



Número: **0801311-66.2020.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **18/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.593,75**

Assuntos: **Indenização por Dano Material, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA (AUTOR)		FABRICIO ALVES DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39407781	12/02/2021 09:54	2784151_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000011714-1

Nr. da Autenticação D65F090B8981742A



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°, ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 20/12/2019 APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452990/19

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

CPF: 396.353.764-72

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 04/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA : 048.720.414-02

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA : 396.353.764-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA
CPF: 048.720.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

JANE APARECIDA COSTA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 07/08_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 07/08_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701544

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15266492

Pag. 00005/00006 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701544

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003518**

Conta: **0000011714-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701544

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00353/00354 - carta_02 - INVALIDEZ

00030177



Carta nº 15453234



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>

Número do documento: 21021209545184100000037559558



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701544

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003518**

Conta: **0000011714-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00577/00578 - carta_30 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Cláudio Domingos de Oliveira 6 - CPF: 396.353.764-72
7 - Profissão: não informado 8 - Endereço: Sítio Galea 9 - Número: 512 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Rio de Janeiro 13 - Estado: Pernambuco 14 - CEP: 58.870-000
15 - E-mail: 183/9.9933-0943 16 - Tel. (DDD): 183/9.9933-0943

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5538 CONTA: 11714 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ 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:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Catalão de Rocha 09-12-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Cláudio Domingos de Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Eleonora Maria de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

15.001.10002/2010



**Lauda 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: 3190701544
Nome do(a) Examinado(a): Otavio Domingos de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Jaleco, S/N
Area Rural Riacho dos Cavalos PB CEP: 58870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do acidente: [04/09/2019]
Data local do exame: [07/02/2020] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 04/09/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES, ANTIBIOTICOTERAPIA E IMOBILIZAÇÃO. NO DIA 11/09/2019 FOI SUBMETIDO A TOMOGRAFIA DEVIDO A GRAVE ACOMETIMENTO ARTICULAR EVIDENCIANDO FRATURA FRAGMENTADA DA REGIÃO MEDIA EPIFISÁRIA PROXIMAL DA TÍBIA ALÉM DE DERRAME ARTICULAR IMPORTANTE. NO DIA 26/09/2019 FOI REALIZADO FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA COM USO DE PLACA 4.5 MM EM L MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS E PLACA 4.5 MM CONVENCIONAL COM PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA APOS 24 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

Data da Alta: 27/09/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°, ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

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

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

**ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM
BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°
ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II**

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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558

Número do documento: 21021209545184100000037559558



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 1089/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE COM MOTO

Data do fato: 04/09/2019 hora: 19h20min

Notificante: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA, alcunha "****",
Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: Riacho dos Cavalos-PB,
nascido em 27/12/1964, documento: CPF N° 396.353.764-72 RG N°
983.392-SSP/PB, filho de Jacira Maria de Oliveira e de Sebastião
Felipe de Oliveira, endereço: Sítio Jaleco-Zona Rural de riacho dos
Cavalos-PB, referência: 83-99833-0973.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: HOMERO PERAZZO FILHO

Vítima: ***, alcunha "****", Nacionalidade: ***, naturalidade: ***,
idade: ** ***, nascido em **/**/**, cor/raça: ***, Estado
Civil: ***, Profissão: ***, Escolaridade: ***,
documento: ***, filiação: *** e de ***, endereço: **** ***,
referência: ***. Tel/Cel: (**) **;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, em data de
04/09/2019, às 19h20min, conforme ficha de atendimento
médico/ambulatorial do Hospital Regional de Catolê do Rocha-PB,
onde consta que este notificante foi vítima de acidente com moto,
quando conduzia sua moto de marca HONDA/CG 150 TITAN KS, de cor
preta, ano/modelo 2009/2009, CHASSI N° 9C2KC15109R033476, de
placas MON-3103/PB, registrada em nome de JANDIVAN CARNEIRO DE
ANDRADE, portador do CPF n° 041.861.954-98, pela via urbana de
nome Rua do alto situada na cidade de riacho dos Cavalos-PB, foi
deixar sua esposa em uma clínica para realizar um sessão de
fisioterapia, e no retorno para sua residência, quando foi
surpreendido por um veículo puxando um reboque que atravessou na
frente deste notificante onde veio a colidir no reboque senso
jogado de cima de sua moto, onde houve uma fratura exposta da
perna esquerda em vários locais, sendo socorrido por terceiros
para o Hospital Regional de Catolê do Rocha-PB, devido a gravidade
do acidente, foi transferido para o Hospital Regional da cidade de
sousa, onde passou por procedimentos hospitalares. Por esse motivo
comunica o fato e pede providências. Nada mais a consignar.

Catolê do Rocha, 13 de novembro de 2019. Às 15:50 horas.

otavio Domingos de oliveira

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
José Carlos da Silva Filho
Matrícula: 135.602-0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Cláudio Domingos de Oliveira 6 - CPF: 396.353.764-72
7 - Profissão: não informado 8 - Endereço: Sítio Galea 9 - Número: 512 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Rio de Janeiro 13 - Estado: Pernambuco 14 - CEP: 58.870-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 9.9933-0943

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5538 CONTA: 11714 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ 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:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Catalão de Rocha 09-12-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

15.001.10002/2010





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CLEMILDA MARIA DE SOUS,

RG nº 002.309.898, data de expedição 10/07/2019, Órgão SSP/RN,

CPF Nº 048.720.414-02, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA AUSTOR GONÇALVES DINIZ
Número	445
Apto / Complemento	CASA
Bairro	TANCREDO NEVES
Cidade	CATOLÉ DO ROCHA
Estado	PARAIBA
CEP	58884-000
Telefone de contato	(83)9.9936-1763 / 9.9833-0973
E-mail	jadrianomaia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CATOLEÉ DO ROCH-PB 01 / 10 / 2019

Assinatura do Declarante: Clemilda Maria de Sousa





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 COAP².

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 Clemilda Maria de Sousa
inscrito (a) no CPF/CNPJ: 048.720.434 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Marcia Domingos de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 396.353.764 / 72
do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Marcia Domingos de Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 396.353.764 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: nao informado Renda: 0.00 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:	Número:	Complemento:
<u>Rua Carlos Gonçalves Diniz</u>	<u>445</u>	<u>casa</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>Mercedez Nunes</u>	<u>Catalão da Rocha</u>	<u>Pernambuco</u>
E-mail:		CEP:
		<u>58.884-000</u>
		Tel. (DDD):
		<u>8319.9833-0973</u>

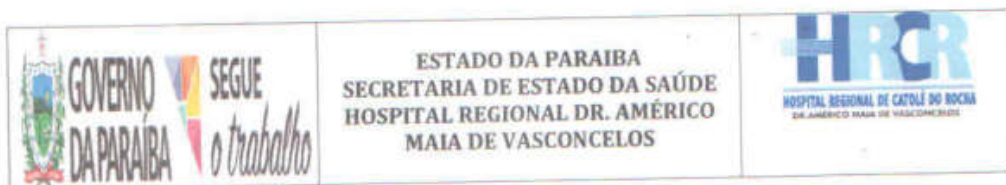
Local e Data: Catalão da Rocha - 09 / 12 / 2019

Clemilda Maria de Sousa

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017





Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA, RG: Nº 983.391 SSP/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Jaleco – Riacho dos Cavalos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Carlos Antônio de S. Nunes - CRM/9764, no dia 04 de Setembro de 2019. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de moto (colisão x com reboque), foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giulda Darllen de Fretes Ramalho Monteiro
Diretora Geral
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 05 de Dezembro de 2019.

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco, 349 Batalhão – Cep: 58884-000 – Catolé do Rocha – PB
Email: Tel. (83)3441-2280





ESTADO DA PARAIBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLE DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL



GOVERNO DA PARAIBA

Vivir o trabalho

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO

CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA

UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Mae: JACIRA MARIA DE OLIVEIRA

Nascimento: 27/12/1964 Idade: 54

Cor: PARDA

Sexo: M

Profissão:

Endereço: SITIO JALECO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: RIACHO DOS CAVALOS - PB - 58870-000 - 2512804

CNS: 700-0080-4244-0907

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Data / Hora: 04/09/2019 19:36:41

Recepcionista: JACQUIRIA DE O. LIMA

Ficha Número: 93857

31634

SPO 2:

FC:

TEMP:

HGT:

PA:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

paciente vítima de acidente
mto eay rodovia. Apresenta
lesões com avulsão de II,
III e IV dedos da mão direita
e avulsão de I e II dedos da
mão esquerda.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

99

01 - Eletivo
02 - Urgência
03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa
04 - Acidente no trajeto para o trabalho
05 - Outras lesões e envenenamento por agentes químicos ou físicos

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO Doença de mão e pé
CID-10

1 - 030106006-1
2 -
3 -

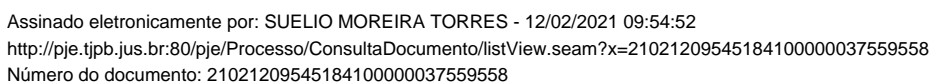
Dr. Carlos Antonio de Sousa Nunes
Médico dos Profissionais Assistenciais - carimbos

CPF: 034.332.804-60
Médico / Crm / Cns

CARLOS ANTONIO DE SOUSA NUNES - 9764-PB - 703-6060-4149-5135
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPRESENTANTE
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Nome: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Leito:

[illegible]

MAT.: 134. 455

Nome: Cláudio Domingos de Oliveira Bloco: 1 Apt.: 1 Leito: 1

Data: 27/12/69 Est. Civil: solteiro Resp.: Valéria do Pinho

Profissão: peixeiro Cidade: Rio de Janeiro Estado: RJ

Médico Assistente: D. Duro Clínica: Ortopedia

Data de Internação: 05/09/70 Idade: 19 Peso: 60 Temperatura: 36,5 P.A.: 100/60

AMNESE:

Queixa Principal:

Dor em joelho E.

História da Doença Atual:

Paciente vítima de acidente motociclistico dia 01/09/69
 a 18h. Tendo fratura em joelho esquerdo.
 Apresentando dor local e impossibilidade
 de andar e carga etc.

Exame Físico:

BEO, Glasgow 15
 NVC.
 edema + 14+ joelho E.
 flet. +.
 Sutura em G. proximal tibia E.
 Curativo seco - rasado.
 Tolo inguim podalica

Diagnóstico:

Tratamento:

FRATURA PUANT TIBIAL E. (experto).
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Sérgio S. S. S.
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PE 20352 (R) 15149





SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO-AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613475CNPJ: 08.778.267/0027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B. GATO PRETO Nº 433 CEP: 58.802.180.

MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBAUF: PB

PACIENTE:

Osório, Domingos de Sousa

SUS: 100.00904244 IDADE: 54 SEXO: M RACA: H

DATA NASC: 27.12.64 PROFISSÃO: Aposentado

ENDEREÇO: Rua: João Paulo Gomes

BAIRRO: Zona Rural MUNICÍPIO: São João dos Ramos

ESTADO: PB CEP: DOCUMENTO:

DATA DO ATENDIMENTO: 05.02.19 COD. MUNICÍPIO:

CONTATO () Mãe

Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Paciente em estado de HES apresentando de coloração rosácea em face, de peso com história de doença metabólica há 04/09/19 há 18h. Foi realizado exame de urina e urina com presença de proteinúria e glicose na urina. Paciente em estado de HES.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA BÁSICA (PAB):
CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
- ☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
- ☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
- ☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EMERGENCIA COM REFERENCIA PARA OUTRA
- ☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
- ☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SUETO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)
- ☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA
- ☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERENCIA PARA OUTRA
- ☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE

RECITAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 01- PRESCRITAÇÃO DE MEDICAMENTO
- ☐ 02- APLICAÇÃO DE OUTRO HOSPITAL
- ☐ 03- OUTRO HOSPITAL
- ☐ 04- OUTRO HOSPITAL
- ☐ 05- OUTRO HOSPITAL
- ☐ 06- OUTRO HOSPITAL
- ☐ 07- OUTRO HOSPITAL
- ☐ 08- OUTRO HOSPITAL
- ☐ 09- OUTRO HOSPITAL

SERVIÇOS REALIZADOS

IDADE

Recepção: 10932.1001.1546

ASS. DO(S) RECEPCIONISTA(S) - ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO





Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DE: MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Matheus Domingues de Oliveira Idade: 54a Cor: Enfermario: 03 Letto: 02 Categoria: illegada

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
02/01	1) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
03/01	2) Ch. 03	15:30	Deposito no ar
04/01	3) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
05/01	4) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
06/01	5) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
07/01	6) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
08/01	7) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
09/01	8) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
10/01	9) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
11/01	10) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
12/01	11) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
13/01	12) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
14/01	13) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
15/01	14) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
16/01	15) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
17/01	16) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
18/01	17) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
19/01	18) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
20/01	19) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
21/01	20) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
22/01	21) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
23/01	22) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
24/01	23) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
25/01	24) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
26/01	25) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
27/01	26) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
28/01	27) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
29/01	28) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
30/01	29) Deter. heur	15:30	Deposito no ar
31/01	30) Deter. heur	15:30	Deposito no ar



Nome do Paciente		HRS	
Othávio Dainzes de Oliveira		Nº Promédrio	
Data Operação		134455	
06/09/19	Enf.	Leito	
Operador	1.º Auxiliar		
Daniel Braga			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesiologista	Tipo de Anestesia		
Raila			
Diagnóstico Pré-Operatório			
Furto exposto placa tibial @			
Tipo de Operação			
LMC + FE			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Inicial do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral
- Punção a dor
- Punção a anti-sépsia
- Apoiar o campo sobre
- Limpeza extensiva com Clorexidina 0,9% + S.O. 2%
- Apoiar o fixador externo transarticular
- Limpeza
- Curativos

Dr. Daniel B. Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM-OP 9248



Hospital		HRS	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
Otávio Domingos de Oliveira			134455
Data Operação	Enf.	Leito	
26/9/19			
Operador	1.º Auxiliar	Instrumentador	
Dr. TIAGO	Dr. DIEGO		
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		
Dr. ALBERTO			
Anestesiologista		Tipo de Anestesia	
Dr. ALBERTO			
Diagnóstico Pré-Operatório			
fratura exposta platô tibial @.			
Tipo de Operação			
osteossintese platô tibial @.			
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
SIM			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Pele DOCP Requiescentes
Anestesia e antiespasmódico
gervato 150.
Fracasso em duplo vito sulco @ 1 metro
lateral e entrompeda.
Drenagem por placas
Redução da fratura e fixação el. de
placa lateral e medular.
estabilização
Sutura do T. posterior @ - tinha ru
Ligamento FO -
Sutura por placas
Sutura do antepé
Retirado gervato
Ant. cutâneo intacto

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
R. 15149



Relatório Médico

Paciente **Otávio Domingos de Oliveira**, 55 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x reboque) no município de Riacho dos Cavalos- PB no dia 04/09/2019 com BO de número 1089/2019.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura exposta no platô tibial esquerdo e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a limpeza + procedimento cirúrgico para tratamento da fratura em ossos do joelho esquerdo com redução + fixação com colocação de fixador externo por um período de 20 dias, em seguida o mesmo submeteu-se a novo procedimento cirúrgico para a retirada do fixador externo + colocação de fixação com 01 placa de titânio + parafusos metálicos e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 20 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 20/01/2020.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Joelho esquerdo apresenta múltiplas cicatrizes extensas localizado na face anterior do mesmo (Cicatrizes do fixador externo + acesso cirúrgico), edema residual muito importante, dor a palpção, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, ausência de força muscular dos movimentos de flexão e extensão e parestesia no MIE. Paciente deambula em marcha claudicante.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional do joelho esquerdo.

Sousa, 22.01.2020

Dr^a **Luiziane Lira N. Fontes**

Médica
CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB





Do exposto, concluo que há limitação em 75% da capacidade funcional do MSD + hemitorax direito. Considerando comprometimento funcional permanente para as atividades laborativas e/ou da vida diária.

Sousa, 22.01.2020

Drª Luiziane Lira N. Fontes
Médica
CRM/PE-8445
Luiziane Lira Nobre Fontes
CRM: 8445 - PE



 GOVERNO DA PARAÍBA <i>SEGUE o trabalho</i>	ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HRCR HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÉ DO ROCHA <small>DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS</small>
--	--	---

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA, RG: N° 983.391 SSP/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Jaleco – Riacho dos Cavalos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Carlos Antônio de S. Nunes - CRM/9764, no dia 04 de Setembro de 2019. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de moto (colisão x com reboque), foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen A. R. Monteiro
 Diretora Geral
Giula Darllen de Fretes Raimalho Monteiro
 Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 05 de Dezembro de 2019.

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
 Rua: Castelo Branco, 349 Batalhão – Cep: 58884-000 – Catolé do Rocha – PB
 Email: Tel. (83)3441-2280





ESTA É DA PARAIBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLÉ DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL



GOVERNO
PARAIBA

Vivir
o trabalho

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MATA DE VASCONCELOS

ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO

CIDADE: CATOLÉ DO ROCHA ESTADO: PARAIBA

UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Mae: JACIRA MARIA DE OLIVEIRA

Nascimento: 27/12/1964 Idade: 54

Cor: PARDA

Sexo: M

Profissão:

SITIO JALECO

Num.:

Endereço: ZONA RURAL

Fone: (83)9986-9113

Cidade: RIACHO DOS CAVALOS - PB - 58870-000 - 2512804

CNS: 700-0090-4244-0907

Identidade:

CPF: 04/09/2019 19:36:41

Reg. Nasc.:

Data / Hora:

Recepcionista: JACQUIRA DE O. LIMA

Ficha Número: 93857

31634

SPO 2:

FC:

TEMP:

HGT:

PA:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

paciente vítima de acidente de trânsito com lesões em membros inferiores e tórax. Exames realizados na unidade (tipos)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

99

01 - Eletivo 02 - Urgência CARÁTER DO ATENDIMENTO
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO Doença de tórax

CID-10

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

1. PRESCRITA
2. APLICADA

OBSERVAÇÃO
OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA
ÓBITO

INTERNAÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS / CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1. 030106006-1
2. 030106006-1
3. 030106006-1

Dr. Carlos Antônio de Sousa Nunes
Médico dos Profissionais Assistenciais - Carimbos

CPF: 034.332.804-60

Médico / Crm / Cns

CARLOS ANTONIO DE SOUSA NUNES - 9764-PB - 703-6060-4149-5135

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

X Carimbo do Sabor & Agradecimento
ASS. REVISOR TÉCNICO - Carimbo ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Leito:

[illegible]

SINAIS VITAIS

[illegible]

NAT: 134. 455

Nome: Cláudio Domingos de Oliveira Bloco: _____ Apt.: _____ Leito: _____
Data: 27/12/69 Est. Civil: _____ Resp.: Voluntário do Plantão
Paciente: Pitir Cidade: Rio de Janeiro Estado: RJ
Médico Assistente: D. Diego Clínica: Ortopedia
Data de Internação: 05/09/2019 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Dor em joelho E.

História da Doença Atual:

Paciente vítima de acidente automobilístico dia 01/09/1979
às 18h. Tendo trauma em joelho esquerdo.
Requerendo de dor local e impossibilidade
de andar e carga etc.

Exame Físico:

BEC, Glasgow 15

NVE

edema + er. joelho E.

flexão.

Sutura em g. proximal tibia E.

curativo seco - negro.

Tolo. inguine podalica

Diagnóstico:

Tratamento:

FRATURA PLATÔ TIBIAL E. (experto).
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Suelio Moreira Torres
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 4052 REG. 15149





SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613470001001

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

ENDERECO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIMA, 83, GATO PRETO, N.º 433 CEP: 58.902.180.

MUNICÍPIO: SOUSA

ESTADO: PARAIBA/PB

PACIENTE:

Moisés Domingos de Sousa

SUS: 100.000042.44.0114

IDADE: 54

SEXO: M

RACIA:

Pardal

DATA NASC: 27.12.64

PROFISSÃO:

Agente de saúde

ENDERECO:

Quilombo São João

Quilombo São João

BAIRRO:

Quilombo São João

Quilombo São João

ESTADO:

CEP:

DOCUMENTO:

DATA DO ATENDIMENTO:

05.02.19

COD. MUNICÍPIO:

CONTATO ()

Mãe

Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Paciente em estado de saúde satisfatório, com queixa de

dores articulares, principalmente nas mãos e pés.

Exame físico: sem alterações significativas.

Exames realizados na unidade: Típicos

Exames realizados na unidade: Típicos

Exames realizados na unidade: Típicos

Exames realizados na unidade: Típicos

Exames realizados na unidade: Típicos

Exames realizados na unidade: Típicos

Exames realizados na unidade: Típicos

Exames realizados na unidade: Típicos

Exames realizados na unidade: Típicos

Exames realizados na unidade: Típicos

Exames realizados na unidade: Típicos

Exames realizados na unidade: Típicos

Exames realizados na unidade: Típicos

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA BÁSICA (PAB):
CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EMERGENCIA COM REFERENCIA PARA OUTRA UN
☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICUL
☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA
☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERENCIA PARA OUTRA UN
☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERENCIA PARA OUTRA UN

INDICAÇÃO

INDICAÇÃO

☐ 01- PRESCRIT ☐ SERVIÇÃO ☐ CIDADANIA INTERNA
☐ 02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ BILTO

SERVIÇOS REALIZADOS

IDADE

CÓDIGO PROCEDIMENTOCBO

Recepção

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO





Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DE: MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Matheus Domingues da Moura Idade: 54a Cor: Enfermeira: 03 leito: 02 Categoria: Uliprepada

[illegible]Dariusz Rucinski, *Pracownik* - Chicago 1984

HRS			
Nome do Paciente Otávio Damascos de Oliveira			Nº Prontuário 134455
Data Operação 06/09/19	Znf.	Leito	
Operador Daniel Braga		1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesiista Rafaela	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório fratura exposta plavto tibial @			
Tipo de Operação LAC + FE			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

- Pericóteo e DOR
- Anestesia e anti-sépsis
- Afecção do campo cirúrgico
- Linfex exortiva cu Clarexide clonazepam + SF0,9%
- Afecção de fixador externo transarticular
- Linfex
- Curativos

Dr. Daniel B. C.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 9248



M
 M
 D
 A
 Q
 H
 E

Hospital		HRS	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
Otávio Domingos de Oliveira			134455
Data Operação	Enf.	Leito	
26/9/19			
Operador	1.º Auxiliar		
Dr. TIACO	Dr. DIEGO		
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesiista	Tipo de Anestesia		
Dr. Albert			
Diagnóstico Pré-Operatório			
fratura exposta platô tibial @.			
Tipo de Operação			
osteossintese platô tibial @.			
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
SIM			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Pêlo DOCP Requirimentos
 Proprio e antiproprio
 garras etc.
 Foram em duplo via sulco @. 1 mkr
 lateral e entrompedal.
 Drenagem por placas
 Redução do fratura e fixação el. de
 placa lateral e medial.
 estabilizada.
 Sutura do T. potetor @ - tinto ry
 Limpeza do
 Sutura por placas
 Sutura do antiproprio
 Petróleo garras
 Ar. curativo antiproprio

Dr. Diego S. Santiago
 Traumatologia
 CRP 15149





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RENTE Nº: 002.309.898 DATA DE EMISSÃO: 10/07/2019

IDENTIFICADO: CLEILDA MARIA DE SOUSA

PRACADO: RAIMUNDA MARIA DE SOUSA

NATURALIDADE: CATOLE DO ROCHA PE

DATA DE NASCIMENTO: 19/03/1979

RG: 1248 RG-6675

CPF: 043.729.414-02

3a. VIA

Órgão Zelar: Zelar do Estado de São Paulo

Órgão de Segurança: 7.116 DE SEGURANÇA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO - IDENTIFICADO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - I

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular: Cleilda Maria de Sousa

CARTÃO DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PB Nº 012506509048
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - CDB-RENAVAM RST-20161300001802-1
1 0014627771-6 00/00000000 2016

NOME
JANDIVAN CARNEIRO DE ANDRADE
CPF/CNPJ
04186195498 PLACA
MON3103/PB
PLACA ANT./UF
NOVO PB CHASSI
9C2KC15109R033476

ESPÉCIE/TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA
MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009
CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC DCL/PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA YENC COTA ÚNICA 1ª YENC / COTAS
IPVA PAGO EM 21/03/2016 2ª
PARCELAMENTO / COTAS 3ª
PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IGP (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 21/03/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

RIACHO DOS CAVALOS-PB DATA
14001 08/04/2016
33928

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012506509048 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 08/04/2016
VIA - CPE/CNPJ PLACA
1 04186195498 MON3103

RENAVAM 0014627771-6 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS
ANO FAB. 2009 CAT. TARIF. 9 NR. CHASSI 9C2KC15109R033476

PREMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IGP (R\$) ***** SEGURO P A G O
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 21/03/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br
33928-1500538-20160408



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°, ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 20/12/2019 APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Olavio Domingos de Oliveira CPF: 396.353.764-72
RG: 983.392 Orgão Emissor: SSP/PB
Nacionalidade: 27.12.64 Est. Civil: Casado Profissão: advogado
Endereço: lote 5/12
Bairro: Zona Rural Cep: 58.870-000 Cidade/UF: Riacho dos Cavalos/PB
Telefone: (83) 9.9833-0973 (83) 9.9936-1762 ()

OUTORGADO:

Nome: Clemilda Maria de Sousa CPF: 048.720.434-02
RG: 002.309.898 Orgão Emissor: SSP/PB
Nacionalidade: 19-05-1979 Est. Civil: conjugada Profissão: Beneficiária
Endereço: Rua das Generalas Diniz Nº 445
Bairro: Generalas Diniz Cep: 58.870-000 Cidade/UF: Riacho dos Cavalos/PB
Telefone: (83) 9.9936-5962 (83) 9.9833-0974 ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Olavio Domingos de Oliveira
CPF: 396.353.764-72 Data do Acidente: 04/09/2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Riacho dos Cavalos 03-12-2019
Local e data

Olavio Domingos de Oliveira
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)





Selo Digital AJ94524 - UOEF

Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Conheço a(s) Firma(s) seus de
Otavio Bonifacio de Oliveira
por autenticação dou fe
Riacho dos Cavalos 03 12 de 2019
Em Teste (afirmo) da verdade
Maria de Fátima Feltosa Vaz

OFICIALA

Maria de Fátima Feltosa Vaz
Oficiala do Registro Civil
Riacho dos Cavalos-PB



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452990/19

Número do Sinistro: 3190701544

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

CPF: 396.353.764-72

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 04/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA
CPF: 048.720.414-02

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

JANE APARECIDA COSTA

