

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210064226 **Cidade:** Cruz do Espírito Santo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES **Data do acidente:** 18/12/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PÁG 5
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 dos punhos	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: 3210064226 **Cidade:** Cruz do Espírito Santo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES **Data do acidente:** 18/12/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PÁG 5
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante João Roberto de Jesus brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado à Rua Antônio Carlos, nº 11, bairro Antônio Carlos, Município de Cruz das Almas, Estado de (o) BA, Cep. 45.333-000, portador(a) do Rg nº 3.30.190.190, SSP/ BA e CPF nº 063.883.484-20.

Outorgado: João Roberto de Jesus brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Antônio Carlos, nº 11, bairro Antônio Carlos, Município de Cruz das Almas, Estado de (o) BA, Cep. 45.333-000, portador(a) do RG nº 3.30.190.190, SSP/ BA e CPF nº 063.883.484-20.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) JOÃO CARLOS DE JESUS, ocorrido em 28.12.2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Liminar.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Roberto de Jesus de 11 de Dezembro de 2020

João Roberto de Jesus
Outorgante
CPF Nº 063.883.484-20

s: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056108/21

Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

CPF: 061.883.484-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/12/2020

Titular do CPF: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOSE ANTONIO ANDRE SALES : 061.883.484-20

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: 23/02/2021
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/02/2021
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056108/21

Número do Sinistro: 3210064226

Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

CPF: 061.883.484-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/12/2020

Titular do CPF: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOSE ANTONIO ANDRE SALES : 061.883.484-20

Autorização de pagamento

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: 05/03/2021
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2021
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056108/21

Número do Sinistro: 3210064226

Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

CPF: 061.883.484-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/12/2020

Titular do CPF: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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: 18/03/2021

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2021

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210064226 Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

Data do Acidente: 18/12/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ANTONIO ANDRE SALES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue não permite a leitura completa das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210064226

Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

Data do Acidente: 18/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ANTONIO ANDRE SALES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210064226

Vítima: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

Data do Acidente: 18/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ANTONIO ANDRE SALES

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 dos punhos
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: **JOSE ANTONIO ANDRE SALES**

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

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000141382-5**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1. Tipo da lesão: ☐ DANO (DIFERENÇA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENTE) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2. Número do seguro: 061.883.484-20 3. Nome completo do segurado: Jose Antonio Andre Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAIS DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR LIDER 49/MS/2012

4. Nome completo: Jose Antonio Andre Sales 061.883.484-20
5. Profissão: Recuso 6. Endereço: S.T. Mossangana S/N
7. Bairro: Area Rural 8. Cidade: Cruz do Sul PB 9. Estado: RS
10. Data de nascimento: 58337000 11. CPF: 58337000

DADOS CADASTRAIS

12. Nome completo do Representante Legal: 13. Profissão do Representante Legal:
14. CPF do Representante Legal: 15. Profissão do Representante Legal:
16. Declaro, para todos os fins de direito, ser o(a) representante legal do segurado, conforme documento anexo. (ANEXAR CÓPIA)

17. AGENCIA DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.500,00 ☐ R\$ 1.500,00 A R\$ 2.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 2.500,00

18. DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (P.S. CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (Destinar para os bancos: Banco, Agência, Conta Corrente): ☐ CONTA CORRENTE (Destinar para os bancos)

☐ Banco (Banco) ☐ Agência (Agência) ☐ Conta Corrente (Conta Corrente)

☐ Banco do Brasil (BB) ☒ Caixa Econômica Federal (CEF)

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 001413825 AGÊNCIA: CONTA:

Autentico a assinatura LIDER e credito da conta bancária informada, de acordo com a situação, e valor da indenização/seguro do Seguro DPVAT a ser pago pelo LIDER, respondendo e dando, desde que o mesmo não esteja sob a restrição do crédito, quitação total do valor devido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que não estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não aceita petições para fins do Seguro DPVAT ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência aceita petições para fins do Seguro DPVAT

Não estou apresentando, sob o pretexto de não ter o laudo do IML, o requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, a minha intenção de solicitar indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, a minha intenção de solicitar indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 dentro do casamento(a): ☐ Sim ☐ Não 27. Se a vítima dentro do casamento(a), informar o nome completo:

28. Vítima: ☐ Sim ☐ Não 29. Se tenha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30. Vítima dentro do casamento(a): ☐ Sim ☐ Não 31. Vítima: ☐ Sim ☐ Não 32. Se tenha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33. Vítima dentro do casamento(a): ☐ Sim ☐ Não 34. Vítima: ☐ Sim ☐ Não

Extingo de direito a Seguradora e seus papais, sob a condição, a indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, a minha intenção de solicitar indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada.

NÃO INVALIDEZADO

35. Nome legível de quem assina a seguinte declaração:

36. CPF legível de quem assina a seguinte declaração:

37. 1ª Assinatura de quem assina a seguinte declaração:

38. 1ª Nome: 39. 2ª Nome: 40. 3ª Nome:

41. Assinatura de quem assina a seguinte declaração: 42. Assinatura de quem assina a seguinte declaração: 43. Assinatura de quem assina a seguinte declaração:

44. Assinatura do Representante Legal (se houver) 45. Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escreva o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS [DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES] ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro da ASL: 3 - CPF da vítima: 061.883.484-20 4 - Nome completo da vítima: José Antonio Andre Sales

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

5 - Nome completo: José Antonio Andre Sales 6 - CPF: 061.883.484-20
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: S.T. Mossangara 9 - Número: 570
11 - Bairro: Area Rural 12 - Estado: Cruz do Espírito Santo PB 13 - CEP: 58337-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: 58337000

DADOS CADASTRAIS

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, reservar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo, (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ R\$ 0,00 ATÉ R\$ 100,00 ☐ R\$ 101,00 ATÉ R\$ 200,00 ☐ R\$ 201,00 ATÉ R\$ 300,00
☐ R\$ 301,00 ATÉ R\$ 400,00 ☐ R\$ 401,00 ATÉ R\$ 500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 500,00

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

☒ CONTA POUQUANÇA (de acordo com o tipo de poupança) ☐ CONTA CORRENTE (de acordo com o tipo de conta)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 9914 CONTA: 1413 82 5 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a utilizar meu nome e dados pessoais para fins de emissão de documento de indenização e para fins de cobrança de prêmio do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando ciência de que a presente ação é irrevogável e não pode ser anulada sob qualquer hipótese.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinado, solicito o preenchimento da guia de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando desde já em me submeter à avaliação médica e à avaliação psicológica e a uma verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme art. 544 III do CC, e a ser a presente declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação do IML.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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), informe o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas quando se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a subtração de restar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 22/02/2021
José Antonio Andre Sales

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA

POUPANÇA

5067 2252 2636 2202

5067

VÁLIDO ATÉ
05/24

JOSE ANTONIO ANDRE SALES

1914 013 00141382-5





CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 00027.01.2021.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00027.01.2021.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:24 horas do dia 25 de janeiro de 2021, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jose Antonio Andre Sales**, CPF nº 061.883.484-20, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Severina Andre Sales e Mariano Francisco Sales, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/10/1983 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Massangana, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Sítio Massangana, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Br 230, Massangana, Cruz do Espírito Santo/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/12/20 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

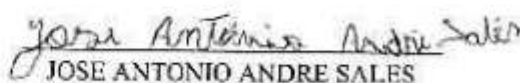
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 18/12/2020, POR VOLTA DAS 06:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2002/03, PLACA MOU-1210/PB, CHASSI 9C2JC30103R042916, REGISTRADA EM NOME DE JAILMA LIMA DOS SANTOS, NA RODOVIA BR 230, ALTURA DO MUNICÍPIO DE CRUZ DO ESPÍRITO SANTO/PB, QUANDO FOI REALIZAR UM RETORNO, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE RADIO DISTAL ESAQUERDO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. DAVID LUCENA MATIAS.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 25 de janeiro de 2021.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JOSE ANTONIO ANDRE SALES
Notificante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha (ou) tipo de cobertura: ☐ DAA (DESSENAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENTEARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do contrato do AC: 061.883.484-20 3 - Nome completo da vítima: Jose Antonio Andre Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR LIDER 49/MS/2012

5 - Nome completo: Jose Antonio Andre Sales 061.883.484-20
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: S.T. Mossangana S/N
12 - Bairro: Area Rural 13 - Cidade: Cruz do Sul PB 14 - Estado: PB 15 - CEP: 58337-000

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 E 18 ANOS OU INCAPAZ COM TUTORADOR

12 - Nome completo do Representante Legal: 13 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, ser adido ao arrolamento como infração, conforme Longuíssimo de Fato (ANEXAR CÓPIA).

20 - AGENCIA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.500,00 ☐ R\$ 1.500,00 A R\$ 2.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 2.500,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Destinar para os bancos: Banco, Agência, Agência): ☐ CONTA CORRENTE (Destinar para os bancos)

☐ Bradesco (247) ☐ Itaú (332) ☐ Banco do Brasil (200) ☒ Caixa Econômica Federal (300)

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 001413825 AGÊNCIA: CONTA:

Autentico a assinatura LIDER e credito da conta bancária informada, de acordo com a situação, e valor da indenização/indenização do Seguro DPVAT a ser pago pelo LIDER, respondendo e dando, desde que o mesmo não se extinguiu ou extinguiu, quanto a todos os valores necessários.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que não estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Não estou apresentando, sob o pretexto de ausência de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprovando, desde já, a minha intenção de a qualquer momento, após a conclusão da perícia, apresentar a documentação necessária para a obtenção da indenização devida, conforme a Lei nº 50/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta declaração não gera nenhuma penalidade ou sanção de qualquer natureza.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 26 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima dentro do casamento(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui dependência, informar o nome completo:

28 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tenha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima possui dependência: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima possui dependência: ☐ Sim ☐ Não

Extinguido de que a Seguradora e/ou papais, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprovando, desde já, a minha intenção de a qualquer momento, após a conclusão da perícia, apresentar a documentação necessária para a obtenção da indenização devida, conforme a Lei nº 50/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta declaração não gera nenhuma penalidade ou sanção de qualquer natureza.

NÃO REAFETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a seguinte declaração:

35 - CPF legível de quem assina a seguinte declaração:

36 - CPF legível de quem assina a seguinte declaração:

37 - 1ª Assinatura de quem assina a seguinte declaração:

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - 3ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/04/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321006422601

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000141382

Número da Autenticação

101806BE7C0B0EA3

JOSE ANTONIO ANDRE SALES

CPF 000.000.000-00

Endereço: Rua ...

Cidade: ...

Estado: ...

energisa

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ
Jan / 2018	22/01/2018	21/02/2018	618634843

UC (Unidade Consumidora) 5/1323066

de contato

Informações importantes:
- O cliente deve manter a conta em dia.
- O cliente deve manter a conta em dia.
- O cliente deve manter a conta em dia.
- O cliente deve manter a conta em dia.
- O cliente deve manter a conta em dia.

Anterior	Atual	Constante	Consumo
Data	Leitura	Data	Leitura



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1698281-1

CADEASTRE SUR FATURA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZANDO O CODIGO 400109529

 VALOR DA FATURA: R\$ 229,97
  VENCIMENTO: 28/12/2020

 REFERÊNCIA: Dez / 2020
  CONSUMO: 255kWh

SITUACÃO DE DÉBITOS:

DESCRITIVO

[illegible]

DOI: 10.1002/for

RESERVADO AO FISCO 066a 302a 34d3 4340 a777.0641 15c0.62b2

RESERVA AO FISCO R\$ 282.343,40 R\$ 1.004.100,02

HISTÓRICO DE CONSUMO (KWH)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
2019	150	Resíduos	70,14
2018	150	Resíduos	70,14
2017	150	Resíduos	70,14
2016	150	Resíduos	70,14
2015	150	Resíduos	70,14
2014	150	Resíduos	70,14
2013	150	Resíduos	70,14
2012	150	Resíduos	70,14
2011	150	Resíduos	70,14
2010	150	Resíduos	70,14
2009	150	Resíduos	70,14
2008	150	Resíduos	70,14
2007	150	Resíduos	70,14
2006	150	Resíduos	70,14
2005	150	Resíduos	70,14
2004	150	Resíduos	70,14
2003	150	Resíduos	70,14
2002	150	Resíduos	70,14
2001	150	Resíduos	70,14
2000	150	Resíduos	70,14
1999	150	Resíduos	70,14
1998	150	Resíduos	70,14
1997	150	Resíduos	70,14
1996	150	Resíduos	70,14
1995	150	Resíduos	70,14
1994	150	Resíduos	70,14
1993	150	Resíduos	70,14
1992	150	Resíduos	70,14
1991	150	Resíduos	70,14
1990	150	Resíduos	70,14
1989	150	Resíduos	70,14
1988	150	Resíduos	70,14
1987	150	Resíduos	70,14
1986	150	Resíduos	70,14
1985	150	Resíduos	70,14
1984	150	Resíduos	70,14
1983	150	Resíduos	70,14
1982	150	Resíduos	70,14
1981	150	Resíduos	70,14
1980	150	Resíduos	70,14
1979	150	Resíduos	70,14
1978	150	Resíduos	70,14
1977	150	Resíduos	70,14
1976	150	Resíduos	70,14
1975	150	Resíduos	70,14
1974	150	Resíduos	70,14
1973	150	Resíduos	70,14
1972	150	Resíduos	70,14
1971	150	Resíduos	70,14
1970	150	Resíduos	70,14
1969	150	Resíduos	70,14
1968	150	Resíduos	70,14
1967	150	Resíduos	70,14
1966	150	Resíduos	70,14
1965	150	Resíduos	70,14
1964	150	Resíduos	70,14
1963	150	Resíduos	70,14
1962	150	Resíduos	70,14
1961	150	Resíduos	70,14
1960	150	Resíduos	70,14
1959	150	Resíduos	70,14
1958	150	Resíduos	70,14
1957	150	Resíduos	70,14
1956	150	Resíduos	70,14
1955	150	Resíduos	70,14
1954	150	Resíduos	70,14
1953	150	Resíduos	70,14
1952	150	Resíduos	70,14
1951	150	Resíduos	70,14
1950	150	Resíduos	70,14
1949	150	Resíduos	70,14
1948	150	Resíduos	70,14
1947	150	Resíduos	70,14
1946	150	Resíduos	70,14
1945	150	Resíduos	70,14
1944	150	Resíduos	70,14
1943	150	Resíduos	70,14
1942	150	Resíduos	70,14
1941	150	Resíduos	70,14
1940	150	Resíduos	70,14
1939	150	Resíduos	70,14
1938	150	Resíduos	70,14
1937	150	Resíduos	70,14
1936	150	Resíduos	70,14
1935	150	Resíduos	70,14
1934	150	Resíduos	70,14
1933	150	Resíduos	70,14
1932	150	Resíduos	70,14

INDICADORES DE QUALIDADE		MÊS DE ABRIL DO 1º TRIMESTRE ABRIL		LÍMITE DE TOLERÂNCIA	
Índice de satisfação do cliente	81,7	0,33	0,15	20,0	10,0
Índice de qualidade do produto	91,7	0,33	0,25	12,0	0,0
Índice de qualidade do atendimento	88,0	0,33	0,25	12,0	0,0
Índice de qualidade do processo	88,0	0,33	0,25	12,0	0,0

— АЛЕКСАНДР

1. Subject: Mathematics
 2. Topic: Algebra
 3. Chapter: Linear Equations
 4. Section: One-Step Equations
 5. Objective: To solve one-step equations using addition and subtraction.
 6. Materials: Whiteboard, markers, student worksheets.
 7. Introduction: Review the basic properties of equality.
 8. Instruction: Present examples of one-step equations and solve them together.
 9. Practice: Assign problems for students to solve individually.
 10. Assessment: Check student work for accuracy.
 11. Conclusion: Summarize the steps for solving one-step equations.
 12. Homework: Assign additional problems for practice.



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: 0800-1596 / 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 SUSEP 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 COAF¹.

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 9.513/98.

Pelo exposto, eu **JOSÉ EDUARDO DA SILVA**

Inscrito (a) no CPF/CNPJ **455.536.024-91**

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Antonio Andre Sales

Inscrito (a) no CPF sob o Nº **063.883.484-20**

do sinistro de DPVAT cobertura **Invalididez**

da Vítima **José Antonio Andre Sales**

Inscrito (a) no CPF sob o Nº **063.883.484-20**

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:
RUA AGENTE FISCAL JOSE C DUARTE

Número:
157

Complemento:

Bairro:
MANGABEIRA

Cidade:
JOÃO PESSOA

Estado:
PB

CEP:

58066-384

E-mail:

Tel.(DDD):

(63) 90863-4900

Local e Data: **JOÃO PESSOA - PB**

30/02/2023

Assinatura do Declarante

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: **JOSÉ ANTÔNIO ANDRÉ SALES** ENFERMARIA/LEITO: **11/140**
 IDADE: **37** SEXO: **Mas** CLÍNICA: **ORTOPEDIA**
 DATA DE ADMISSÃO: **18/12/2020** DATA DE ALTA: **24/12/2020** TEMPO DE PERMANÊNCIA: **6 DIAS**

DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO** CID: **S52**

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: **O MESMO**

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: **RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO FRATURA**

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA: **INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO** COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA: **(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO**

RESUMO CLÍNICO:
 Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e retorno ambulatorial.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por: **15 DIAS**
 Retorno às atividades sem esforço físico em: **30 DIAS**
 Retorno às atividades com esforço físico leve em **45 DIAS** e com esforço maior em **90 DIAS**.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local.
 Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em **21 DIAS**.
 Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **15 dias para revisão**. Médico: **Dr Milton Linhares**

24/12/2020 Data **David Pierre Lucena Mattias** Assinatura do Médico
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RB 13263

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

CERTIDÃO

Nº. 0142/2021

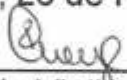
Atendendo solicitação de **JOSE ANTONIO ANDRÉ SALES** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de ficha de atendimento nº 365723 e prontuário nº 2020.12.1910 pertencentes ao requerente, que foi atendido dia 18/12/2020 às 09h02min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal direito e redução cruenta + fixação interna. Realizado procedimento cirúrgico no dia 23/12/2022. Com alta médica no dia 24/12/2020.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de Fevereiro de 2021

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 365723

Atd: Nao Regulado

EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 18/12/2020

RU. ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 09:02:09

580 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES

FAX: () - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: JOSE ANTONIO ANDRE SALES

Num. Prontuario: 2020.12.001910

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 061.883.484-20

CNS: 700409419767346 Sexo: M IDENTIDADE: 3101992 Fone: 981097481

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/10/1983 Id: 37 ano(s)

End.: ASSENTAMENTO MASSANGANA, 00

Bairro: MASSANGANA II Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB

Mae: SEVERINA ANDRE SALES

Pai: MARIANO FRANCISCO SALES

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

IRMAO-LOURIVAL

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO NA BR 230

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

A: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Ec. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Q: ca Principal

Observacao

Paciente trazido pelo BOMBEIRO. Negar perda da consciência
intima de acidente de moto. bu vômitos.
Negar trauma tóraco-abdominal.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) **A** UAP 87 ceficologia
B boa exp. tróica **C** hemal. estável. pele estável.
Abdome indolor. **D** Glasg. 15. **E** fratura em MSD?

Diagnostico

Conduta Rx MSD / MSE.

TDR

Rx tórax / pulm

Prescrição

Horario da medicacao

Voltarem 1 amp. 1m

mm

Renata Sarmiento
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 1266

Alta da C.G. A ortopedia



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Jose Antonio Anacleto Gely Data da Admissão: 18/12/20
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Etnicidade: _____ Data de Nascimento: 1/1 _____
QPD: _____
HDA: Trouxe em mãos
D e 1 dor e desconforto

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

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

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

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

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

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

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

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Fratura do rádio distal D

Conduta: _____

Fx fixação

Dr. Heitor Romero L. Nobrega
Médico Ortopedista

CRM 6050

Nome: <i>José Antonio André Sales</i>				Registro:	
Idade: <i>37 anos</i>	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>23/12/2020</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente:			2º Assistente:		
Anestesista: <i>Dr. Diego dos Anjos</i>			Instrumentador: <i>Maria</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Rádio Distal direito</i>				<i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Redução Cruenta + Fixação Interna</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:**

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Garroteamento de membro superior ao nível do 1/3 médio do braço

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região volar e distal para acesso ao rádio

Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do rádio distal

Conduta:

Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos

Aposição de 01 placa em "T" + 05 parafusos corticais

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Fechamento por planos

Curativo

Retirada de garroteamento de membro superior

Observada boa perfusão periférica

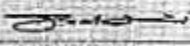
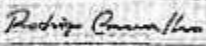
Tala axilopalmar gessada

OBS:

Data: **23/12/2020**

Dr. Alexandro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBT 1503

MÉDICO/CFM

REPÚBLICA DE PARAGUAY MINISTERIO DEL INTERIOR DIRECCIÓN GENERAL DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre: JOSE EDUARDO DA SILVA	
VALOR EM R\$ D. TERRITÓRIO NACIONAL 1009001575	Foto: 
	DOC IDENTIFIC: 1054262 SSP PR
	CPF: 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO: 02/04/1967
	TÍTULO: JOSEFA HERVASIO DA SILVA
Nº RESÍDUO: 00724151162	CIDADAD: 10/11/2015 DATA EXPIRACIÓN: 06/04/1989
OBSERVACIONES:	
Assinatura: 	
LOCAL: JOÃO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO: 11/11/2014
Assinatura: 	
Códigos: 60378088460 PB029545609	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.06



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME JOSE ANTONIO ANDRÉ SALES

FILIAÇÃO

Mariano Francisco Sales
Severina André Sales

João Pessoa-PB

NATURALIDADE

13.10.1983

DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM

Cert. Nas. 10887, III, A-28, Fls. 216
4º Cart. João Pessoa-PB.

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DE RECEITAS

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

061.883.484-20

Nome

JOSE ANTONIO ANDRI SALES

Nascimento

13/10/1983

