

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

Carta nº 13554644



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

Carta nº 13556694



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 ANDRADE **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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 (OSTEOSSÍNTESE 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. Williams Menezes de Andrade

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Anderson W. Williams Menezes de Andrade		CPF titular da conta 065.951.394-30	Profissão Aux. de limpeza
Endereço Rua Diniza Gomes do Monteiro		Número 52	Complemento
Bairro Mangabeira	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58055-410
Email juba699@gmail.com		Telefone (DDD) (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

- ☒ RECUSO 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)**

AGÊNCIA

NRO.

3487

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

00000853

(Informar dígito se existir)

D/V

1

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

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.

João Pessoa, 27 de fevereiro de 2018

Local e Data

X Anderson Williams M. de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

PROVIDÊNCIA SIM

31 de março de 2018

PROTOCOLADO

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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	SENTIDO: Decrescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:		

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA: Amanhecer	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA: Garoa/Chuvisco	
TIPO DE VIA: Principal	TIPO DE PISTA: Múltipla	CONDIÇÃO DE PISTA: Molhada
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto	ESTRUTURA VIÁRIA: Active	
LOCALIDADE URBANIZADA: Sim	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Não	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Não

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE

IMAGEM DO LOCAL

IMAGEM DESCRITIVA DO LOCAL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
31 OUT. 2018
PROTOCOLO
SG. JOÃO 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 1 de 12



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	PAIS: 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
---	------------------

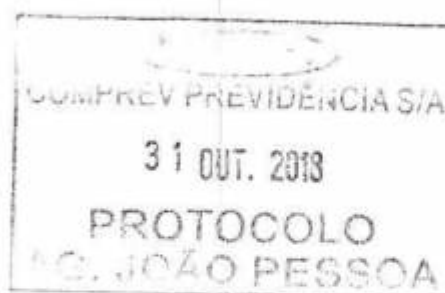
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO:
----------------------	---------

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	TIPO DE VEÍCULO: Camioneta		
CHASSI: 3GNCJ8EW5EL111697	RENAVAM: 00585269149	PAIS: BRASIL	
ESPECIE: Misto	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Outras	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Estava parado devido a um acidente anterior.

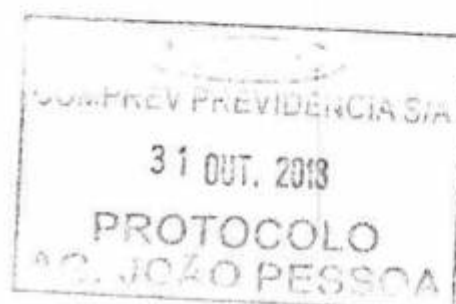
NOME DO PROPRIETÁRIO: GUSTAVO GOMES MARQUES	CPF/CNPJ: 048.219.564-97
--	-----------------------------

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

Dados de Endereço

LOGRADOURO: R. Bolívia, 87, cidade verde	NUMERO: 87
COMPLEMENTO:	BAIRRO: Mangabeira
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
TELEFONE: 987545124	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 04670833427	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 17/06/2009	VALIDADE DA CNH: 24/09/2019	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		

Circunstâncias

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

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

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

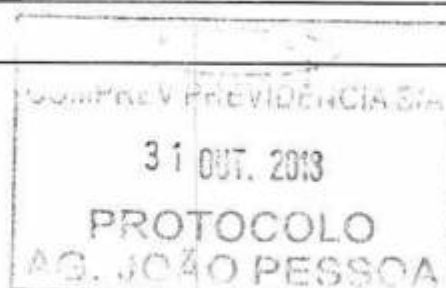
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
--	---

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
----------------------------------	----------------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Socorrido para o hospital de trauma.



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 5 de 12



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



PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
31 OUT. 2013
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



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



PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

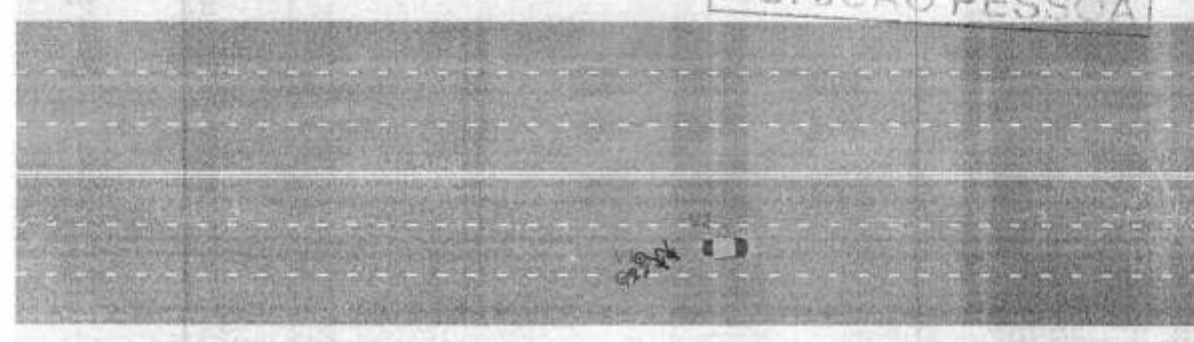
Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

Croqui



COMPREY PREVIDENCIA S/A
31 OUT. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



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

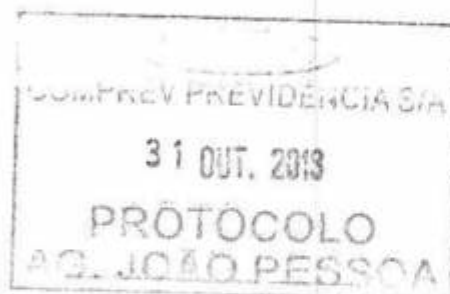


PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OEU3484 / HONDA/CG 125 FAN ES		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: Davison Santiago Miranda de Andrade	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 19/12/2006
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 00	ÓRGÃO EXPEDIDOR: Ssp	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO:		NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
MUNICÍPIO/UF:		
TELEFONE:	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Sim	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		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: GUSTAVO GOMES MARQUES	CPF: 048.219.564-97	DATA DE NASCIMENTO: 22/12/1982
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MAE: MARIA DE FATIMA GOMES MARQUES	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: AVENIDA MARIA ROSA		NÚMERO: 1165
COMPLEMENTO: AP 1101	BAIRRO: MANAIRA	
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB		
TELEFONE: 999114082	EMAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: B
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 01930996322	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 17/08/2001	VALIDADE DA CNH: 20/06/2021	
OBSERVAÇÕES DA CNH: A		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

COMPRÉV PREVIDÊNCIA S/A
31 OUT. 2013
PROTOCOLO
AQ. JOAO 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 8 de 12



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

NUMERO DO BAT:

17066319B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

L. FLAVIO/1481252

DATA/HORA:

22/08/2017 06:00

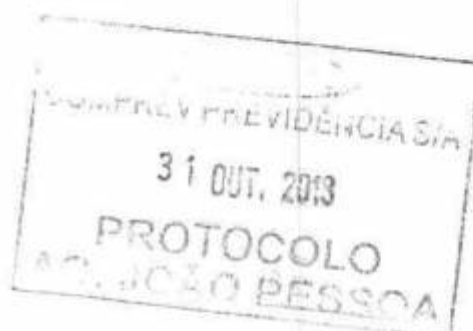
Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (tríciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena



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 9 de 12



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



PROTOCOLO:
17066319B01

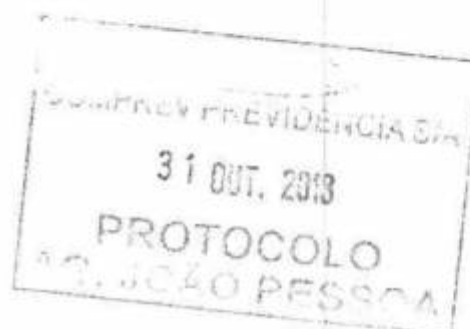
STATUS:
Encerrado

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/MATRICULA 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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

31 OUT. 2013

PROTOCOLO

ACOLHIDA PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF L. FLAVIO, MATRICULA 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 Williams Miranda de Andrade

CPF da Vítima

065.951.394-30

Data do Acidente

22/08/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

João Pessoa, 24 de fevereiro de 2018
Local e Data

X Anderson Williams M. de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

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

DECLARAÇÃO

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.

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: 000000000853-1

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: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

883832

REFERÊNCIA

OUT/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RITA COSTA FERREIRA

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

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.081.330.0278.000		000	Residencial 1	Comercial 0	Industrial 0	Pública 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		PROXIMA LEITURA
109		127	18		30		25/11/2018
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-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		25	COL.TERMOT		0	0	0
MAI/2018		19	COR		0	0	0
ABR/2018		16	COL.TOTAIS		0	0	0
MEDIA(M)		19	DADOS REFERENTES A: AGO/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 25/10/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:26:13

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
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



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA E PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"



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

8263000001 3 38640010001 5 00088383201 6 10201890003 9

PREVIDÊNCIA SIA
31 OUT. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Ronaldo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.014.944 / 86, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Aureliano Wilham Moreira de Azevedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.951.394 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura Luvali 23 da Vítima Aureliano Wilham Moreira de Azevedo, 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 sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Romualdo Rolim</u>		Número <u>122</u>	Complemento <u>Ap 103/BLA</u>
Bairro <u>Guaraná</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58064-215</u>
Email <u>joao699@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99141-0354</u>	Telefone celular (DDD) <u>99661-1341</u>

João Pereira 10 de Maio de 2018
Local e Data

João Ronaldo Pereira da Silva
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 corto-contuso em perna esquerda. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de tibia esquerda. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, para tratamento cirúrgico, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna esquerda

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de diáfise de tibia esquerda.

TRATAMENTO:

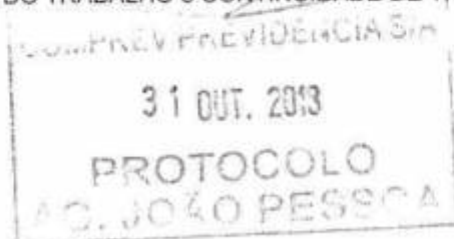
Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, para tratamento cirúrgico, conforme pactuação.

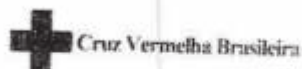
ALTA HOSPITALAR: 22/08/17

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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 Cns		
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

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	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 []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<p>Dados clínicos</p> <p>Pete seguido por acidente de moto segue para AX, seg. acompanhando pessoa. Motociclista</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Aterido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO</p> <p>Tempo 31seg</p>						

Wellington Carlos Andrade
Informática
CPF: 08.024.661

PREVIDÊNCIA SIM
31 OUT. 2013
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA



Guia de Encaminhamento Externo

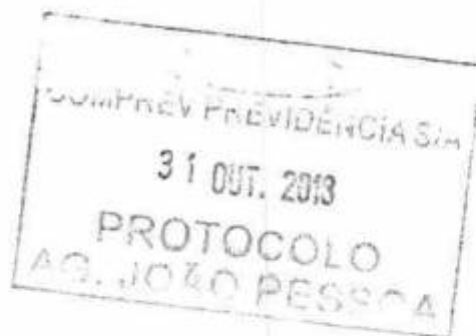
Dados do paciente

Nome ANDERSON WILLIAMS 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 JOAO 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 VITIMADO ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUI COM FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA. RADIOGRAFIA: EVIDÊNCIA DE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA CONDUTA: REALIZADO ANTIBIOTICOPROFILAXIA 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 JOAO 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 tibia

Conduta

Alta com encaminhamento externo

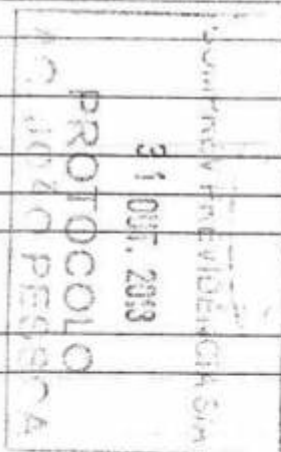
Alta Hospitalar

Usuário
LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA

Data e Hora
22/08/2017 09:00:59

Motivo de Alta

Observações



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

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


RAIOS-X

TIPO ...

DATA ... 22 08 17

HORA ... 14 30

QUANT. RAD ...

ASS: 

COMPREV PREVIDENCIA S/A
31 OUT. 2013
PROTOCOLO



22 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher cópias separadas para imagem e laboratório análises clínicas

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

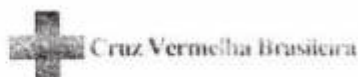
Nome	Data de	Idade	Sexo
ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE	08/08/1986	31	MASCULINO
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA			

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

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

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA
CRM: 8637

COPIA PREVIDÊNCIA SA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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

Paciente ANDERSON WILIAMS MIRANDA DE ANDRADE		BAE 1022203	Data/Hora Entrada 22/08/2017 07:34:40
Data de nascimento 08/08/1985	Idade 31	Sexo Masculino	CNS
Mãe RITA DE CASSIA MIRANDA DE ANDRADE			
Endereço BOLÍVIA, 97		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 AUTOMOBILISTICO 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 ALTERAÇÃO. ESQUERDA. CD: SOLICITO RADIOGRAFIA + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA + LIBERO DA CIR GERAL

MEDICAÇÃO

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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

Olga Lacerda M. S. R.
M. O. 1022203
CRP 1022203



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PE
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
Data/Hora Classificação	22/08/2017 07:34:40				Data/Hora Prescrição	22/08/2017 07:44:52
LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMA						

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 tíbia

Conduta

Em observação

31 OUT. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOAO 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.

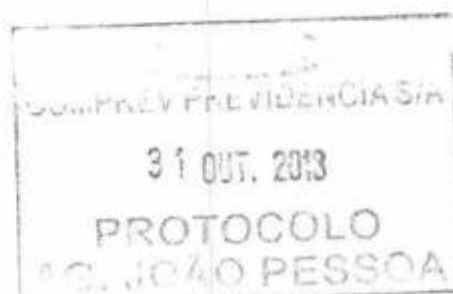
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tíbia esquerda. Realizado cirurgia dia 22/08/2017 e alta medica dia 31/08/2017.

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

João Pessoa, 28 de outubro de 2017

Rosângela 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
Recepcionista: ANA CARLA LYRA DOS SANT
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE Num. de vezes atendido: 1
CNS: 700006130689408 Sexo: M IDENTIDADE: 3116271 Fone: 988740348 Num. Prontuario: 2017.08.003334 **ORTOP**
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/08/1986 Id: 31 ano(s)
End.: RUA ESTUDANTE FABIO JOSE DE SOUZA SANTOS, 258 ENDEREÇO DA MAE (NAO SOUBE INFORMAR END. DO
Bairro: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mãe: RITA DE CASSIA COSTA MIRANDA DE ANDRADE Pai: MAYERBER WILLIAMS DE ANDRADE
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)
Ocupação: AUXILIAR DE COZINHA Escolaridade: SEGUNDO GRAU INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Do.: O MESMO E MAE ACOMPANHA
Mot. Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Precedencia: 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 violencia por: EM FRENTE AO CARAJAS
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: 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 de NEUTRAL

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

31 OUT. 2013

PROTOCOLO

AC. JOAO PESSOA

Diagnostico

Fibrose exp. de pulm

Conduta

Nenhuma com + exames

Prescricao

Do curativo

Horario da medicacao

Verificação de Luciana
CRANIO
Hematologia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Q Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PRC PROCEDIMENTO REALIZADO

DES DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Ass

Assinatura do Paciente/Responsavel

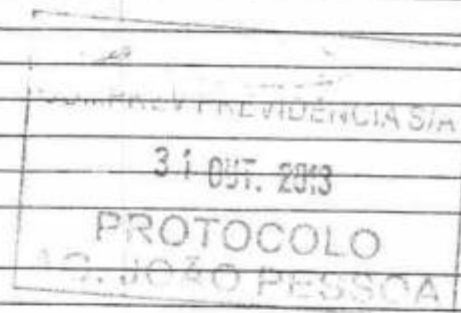
Assinatura e Carimbo do Medico

Maria Helena da Silva Santiago

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: André William Miranda de Andrade Data da Admissão: 22/06/17
 Prontuário: _____ Idade: 33a Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: Queda de moto hoje e fratura supra e
 HDA: Paciente vítima de queda de moto hoje apresentando
fratura supra de tíbia e. Enunciado 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 Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

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

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

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] 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 [] Banho 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 radiológico patológico*

centilímetro

Hipóteses Diagnósticas: *Fract. de tíbia E (42 A 3)*

Conduta: *LMC + fixação externa*

interrupção p/ analgésicos

Dr. Pinheiro
Dr. Pereira
Victor Pinheiro

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Anderson William Miranda				Registro:	
Idade: 31a	Sexo: Male	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 22/08/17	Cirurgião: Dr. Neurael			1º Assistente: Tiago R1	
2º Assistente: Victor R4		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: Dr. Vagner		Tipo Anestesia: Raqui		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Frot. exposta de Tórax E.					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
Onco					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
Limpza nec. cirurgia +					
Fix. externa de fratura externa					
de fto dgo de pat. exposta					
de Tórax E.					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 31 OUT. 2013 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA </div>	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

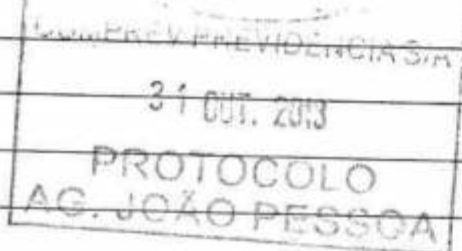
Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDA sob anestesia
- ② Anestesia + antiespasmódico
- ③ aplicação de campos elétricos

Incisão: ④ 4 incisões pontiformes para fixação de pino de cham

Achados: ⑤ Frat. exposta de tíbia E.

Conduta: ⑥ lavagem extensa de fr. exposta de tíbia E com solução fisiológica a 0,9%
 ⑦ Desbridamento de tecidos desvitalizados
 ⑧ Fixação de fixador externo em fr. de tíbia E.



Fechamento: ⑨ sutura de pele e apófis.
 ⑩ gaze estéril sobre o local e curativo com gaze estéril
 ⑪ Oração de controle

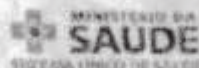
OBS:

Data: 22/08/17

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
 Médico
 CRM 14883 PB

MÉDICO/CRM

R1 - Dr.
 Neural



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Anderson Williams Miranda				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CIÊNCIA	END	CEP

DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA
------------------	--------------	----------------------

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: T+ fratura osso da perna.	CID
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
COMORBIDADES	
PROSTÓTILOS	

PROCEDIMENTO REALIZADO: Realizado limpeza extensiva com desbridamento da ferida desvitalizada e fixação da fratura com fixador externo.

ANOTAÇÃO FISIOLÓGICA	
ORIENTAÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	CUSTA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO RACIOTAXIA	

CONDIÇÃO DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
------------------	-----------	----------	----------	--------	-------

RESUMO CLÍNICO: Evolução: Realizada limpeza extensiva da ferida desvitalizada e fixação da fratura com fixador externo.
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
COMORBIDADES
PROSTÓTILOS

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:

Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor ou vermelhidão, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

Cefalaxina 500mg + Analgésico

RETORNO

Ao posto de saúde em _____

Ao Ambulatório do _____

para retirada de pontos.

em 30 dias para revisão.

31/08/12

DATA

Ass. Médica

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO

TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E INFRA-ESTRUTURA NACIONAL DE TRANSPORTES

ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE

CPF: 3114271 SEP PB

CPF: 065.951.394-10 DATA NASCIMENTO: 08/08/1986

FILIAÇÃO: HAYRER WILLIAMS DE ANDRADE
RITA DE CÁSSIA COSTA MIRANDA DE ANDRADE

PERMISSÃO: ACC: CAENB: AB

Nº REGISTRO: 04670833427 VALIDEZ: 24/09/2019 1ª EMISSÃO: 17/06/2009

OBSERVAÇÕES:

EAR:

Endereço: 31160000-0 de Andrade
Avenida do Brasil

DATA: 06/02/2018

DATA: 06/02/2018

88085553598
P8036198919

PARAIBA

1633641671

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1633641671

1633641671

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES DO PARLAMENTO
COMISSÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOVO
ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE

REG. EMITENTE / ORIG. EMISSOR UF
3116271 SEP PB

CPF
065.951.394-30 DATA NASCIMENTO
08/08/1986

FUNÇÃO
MAYERNER WILLIAMS DE ANDRADE
RITA DE CÁSSIA COSTA MIRANDA DE ANDRADE

PERMANENTE AC - CACAR
AD

UF PROVEDOR 04670833427 VALIDEZ 24/09/2019 1ª HABILITAÇÃO 17/06/2009

OBSERVAÇÕES
REAR:

Assinatura: *João Pessoa*
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
JOÃO PESSOA, PB 06/02/2018

86085553598
PRO36198919

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1633641671

PROVEDOR PLANTÃO
1633641671

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 013748005490

PA 0046170445-5 00/00000000 2017

MARIA GENTILDA DA SILVA

73878685491 OEU3484/PB

NOVO PB 9C2JC4120CR548896

PAS/MOTOCICLETA/HNO APLIC. GASOLINA

HONDA/CG 125 PAN ES 2012 2012

2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

00/00/0000

PREMIO TARIFARIO: SEGURO PAGO 18/08/2017

A.F. BANCO HONDA S.A. AT. OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA - PB 08/09/2017

32280 32221

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748005490 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

2017 08/09/2017

73878685491 OEU3484/PB

00461704455 HONDA/CG 125 PAN ES

2012 9 9C2JC4120CR548896

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO 18/08/2017

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 26.348.646/0001-04

32221-1203234-20170908

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 013748005490

PA 0046170445-5 00/00000000 2017

MARIA GENTILDA DA SILVA

73878685491 OEU3484/PB

NOVO PB 9C2JC4120CR548896

PAS/MOTOCICLETA/HNO APLIC. GASOLINA

HONDA/CG 125 PAN ES 2012 2012

2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

00/00/0000

PREMIO TARIFARIO: SEGURO PAGO 18/08/2017

A.F. BANCO HONDA S.A. AT. OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA - PB 08/09/2017

32280 32221

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748005490 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

2017 08/09/2017

73878685491 OEU3484/PB

00461704455 HONDA/CG 125 PAN ES

2012 9 9C2JC4120CR548896

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO 18/08/2017

SEGURO LIDER - DPVAT

31 OUT. 2017

PROTOCOLO

JOAO 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.

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 cirurgica de terço distal perna esquerda, limitação de movimento tornozelo esquerdo (flexão dorsal 0º, flexão plantar 0-30º), inversão normal, eversão 0-10º. 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?

[☒] 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)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Paciente com marcha claudicante à esquerda , atrofia de panturrilha, cicatriz cirurgica de terço distal perna esquerda, limitação de movimento tornozelo esquerdo (flexão dorsal 0º, flexão plantar 0-30º), inversão normal, eversão 0-10º. 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 (X) 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):

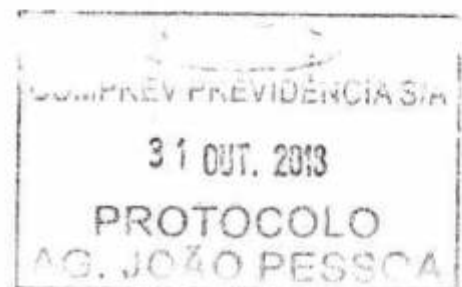
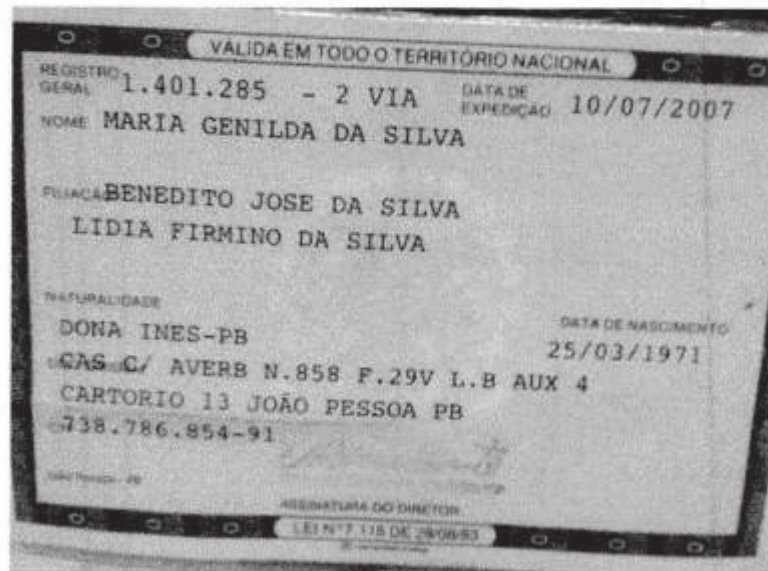
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

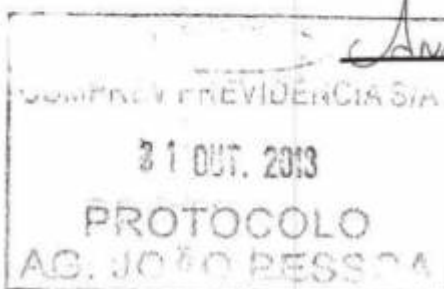
Anderson Williams Miranda de Andrade
 brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Adv. e Eng. Civil, CI RG nº 3116741 SSP/PB,
 CPF/MF nº 065.951.394-30, residente e domiciliado(a) à Rua
Dinêz Carneiro Monteiro, 57 - Mangabeira,
 Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58055-410, telefone
(83) 99855-2442, 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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399469/18

Número do Sinistro: 3180515839

Vítima: ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE AND

CPF: 065.951.394-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDERSON WILLIAMS
MIRANDA DE ANDRADE

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

GERLANDO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA