



Número: **0806178-45.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **14/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE (AUTOR)		JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36202037	03/11/2020 18:24	2761505_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE**

Nº Sinistro: **3180515839**

Vítima: **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

Pag. 01059/01060 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 13554644



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE**
Nº Sinistro: **3180515839**
Vítima: **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

Pag: 00449/00450 - carta_03 - INVALIDEZ

00060225



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: INTERRUÇÃO 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

Pag. 01161/01162 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13643207



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:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 065.951.394-30	Nome completo da vítima 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 Carneiro Monteiro		Número 52	Complemento
Bairro Mangabeira	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58055-410
Email julian699@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

<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	

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 checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	NRO.
Nome	

AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
NRO.		NRO.	
3487		00000853	4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
NRO.		NRO.	
(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.

João Pessoa, 27 de Fevereiro de 2018. PROVIDÊNCIA SIM

Local e Data

31 OUT 2018

PROTCOLO

x Anderson Williams M. de Andrade
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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:		

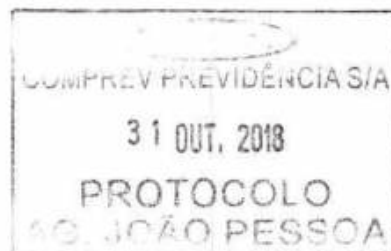
ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

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: Ative	
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



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

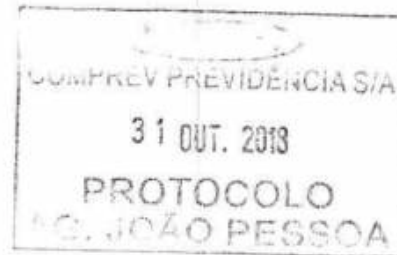


PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL:	PLACA:	MARCA/MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
V1	OEU3484	HONDA/CG 125 FAN ES	2012
SITUAÇÃO:	TIPO DE VEICULO:		
Tracionador	Motocicleta		
CHASSI:	RENAVAM:	PAIS:	
9C2JC4120CR548896	00461704455	BRASIL	
ESPECIE:	CATEGORIA:	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:	
Passageiro	Particular	Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO:		CPF/CNPJ:	
MARIA GENILDA DA SILVA		738.786.854-91	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO:			NUMERO:
R JOSE L SANTOS 163 CASA			00163
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	
CASA			
MUNICÍPIO/UF:			
JOAO PESSOA/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			



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





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

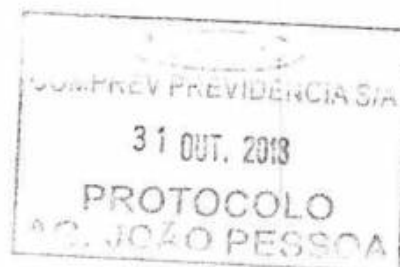


PROTOCOLO:
17066319B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: OGC9099	MARCA/MODELO: I/CHEV TRACKER LTZ AT	ANO FABRICAÇÃO: 2013
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEICULO: 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 PROPRIETARIO: 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:	
MUNICIPIO/UF: JOAO PESSOA/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			



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 4 de 12





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

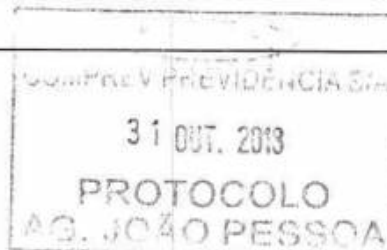


PROTOCOLO:
17066319B01

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:	ORGAO 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	
MUNICIPIO/UF: JOAO PESSOA/PB		
TELEFONE: 987545124	EMAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAIS 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 FISICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÓMETRO FOI POSSIVEL: 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





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
PROCOLO
AC. 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 6 de 12





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



PROTOCOLO:
17066319B01

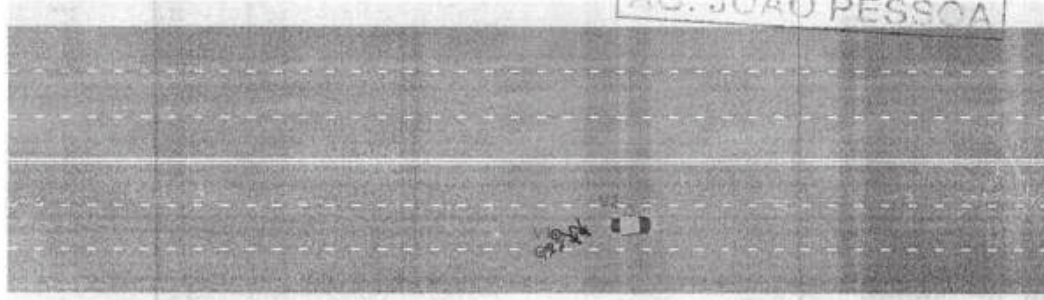
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

Croqui



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.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF L. FLAVIO, MATRÍCULA 1481252

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

NÚMERO DE CONTROLE: CB1508AF271394519CE59AD8D18B62

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

Página 2 de 12





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

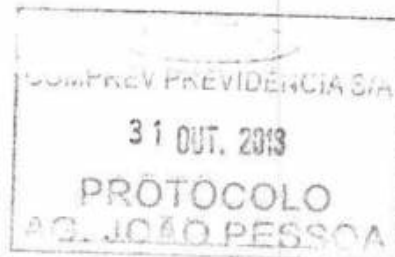


PROTOCOLO:
17066319B01

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	ORGAO EXPEDIDOR: Ssp	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MAE:	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO:	NUMERO:	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
MUNICIPIO/UF:		
TELEFONE:	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FISICO: 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:		



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





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

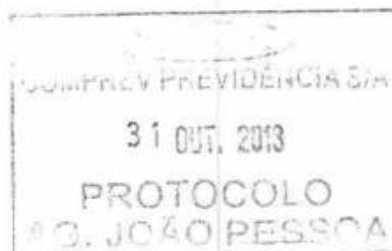


PROTOCOLO:
17066319B01

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:	ORGAO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MAE: MARIA DE FATIMA GOMES MARQUES	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: AVENIDA MARIA ROSA	NUMERO: 1165	
COMPLEMENTO: AP 1101	BAIRRO: MANAIRA	
MUNICIPIO/UF: JOAO PESSOA/PB		
TELEFONE: 999114082	EMAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAIS 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 FISICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSIVEL: 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:		



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





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/MATRICULA 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 (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA): 0	DIMENSÃO DA MONTA: Pequena
------------------------------	-------------------------------

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





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



PROTOCOLO:
17066319B01

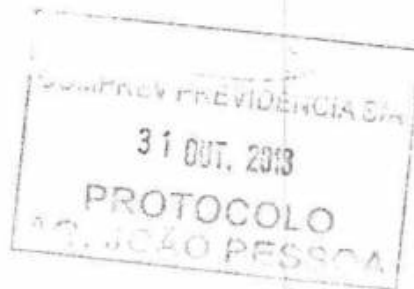
STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)

IMAGEM DA TRASEIRA (V1)

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



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 10 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:

V2 / OGC9099 / I/CHEV TRACKER LTZ AT

NUMERO DO BAT:

17066319B01

NOME/MATRICULA DO AGENTE:

L. FLAVIO/1481252

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

DIMENSAO DA MONTA:

Pequena

COMPREV PREVIDENCIA S/A

31 OUT. 2013

PROTOCOLO

AC. JOÃO 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

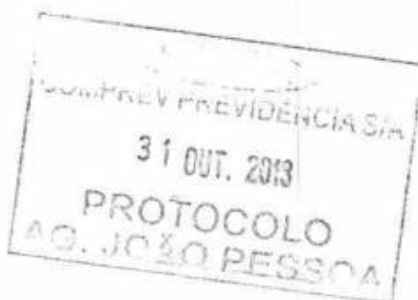
STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)

IMAGEM DA TRASEIRA (V2)

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



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 12 de 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 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 <i>Anderson Williams Miranda de Andrade</i>	CPF da Vítima <i>065.951.394-30</i>	Data do Acidente <i>22/08/2014</i>
--	--	---------------------------------------

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

1 V001/2017



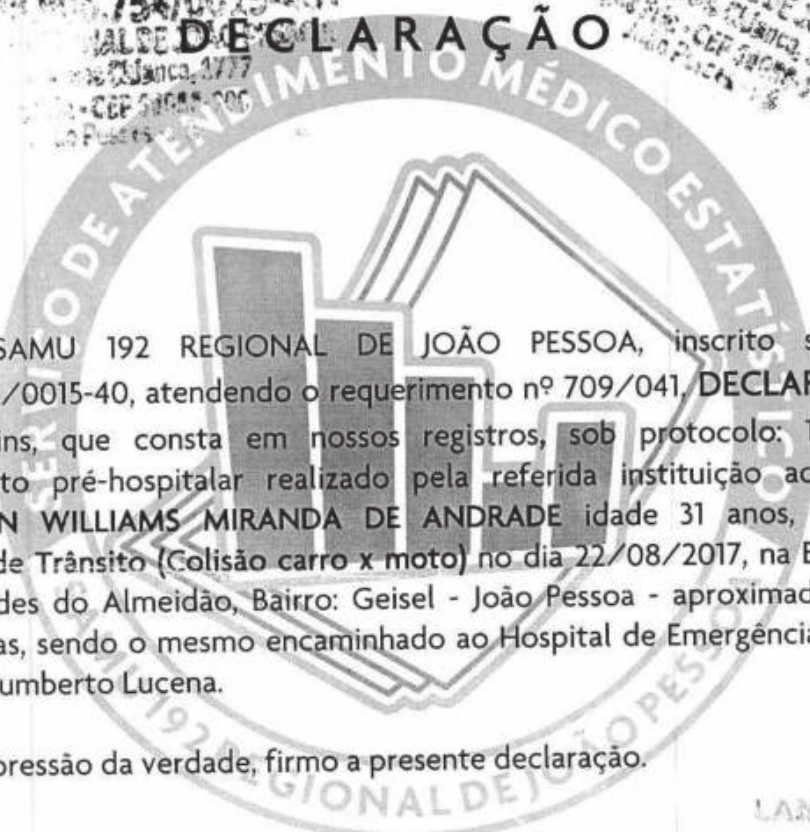


PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
 SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



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

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



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

SAME
 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

31 OUT. 2013
 PROTOCOLO
 A.G. JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
 Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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 PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INTERFONESE Nº
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
		Residencial	Comercial	Industrial	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	PROXIMA LEITURA
109	127	18	30	25/11/2018
HIST. CONS./ANJR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
SET/2018	15	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES		
AGO/2018	19	TURBIDEZ	0	0
JUL/2018	25	CLORO	0	0
JUN/2018	29	COL.TERMOT	0	0
MAI/2018	19	COR	0	0
ABR/2018	16	COL.TOTAIS	0	0
MEDIA(M)	19	DADOS REFERENTES A: AGO/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 25/10/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:26:13

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
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 INFANCIA E PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

PREVIDENCIA SIA
31 OUT. 2013
PROTOCOLO
JOAO PESSOA



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

8263000001 3 38640010001 5 00088383201 6 10201890003 9



**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/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.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Paulo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.014.944 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Auderson William Moreira de Azevedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.951.394 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura Luvaldi de S da Vítima Auderson William 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>172</u>	Complemento <u>Ap 103/34A</u>
Bairro <u>Gramma</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58067-215</u>
Email <u>joao699@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99171-0357</u>	Telefone celular (DDD) <u>99661-1341</u>

João Pessoa, 10 de Maio de 2018
Local e Data

João Paulo 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:

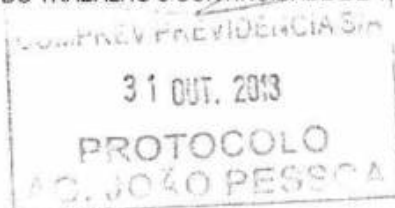
Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, para tratamento cirúrgico, conforme pactuação.

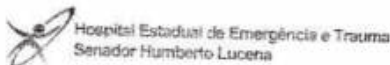
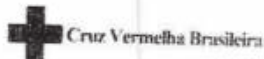
ALTA HOSPITALAR: 22/08/17

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





AV. ORESTES LISBOA, sn - 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		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
Escolaridade	DDD Móvel 83		Fone Móvel 987545124
	Tipo documento	Número documento	DDD Fixo / Fone Fixo
Local de procedência BR 230	Nº Cns		Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB	
Endereço			
CEP 58083617	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BOLÍVIA
Número 47	Complemento		Bairro INDÚSTRIAS
Admissão			
Data e Hora 22/08/2017 07:34:40	Número da pulseira 100006193415	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
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
Méio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA	X	mmHg	Pulso / Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC [] / Líquor [] / ECG [] / Ultrasonografia []
Dados clínicos Pete seguida por acidente de moto aquele trauma de pulso / fratura de metacarpo			
Diagnóstico seguido de			
Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO			Tempo 31seg

PREVIDENCIA S/A
31 OUT. 2013
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA

22/08/2017 07:33





Guia de Encaminhamento Externo

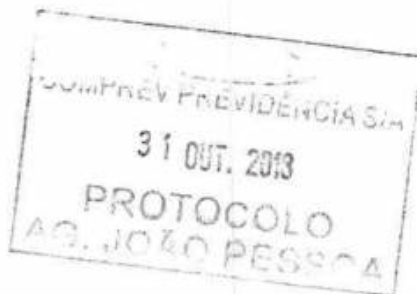
Dados do paciente

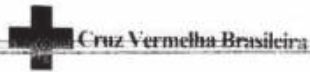
Nome ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE				CNS		Prontuário	
Data de Nascimento 08/08/1986	Idade 31A 14D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe RITA DE CASSIA MIRANDA DE ANDRADE				Nome da Pai NAO INFORMADO			
Endereço BOLÍVA				Bairro INDÚSTRIAS			Cep 58083617
Município JOAO PESSOA - PB				Telefone Residência		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 ENCAMINHAMENTO CONFORME PACTUAÇÃO			
CID S82.2	Data de encaminhamento 22/08/2017 09:00:59		

Assinatura e carimbo do profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - F
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 FACTUAÇÃO

CID10

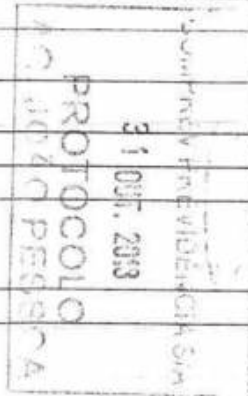
Código	Descrição
S82.2	Fratura da diáfise da tíbia

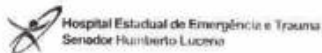
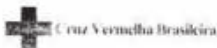
Conduta

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		

31 OUT. 2013
 PROTOCOLO

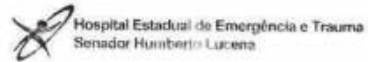
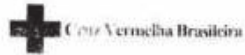
Olga Lucinda Maria
 COORDENADORA GERAL

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

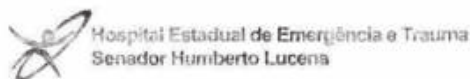
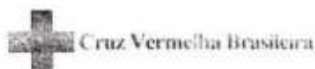
Nome ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE	Data de 08/08/1986	Idade 31	Sexo MASCULINO
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	Posto de Trabalho	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

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

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA
CRM: 8637





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 08/08/1986	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 DOI 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 Maria Santana Lacerda M
Cru - 1022203





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 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 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 D 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. 2018
PROCOLO
AG. JOAO PESSOA





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY



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.

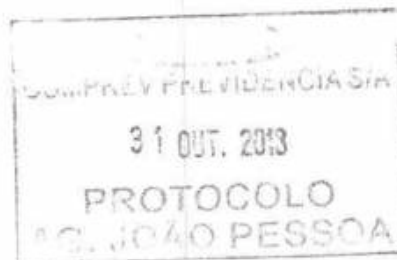
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Realizado cirurgia dia 22/08/2017 e alta medica dia 31/08/2017.

E para constar eu Rosangela 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 **ORTOD**
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. 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 Estado Civil: CASADO(A)
Ocupação: AUXILIAR DE COZINHA Escolaridade: SEGUNDO GRAU INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Responsavel: O MESMO E MAE ACOMPANHA
Motivo: / 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 violência 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
- Convulsação
- Hemorragia
- Dispneia
- Diarreia
- Agitado
- Regular
- Chocado
- Vômito

Queixa Principal

Vem encaminhado do NEETSUL

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

31 OUT. 2013
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Diagnóstico

Fraqueza exp. de pernas

Conduta

Repos. com + repos. comp

Prescrição

Horario da medicacao

Ao exame

Suelio Moreira Torres



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

María Helena da Silva Santiago

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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 ultrassom de patula*
vertebrae

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

Conduta: *LMC + fixação externa*
atendido p/ multiprofissionais

Dr. Pinheiro
Dr. Moura
Victor Lourenço





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Anderson William Miranda		Registro:	
Idade: 31a	Sexo: Male	Cor:	Clínica:
Data: 22/08/17	Cirurgião: D. Neiva	EMP:	LR:
2º Assistente: Victor R. J.	3º Assistente:	1º Assistente: Tiago R.	
Anestesista: D. Vagan	Tipo Anestesia: Raqui	Instrumentador:	
Horário: I:		T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
Fract. exposta de tíbia E.			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
Osteíte			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
Limpeza nec. compra + Fix. externa de fratura externa de tíbia E.			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

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

Incisão:

④ 4 incisões perfuradas para fixação de pins de cham

Achados:

⑤ Frat. exposta de tíbia E.

Conduta:

- ⑥ Lavagem exaustiva de frat. exposta de tíbia E com solução fisiológica a 0,9%
- ⑦ Desbridamento de tecidos desvitalizados
- ⑧ Fixação de fratura interna com pat. de tíbia E.

www.PREV.PREVIDENCIA.S.M
 31 OUT. 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

- ⑦ sutura de pele campos.
- ⑩ gaze estéril de 4x4 cm sobre o local com gaze estéril
- ⑪ Anestesia de controle

OBS:

Data: 22/08/17

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro

Médico

CRM 16713 PB

MÉDICO/CRM

R1 + Dr. Neural

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Anderson Williams Miranda
 PRONTUÁRIO Nº: _____
 SEXO: _____ IDADE: _____
 DATA DE ADMISSÃO: _____ DATA DE ALTA: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta do osso da perna.
 CID: _____
 LOCAL DE PROCEDIMENTO: _____
 LOCAL DE INTERNAÇÃO: _____
 LOCAL DE EXAME: _____

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

EXAME FISIOLÓGICO: SIM NÃO NÃO
 COLETA DE MATERIAL: SIM NÃO
 RESULTADO EXATIDÃO/XXII: _____
 EVOLUÇÃO DE ALTA: MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: História: Evolução traumática. Complicações: Não com hemorragia da fratura exposta de osso da perna com realização de fixação externa.

ORIENTAÇÕES POS 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: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor ou vermelhidão, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.
 MEDICAÇÕES PARA CASA: Cetalar, etc + analgésico.

PREVIDÊNCIA SIM
 31 OUT. 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

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

DATA: 31/08/12
 ASS. MÉDICO / CRM: _____

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
 DE PARLAMENTO NACIONAL DO BRASIL
 CÂMERAS NACIONAIS DE REPRESENTANTES

PARAIBA

NOVO
ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE

SEN. ESTADUAL / GOV. EXERCÍCIO EM
 3116271 SSP PB

CPF
 065.951.394-30 08/08/1986

TURMA
 MAYERBER WILLIAMS DE
 ANDRADE
 RITA DE CÁSSIA COSTA
 MIRANDA DE ANDRADE

PRIMEIRO
 SOC
 CÁMERA
 AD

IF INSCRIÇÃO 04670833427 VALIDEZ 24/09/2019 1ª HABILITAÇÃO 17/06/2009

DESIGNAÇÃO
 SEAR:

Assinatura eletrônica de Anderson
 ASSINATURA DO PORTADOR

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

8608553598
 PBO36198919

PARAIBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1633641671

PROCURADOR PLANTÃO 1633641671

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

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 0º, flexão plantar 0-30º), inversão normal, eversão 0-10º. Apresenta déficit 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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 0º, flexão plantar 0-30º), inversão normal, eversão 0-10º. Apresenta déficit 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

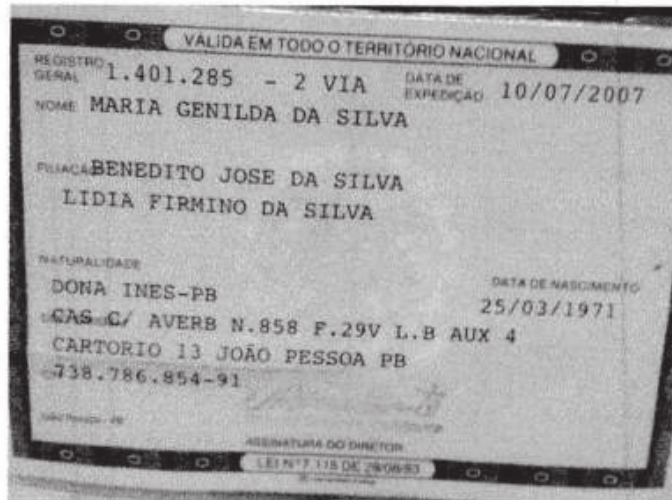
VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB



PROPRIETARIA DO VEICULO



COMPREV PREVIDENCIA SIM
31 OUT. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
Anderson Williams Miranda de Andrade
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Adv. eze Pazinha, CI RG nº 311674155P/PB,
CPF/MF nº 065.951.394-30, residente e domiciliado(a) à Rua
Diniza Carneiro Monteiro, 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 pericias 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 20 18.

Anderson Williams M. de Andrade

OUTORGANTE

COMPANHIA PREVIDÊNCIA S/A
31 OUT. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CA. [assinatura]
VIEIRA BATISTA

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRICTAL
R. Afonso Vieira Batista - Taboão I - B.º, Rosângela Vieira Batista - Anzó
Rua Elias Feres de Azev. - Mangabeira - CEP 58055-410 - João Pessoa - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura de
ANDERSON WILLIAMS MIRANDA DE ANDRADE
Em test. da verdade. João Pessoa - PB, 02/2018 13:37:54
Maricleide Alexandre da Silva Norais - ESCRIVENTE AUTO
[2018-010385]ENOL:R\$ 49,48 FARPEN:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGN27604-DDCX
Confira a autenticidade em <https://selo.digital.tjpb.jus.br>

SERVIÇO NOTARIAL
2º Ofício
Distrital
João Pessoa - PB



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

Titular do CPF: ANDERSON WILLIAMS
MIRANDA DE ANDRADE

CPF de: Próprio

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

