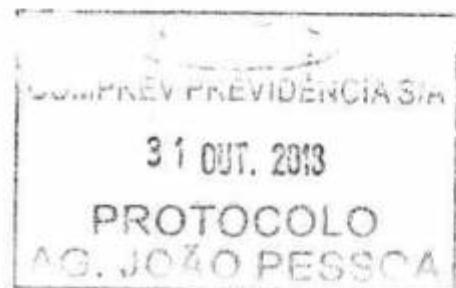
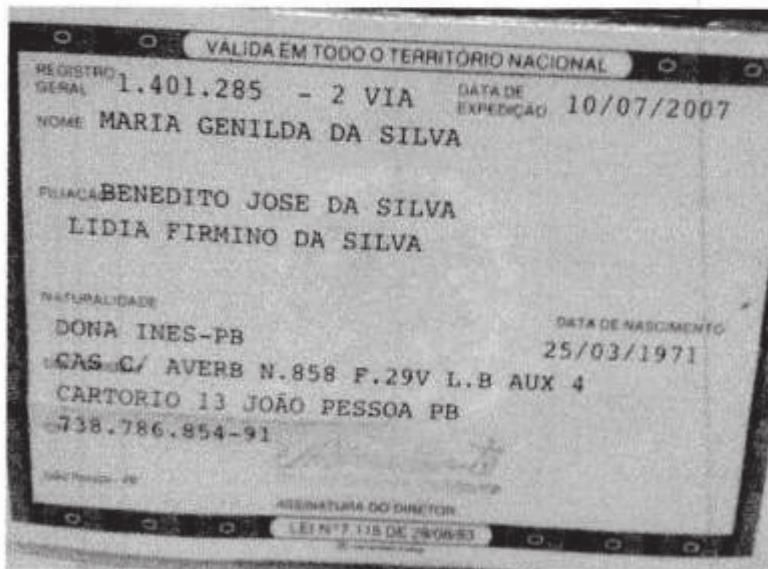
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB

PROPRIETARIA DO VEICULO



PROCURACÃO

OUTORGANTE:

Anderson Williams Miranda de Andrade
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
Mux. na cozinha, CI RG nº 3116741551PB
CPF/MF nº 065.951.394-30, residente e domiciliado(a) à Rua
Pinheiros Caminho Novo, 57 - Mangabeira
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58055-410, telefone
(83) 99855-2942, 99141-0354.

OUTORGADO: Gerlando Pereira da Silva, CPF spb nº 008.014.944-86 e RG sob nº 2455450 SSDS/PB, com endereço cito à Rua: Com. Alfredo Ferreira da Rocha nº 2335, Bairro Mangabeira II na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

João Pessoa, 24 de Fevereiro de 2018.

OUTORGANTE

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA SIA

31 OUT. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tocantins 7 - Bld. Rosângela Vieira Batista - CEP 58020-000
João Pessoa - PB - Brasil - Fone: (83) 3222-1000 - Fax: (83) 3222-1001 - E-mail: agm27604@ddcx.jus.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) fatura(s) de...
ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE

Em test. da verdade. João Pessoa-PB 24/02/2018 13:37:54
Maricleide Alexandre da Silva Moraes FESORTELETE AUTO
[2018-010385]EMOL:R\$ 49,48 FARFEN:R\$ 0,00 FPF:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGM27604-DDCX
Confira a autenticidade em <https://selonotarial.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399469/18

Número do Sinistro: 3180515839

Vítima: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE

CPF: 065.951.394-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/08/2017

Titular do CPF: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/11/2018
Nome: GERLANDO PEREIRA DA SILVA
CPF: 008.014.944-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

GERLANDO PEREIRA DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA