

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **WALISON BATISTA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3170642902**

Vitima: **WALISON BATISTA DE LIMA**

Data do Acidente: **03/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170642902**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12082682



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **WALISON BATISTA DE LIMA**

Sinistro: **3170642902**

Vítima: **WALISON BATISTA DE LIMA**

Data do Acidente: **03/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170642902** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12203459

A/C: WALISON BATISTA DE LIMA

Nº Sinistro: 3170642902
Vítima: WALISON BATISTA DE LIMA
Data do Acidente: 03/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **WALISON BATISTA DE LIMA**

Valor: **R\$ 7.256,25**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000100060-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.256,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170642902 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALISON BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 03/06/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO DIREITO E NO COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, WALISON BATISTA DE LIMA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3626013 EXPEDIDO POR SSP-PA EM 23/09/16
 COM O 0910165151494 (CNPJ) WALISON BATISTA DE LIMA, PROFISSÃO AUX. M. MÉR.
 RENDA MENSAL DE R\$ neussou-se INVALIDEZ DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO
 DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Walison Batista de Lima AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

De acordo com a Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistral, que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido ou em papel, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações do código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00100060

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITA O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita, 11 de agosto de 2017 Walison Batista de Lima

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

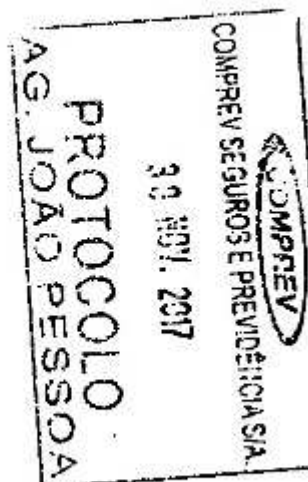


ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271264.







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



PROTOCOLO:
17045569B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA: PEDRO GOES/1371043 DATA/HORA: 03/06/2017 01:45

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

BAYEUX/PB

BR:

230

KM:

34.8

SENTIDO:

Crescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

Boletim de ocorrência



ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Plena Noite

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Dupla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Curva | Ativa

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Sim

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:



Sem Imagem

IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:



IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO CRESCENTE:



IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO DECRESCENTE:



AUXÍLIO DE OUTRO ORGÃO:

Corpo de bombeiros

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

Viatura resgate comandada pelo CB Wuglailson

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA - VIATURA PRÉFIO AR47, PLACAS QFC-0507/PB, COMANDADA PELO CB WUGLAILSON.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

30 NOV. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF PEDRO GOES, MATRÍCULA 1371043

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/06/2017 07:42

NÚMERO DE CONTROLE: 91161C93310951A5EFFCA7F572803A

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

Página 1 de 8



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



PROTOCOLO:
17045569B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



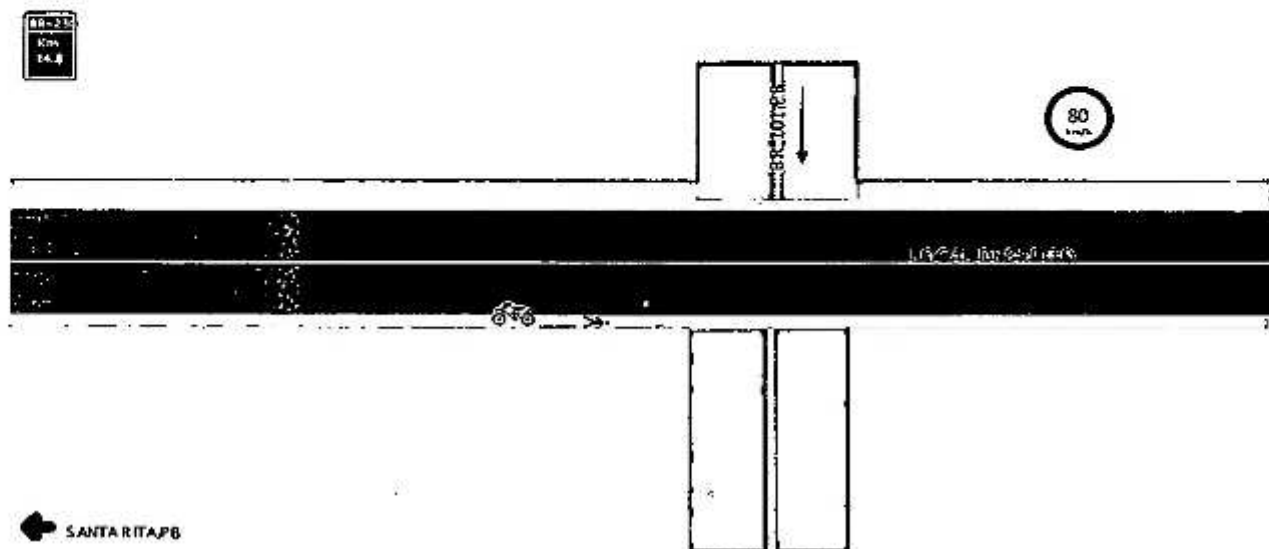
Sem Imagem

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Tombamento	V1

Croqui



Amarração - Não realizada



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF PEDRO GOES, MATRÍCULA 1371043

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/06/2017 07:42

NÚMERO DE CONTROLE: 91161C93310951A5EFFCA7F572803A

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

Página 2 de 8



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



PROTOCOLO:
17045569B01

STATUS:
Encerrado

Narrativa

NO DIA 03/06/2017, POR VOLTA DAS 01H40, OCORREU UM ACIDENTE COM VÍTIMA, TIPO QUEDA DE MOTOCICLETA NA ALTURA DO KM 34,8 DA BR 230/PB SENTIDO CRESCENTE. A EQUIPE DA SERVIÇO DO POSTO PRF DE BAYEUX/PB COMPARECEU AO LOCAL PARA AS DILIGÊNCIAS DE PRAXE. CONFORME LEVANTAMENTOS REALIZADOS NO LOCAL, PRESUMIMOS QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO V1, MOTOCICLETA HONDA DE PLACA NPZ-3987/PB, NA OCASIÃO CONDUZIDO POR WALISON BATISTA DE LIMA CPF Nº 090.651.514-94, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO E CAIU DO VEÍCULO. O VEÍCULO ENCONTRAVA-SE ESTACIONADO NO LADO ESQUERDO DA PISTA DE ROLAMENTO, APOIADO NO DESCANSO LATERAL. CONDUTOR ENCONTRAVA-SE CAÍDO AO SOLO FORA DA RODOVIA. OBS: 1 - LOCAL DESFEITO; 2 - CONDUTOR COM SINTOMAS DE EMBRIAGUES; 3 - TESTE ETILÔMETRO NÃO REALIZADO DEVIDO AOS FERIMENTOS NO CONDUTOR; 4 - VELOCIDADE NO LOCAL É DE 80Km/h.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF PEDRO GOES, MATRÍCULA 1371043

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/06/2017 07:42

NÚMERO DE CONTROLE: 91161C93310951A5EFFCA7F572803A

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

Página 3 de 8



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



PROTOCOLO:
17045569B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: NPZ3927	MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS	ANO FABRICAÇÃO: 2010
SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta		
CHASSI: 9C2JC4110AR663441	RENAVAM: 00225101297	PAIS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
CONDUTOR COM SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ (ODOR ETÍLICO)
NÃO FOI POSSÍVEL REALIZAR O TESTE DE ETILÔMETRO

NOME DO PROPRIETÁRIO: WALISON BATISTA DE LIMA	CPF/CNPJ: 090.651.514-94
--	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA REMIGIO 383	NÚMERO: 00383
COMPLEMENTO:	BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:
SANTA RITA/PB

TELEFONE: 83 98719-4091	EMAIL:
----------------------------	--------

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Encaminhamento

MOTIVO: Outros	TIPO DE RECEPTOR: Depósito credenciado
-------------------	---

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
LICENCIAMENTO ATRASADO, FALTA DE EQUIPAMENTO OBRIGATÓRIO (RETROVISORES), MAU ESTADO DE CONSERVAÇÃO (PNEU TRASEIRO ATINGIU O TWI) - ENCAMINHADO PARA A TRANSGUARD DRV Nº 14011706030159-188

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:



Sem Imagem

IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:



Sem Imagem

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



Sem Imagem



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF PEDRO GOES, MATRÍCULA 1371043

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/06/2017 07:42

NÚMERO DE CONTROLE: 91161C93310951A5EFFCA7F572803A

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

Página 4 de 8



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



PROTOCOLO:
17045569B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / NPZ3927 / HONDA/CG 125 FAN KS		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: WALISON BATISTA DE LIMA	CPF: 090.651.514-94	DATA DE NASCIMENTO: 22/07/1990
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: NEUCILENE BATISTA DE LIMA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA REMIGIO	NÚMERO: 383
COMPLEMENTO:	BAIRRO: MUNICIPIOS
MUNICÍPIO/UF: SANTA RITA/PB	
TELEFONE: 83-98719-4091	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 05874247936	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 09/09/2013	VALIDADE DA CNH: 19/12/2017	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 15		

Circunstâncias

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

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

CONDUTOR SOCORRIDO COM LESÕES GRAVES

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

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: Corpo de bombeiros
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: VIATURA PREFIXO AR47/CABO WUGLAILSON	



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF PEDRO GOES, MATRÍCULA 1371043

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/06/2017 07:42

NÚMERO DE CONTROLE: 91161C93310951A5EFFCA7F572803A

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

Página 5 de 8



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



PROTOCOLO:
17045569B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

LOCAL DESFEITO; VEÍCULO ENCONTRAVA-SE SOBRE O ACOSTAMENTO ESQUERDO APOIADO SOBRE SUAS RODAS E COM DESCANSO LATERAL ACIONADO.

CONDUTOR ENCONTRAVA-SE DEITADO SOB O ACOSTAMENTO LADO ESQUERDO.

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem





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



PROTOCOLO:
17045569B01

STATUS:
Encerrado

AValiação DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / NPZ3927 / HONDA/CG 125 FAN KS

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

PEDRO GOES/1371043

NÚMERO DO BAT:

17045569B01

DATA/HORA:

03/06/2017 01:45

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

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF PEDRO GOES, MATRÍCULA 1371043

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/06/2017 07:42

NÚMERO DE CONTROLE: 91161C93310951A5EFFCA7F572803A

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

Página 7 de 8



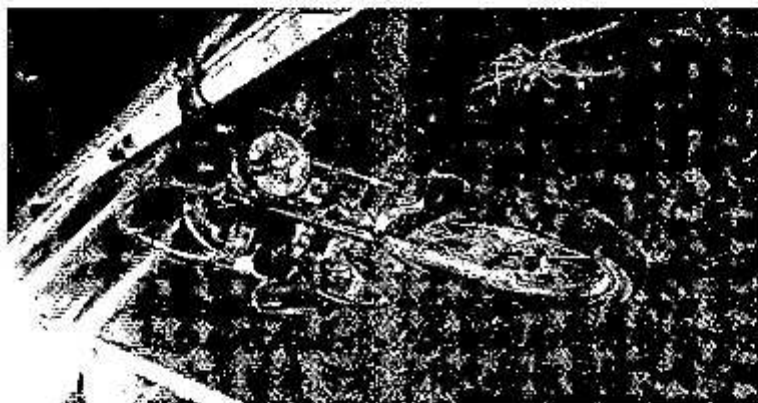
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



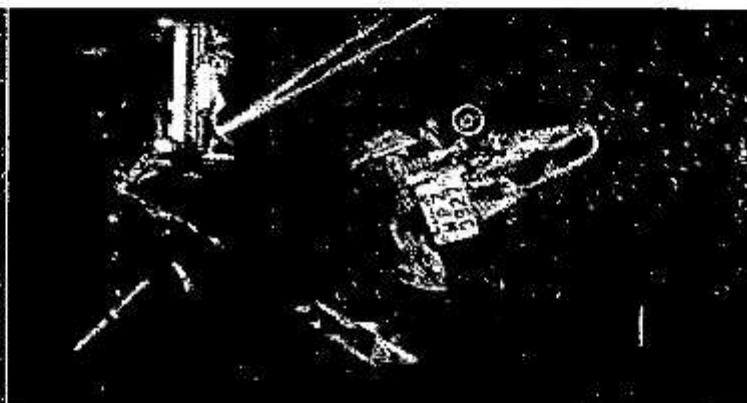
PROTOCOLO:
17045569B01

STATUS:
Encerrado

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

30 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF PEDRO GOES, MATRÍCULA 1371043

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 08/08/2017 07:42

NÚMERO DE CONTROLE: 91161C93310951A5EFFCA7F572803A

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

Página 8 de 8

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Walisson Batista de Lima, portador da carteira de identidade nº 3626015 e inscrito no CPF sob o nº 090.651.514-9 residente e domiciliado na Remigio, 383 - Municipios, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Walisson Batista de Lima

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Santa Rita, 11 agosto 2017

Local e data

DMPREV

REV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

30 NOV. 2017

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1004765

Comprovação de ato declaratório



Identificação do paciente

ID 1176948	Nome WALISON BATISTA DE LIMA	Sexo Masculino
Data de nascimento 22/07/1990	Idade 26 anos 11 meses 29 dias	Estado civil
Mãe NEUCILENE BATISTA DE LIMA	Pai FERNANDO BARBOSA DE LIMA	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO(A)	Profissão 102345
DDD Móvel 00	Fone Móvel 988738775	DDD Fixo 988518918
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3626015	Nº Cns 706208529301562
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58303385	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro TIBIRI
Número SN	Complemento NAO INFORMADO	Bairro MUNICÍPIOS	

Admissão

Data e Hora 03/08/2017 03:01:20	Número da pulseira 1000006212642	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA CIRURGICA E TRAUMA	
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

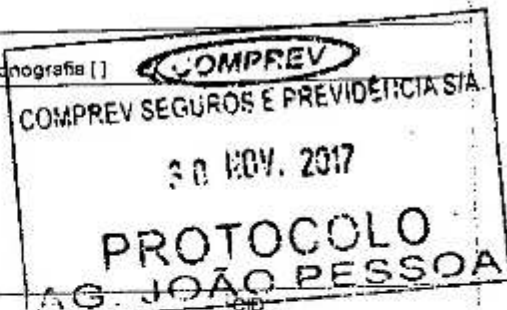
PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	
Atendida por BRUNO ALEXANDRO ALVES SOARES	Tempo 03min 18seg



Imprimir

Comprovante de residência



Pagamento 1

R\$ 7,50

Total da fatura

R\$ 50,00

Vencimento da Fatura

28/10/2017

Fatura Mensal

Número do Cartão: 526965XXXXXX3655

Atendimento a Clientes: 40049009

Demais Localidades: 0800 9409009

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Verificar os encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,44.

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor Original	Valor US\$	Cotação	Crédito/Débit
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR					29
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO					29
	Subtotal Nacional					5
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXXX3655					30
	Movimentações Nacionais					50
	13/10 ANUIDADE DIFERENC. ADA TIT 02/04					30
	Subtotal Nacional					50

Total Nacional

Total Internacional

Total da Fatura



GTC RECIFE PE PLB

JOSE EDUARDO DA SILVA

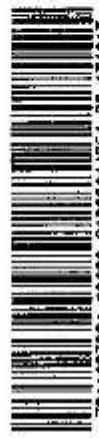
AV MARIA ROSA 58

MANAIRA

58038-460 JOAO PESSOA PB



00504754



7211307021 98868 21000044754 30 171017

Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 17/10/17 Emissão: 13/10/2017

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível 22276

Pontos a Expirar 1230

Encargos

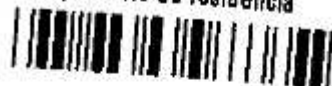
MULTA	2,00 %
MOBIL	1,00 %
ENCARGO	5,00 %

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

30 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Walison Batista de Lima,

RG nº 3626015, data de expedição 23/09/2014,

Órgão SSP-PB, CPF nº 090.651.514-94 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)	<u>Remigio</u>
Número	<u>383</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>municípios</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300-970</u>
Telefone de contato	<u>83-99342-1170/3512-8500/99105-5363</u>
E-mail	<u>alexsandracarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita / PB, 11/08/2017

Walison Batista de Lima

Assinatura do Declarante



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

6899811

REFERENCIA

MAY/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

FERNANDO BARBOSA DE LIMA
RUA REMIGIO 383

MUNICIPIOS

58300-970

SANTA RITA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
003-08-260-0216	0	1	0	0	0	6899811
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N407299	05/10/2015	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
330	349	19	29	24/06/2017
HIST. DE CONS./MOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA DE FETO 2 914/2011-MS				
NOV/2016	13	0	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES	
DEZ/2016	15	0	COL. TOTAIS 79 120 120	
JAN/2017	18	0	CLORO 79 120 120	
FEV/2017	18	32	COL. TERMGI 0 0 0	
MAR/2017	16	0	TURBIDEZ 79 119 119	
ABR/2017	17	0	COR 20 119 119	
MEDIA(M)	16		DADOS REFERENTES A: MAR/2017	

DATA DA LEITURA: 26/05/2017

HORA DA LEITURA: 09:05:45

DESCRICAO

	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	36,54		R\$36,54
DE 11m A 20m	9	42,75		R\$42,75
TOTAIS		79,59		

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

30 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Walisson Batista de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.651.514-94 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Walisson Batista de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.651.514-94, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

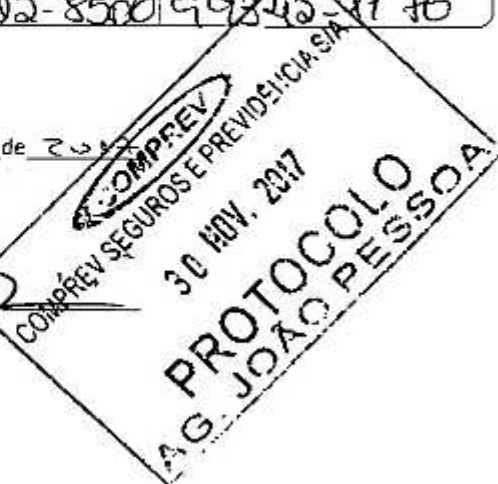
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Mamaine</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
E-mail <u>alexandresarduarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3512-8500</u>	Telefone celular(DDD) <u>99842-1170</u>

João Pessoa 10 de Novembro de 2017
Local e Data

Assinatura do Declarante





HOSPITAL GERAL
DA PARAÍBA

LAUDO MÉDICO

Declaro, para fins trabalhistas, que o(a) Sr(a) Walison Batista de Lima, apresentou acidente de moto no dia 03/06/2017 e evoluiu com diagnóstico de fratura do úmero proximal esquerdo fechada e exposta do olécrano direito. Foi atendido inicialmente em outro serviço onde realizou a primeira cirurgia. No dia 28/06/2017 foi submetido à osteossíntese do úmero e olécrano neste serviço. No momento está em seguimento ambulatorial e em reabilitação fisioterápica.

CID: S42.2 / S52

João Pessoa, 07 de julho de 2017

Dra. Andréa H. Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.482/2006

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

30 MAR. 2017

PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

28/07/2017 10:52:37

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
14042848	WALISON BATISTA DE LIMA	M	22/07/1990	27
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
3626015 SSDS PB	9065151494		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R REMIGIO 383 MUNICIPIOS SANTA RITA-PB CEP:58300970				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
		NEUCILENE BATISTA BARBOSA DE LIMA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
28/06/2017	08:27		
Médico Atendente			Clinica
2466287 RAFAEL LARA DE FREITAS			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
2466287 RAFAEL LARA DE FREITAS			0-INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	AUTO NORTE DISTRIBUIDORA DE PECAS LTDA
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
B4492800022004014		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1395421	99996666	C39722955	INTERNACAO
1395421	52080136	C39722955	FRATURAS DO COTOVELO - TRATAMENTO CIRURGICO
1395421	52050262	C39723124	FRATURAS DO UMIRO - TRATAMENTO CIRURGICO
1395421	52210022	C39723322	FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-OSSEOS



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

28/06/2017 16:0

CLINICA CIRTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

Paciente: WALISON BATISTA DE LIMA

Dt. Nasc.: 22/07/1990

Atendimento: 43964471

Prontuário: 14042848

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1A

Leito: 1A-106/1

Sítio Cirúrgico Identificado

SIM.

[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Revisão Do Cirurgião

SIM.

[2]

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado

SIM.

[2]

Checkagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento

Não se aplica.

[2]

Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos

Revisão Do Anestesista

SIM.

[2]

Checkou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada

Revisão Da Enfermagem

SIM.

[2]

Esterilização Do Material Confirmada E Validada

SIM.

[2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Orientação De Posicionamento De Membros

SIM.

Itens De Verificação

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados

SIM.

[2]

Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura

SIM.

[2]

Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica

Não se aplica.

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião

SIM.

[2]

Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus

SIM.

[2]

Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas

SIM.

[2]

Walter Gomes Pereira
Lima - PB
194698

Walter Gomes Pereira



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

28/06/2017 09:14

Paciente: WALISON BATISTA DE LIMA

Dt. Nasc.: 22/07/1990

Atendimento: 43964471

Prontuário: 141471

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1A

Leito: 1A 1061

Profissional(is): ANDREA BORGES MACEDO ENFERMEIRO(A), COREN 214819 (1)

Nº: 12125356 28/06/2017 às 09:14

ORIGEM DO PACIENTE

Residência

Sim

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia

Eletiva

Data Da Cirurgia

28/06/2017

Procedimento Cirúrgico Proposto

FRATURA COTOVELO D FRATURA UMERU E RE TIRADA FIOS E PINOS

Pulseira De Identificação

MSE

Responsável Pelo Recebimento

ENF ANDREA BORGES

Data Recebimento Do Paciente Na Unidade

28/06/2017

Avaliação Pré-Anestésica

Não

Orientações Ao Paciente

Cirurgia

Avaliação Das Condições Emocionais

Ansiedade

Preparo

Higienização

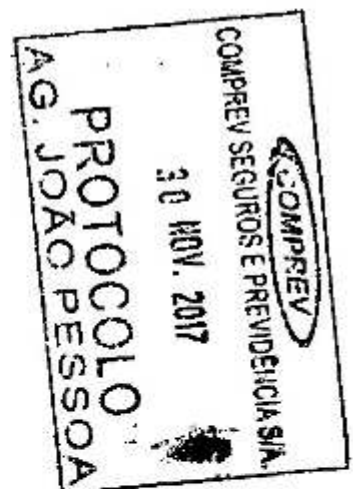
Sim

Tricotomia

Sim

Adornos, Esmaltes E Maquiagem

Sim



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJ

29/06/2017

Paciente: WALISON BATISTA DE LIMA

Dt. Nasc.: 22/07/1990

Atendimento: 43964471

Prontuário: 14042819

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1A

Leito: 1A-106/1

Profissional(is): MARIA DA CONCEICAO BENTO FERREIRA, TECNICO DE ENFERMAGEM,
COREN 560390 [1]

Nº: 12146071 28/06/2017 às 23.24

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento

22/07/1990

Sexo

MASCULINO

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora

09:40

Descrição

PACIENTE RETONOU DO BLOCO EM POI DE FRATURA DE COTOVELO.FRATURA DE UMEROS COM ACESSO CENTRAL JUGULAR EM EGR CONSCIENTE ORIENTADO,EUPNEICO,AFEBRIL SEM QUEIXAS NO MOMENTO SEGUE EM OBSERVAÇÃO PA.110X70

Hora

22:00

Descrição

PACIENTE MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA

Hora

02:00

Descrição

PACIENTE SEGUE SONO E REPOUSO PRESERVADO

Hora

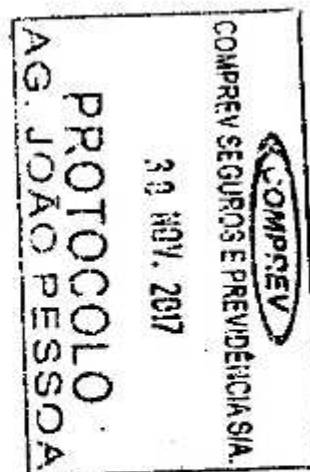
06:00

Descrição

PACIENTE SEGUE MEDICADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE PA.110X70

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

M. da Conceição Bento Ferreira
Téc. Enfermagem
COREN 560390



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

29/06/2017

Paciente: WALISON BATISTA DE LIMA

Dt. Nasc.: 22/07/1990

Atendimento: 43964471

Prontuário: 14042848

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1A

Leito: 1A-106/1

Profissional(is): EDNA MARQUES DE OLIVEIRA, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN 587198 Nº: 12162821 29/06/2017 às 15:35
[1]

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento 22/07/1990

Sexo MASCULINO

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora 07:00

Descrição PACIENTE ORIENTADO FRATURA DO COTOVELO SERGUE COM ACESSO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

Hora 08:00

Descrição

Hora

Hora

Intercorrências

Hora

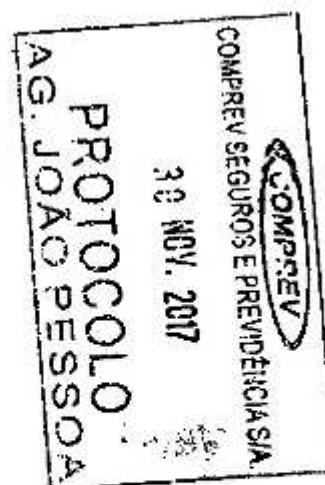
Descrição

Edna M. de Oliveira
Téc. Enfermagem
Coren-PB 5871-98
Edna M. de Oliveira
Téc. Enfermagem
Coren-PB 5871-98
PACIENTE ORIENTADO A MEDICACAO

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

30/06/2017 05:12

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

Paciente: WALISON BATISTA DE LIMA

DL Nasc.: 22/07/1990

Atendimento: 43964471

Prontuário: 14042848

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1A

Leito: 1A-106/1

Profissional(is): EDJANEIDE VICENTE DOS SANTOS, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN 696786 [1]

Nº: 12174657 30/06/2017 às 05:02

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento

22/07/1990

[1]

Sexo

Masculino.

[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora

19:30

[1]

Descrição

PACIENTE EM 1 DPO DE FRATURA DE COTOVELO ,EGR CONSCIENTE ,ORIENTADO ,EUPINEICO ,AFEBRIL ,HVP ,ATB , DIURESE ESPONTANEO , ACEITA DIETA SEQUE AOS CUIDADO DE ENFERMAGEM

[1]

Hora

20:00

[1]

Descrição

PACIENTE MCPM PROFENID ,DIPIRONA

[1]

Hora

22:00

[1]

Descrição

PACIENTE MCPM TRAMAL ,CIPROFLOXACINO

[1]

Hora

00:00

[1]

Descrição

PACIENTE MCPM CLINDACNE

[1]

Hora

02:00

[1]

Descrição

PACIENTE MCPM DIPIRONA

[1]

Hora

06:00

[1]

Descrição

PACIENTE MCPM, TRAMAL ,OMEPRAZOL ,CLINDACNE VERIFICADOS SSVV S/Q AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Edjaneide V. dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN 696786

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

28/06/2017 22:47

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

Paciente: WALISON BATISTA DE LIMA

Dt. Nasc.: 22/07/1990

Atendimento: 43964471

Prontuário: 14042848

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1A

Leito: 1A-106/1

Profissional(is): MARCIA MARIA MARQUES PEREIRA, ENFERMEIRO(A). COREN 341235 (1)

Nº: 12145565 28/06/2017 às 22:47

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

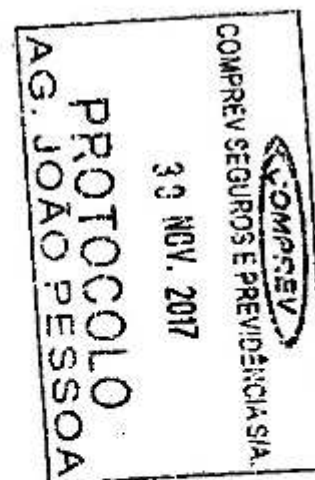
Evolução de enfermagem

Paciente retorna do bloco cirúrgico no POI de o fratura de cotovelo, EGR, consciente, orientado, eupneico, acianótico, anictérico, AVC em jugular direita, MMSS imobilizados, diurese espontânea. Segue MCP aos cuidados da equipe de enfermagem.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Sem Dispositivos Invasivos

S/n



CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

Paciente: WALISON BATISTA DE LIMA

Dt. Nasc.: 22/07/1990

Atendimento: 43964471

Prontuário: 14042848

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1A

Leito: 1A-106/1

Profissional(is): FILIPE ALMEIDA BOTTER, MEDICO CRM 10583 [1] Nº: 12143864 28/06/2017 às 21:10

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S422

Diagnóstico Cirúrgico

S442

ANESTESIA

Hora De Início

15:00

Hora De Término

21:00

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

28/06/2017

Hora Da Cirurgia

15:00

Cirurgia

OSTEOSSINTESE DE OLECRANO DIR E FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQ COM PLACAS BLOQUEADAS

Cirurgião

DR FILIPE BOTTER E DR LUCIANO LIRA

1º Auxiliar

DRA ADNREA NASRALA

Anestesiata

DR YURI

Descrição Cirúrgica

1º CIRURGIA - FRATURA DO OLECRANO
CIRURGIÃO DR LUCIANO AUXILIAR DR FILIPE
1 - DDH, RETIRADO FIXADOR EXTERNO, ANTISSEPSSIA E ASSEPSSIA
2- COLOCADO CAMPOS MSD
3- ESMARCH VENOSO E GARROTE NA REGIÃO PROXIMAL BRAÇO
4- ACESSO POSTERIOR PARA OLECRANO
5- DISSECADO POR PLANOS
6- FRATURA ARTICULAR DE OLECRANO COM COMINUIÇÃO METAFISARIA COM MAIS DE 5 FRAGMENTOS
7- REDUÇÃO DA FRATURA ARTICULAR E GANHADO COMPRIMENTO A LINHAMENTO DA PARTE METAFISARIA
8- FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM 2 FKS
9- FIXADO COM PLACA LONGA DE OLECRANO BLOQUEADA, COM 3 PARAFUSOS DISTAIS, E 3 PROXIMAIS (1, 3, 4 E OUTROS DOIS MENORES), MAIS DOIS PARAFUSOS CORTICAIS FIXANDO ASAS.
10- CHECADO REDUÇÃO ADEQUADA NA ESCÓPIA
11- LAVADO FERIDA, SUTURA POR PLANOS, CURATIVO.
12- RETIRADO GARROTE COM 1H E 40MIN DE CIRURGIA.
COLOCADO TIPOIA

2º CIRURGIA - FRATURA ÚMERO PROXIMAL
CIRURGIÃO DR FILIPE AUXILIAR DRA ANDREA
1- CADEIRA DE PRAIA, ANTISSEPSSIA E ASSEPSSIA
2- COLOCADO CAMPOS MSE
3- ACESSO DELTOPEITORAL USADO FERIDA PRÉVIA DA FRATURA EXPOSTA
4- DISSECADO POR PLANOS, VISUALIZADO FRATURA COMPLETA DO ÚMERO PROXIMAL, COM TRAÇO ARTICULAR DIVIDIDA EM CABEÇA EM DUAS PARTES (SPLIT DA CABEÇA), UMA COM TUBÉRCULO MAIOR E OUTRA COM MENOR.
5- FEITA DESINSERÇÃO MANGUITO ROTADOR PARA REDUÇÃO DA FRATURA ARTICULAR
6- REDUÇÃO ARTICULAR, FIXADO COM 1 PARAFUSO ESPONTOSO 3,5 COM AARRUELA + FK PROVISÓRIA
7- REDUÇÃO DA DIAFISE COM CABEÇA COM FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM 2 FKS
8 - FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA DE 3 FUROS DISTAIS DE TITÂNIO, COM 7 PARAFUSOS BLOQUEADOS PROXIMAIS BLOQUEADOS DISTAIS E 1 PARAFUSOS CORTICAL.
9- RETIRADOS FIOS DE FIXAÇÃO PROVISÓRIA
10- LAVADO FERIDA COM 5 LITROS SOROFISIOLÓGICO 0,9%
11- REPARO DO MANGUITO ROTADOR, OS TENDÕES SUPRAESPINAL E INFRAESPINAL NO TUBÉRCULO MAIOR E SUBESCAPULAR NO MENOR, FEITO TENODESE DO BICEPS NO PEITORAL MAIOR.
12- LAVADO NOVAMENTE FERIDA COM 2 LITROS DE SF 0,9%.
13- SUTURA POR PLANOS, CURATIVO, TIPOIA COM COXIM DE ABDUÇÃO

PROTÓCOLO
DE
CIRURGIA

30 NOV. 2017

COMPREVE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 1

28/06/2017 16

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

Paciente: WALISON BATISTA DE LIMA

DL Nasc.: 22/07/1990

Atendimento: 43964471

Prontuário: 14042848

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1A

Leito: 1A-106/1

Profissional(is): ANDREA BORGES MACEDO, ENFERMEIRO(A), COREN 214819 [1]
NALBETH GOMES CIRINO, ENFERMEIRO(A), COREN 194598 [2]

Nº: 12125216 28/06/2017 às 09:42

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia

28/06/2017

Cirurgia

FRATURA COTOVELO D, FRATURA ÚMERO E..E RETIRADA FIOS E PINOS.

Equipe Cirúrgica

DR. RAFAEL LARA

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente

INTERNAÇÃO

Itens De Verificação

Identidade Do Paciente

Sim.

Autorização Do Paciente

Sim.

Avaliação Pré-Anestésica

Não.

Confirmação De Vaga Em Uti

Não.

Exames Complementares

Sim.

Exames Radiológicos

Sim.

Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada

Sim.

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia

Sim.

Tricotomia Até 2 Horas Antes

Sim.

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Itens De Verificação

Confirmar Identidade Do Paciente

SIM.

Prontuário Ativo

SIM.

Opme Checado

SIM.

Checagem Completa Dos Equipamentos

SIM.

Alergias Do Paciente São Conhecidas

Não.

Checagem Completa Das Medicações Anestésicas

SIM.

Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguinea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança)

Não se aplica.

Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração

Não.

Confirmação De Vaga Em Uti

Não se aplica.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Itens De Verificação

Membros da Equipe Cirúrgica

SIM.

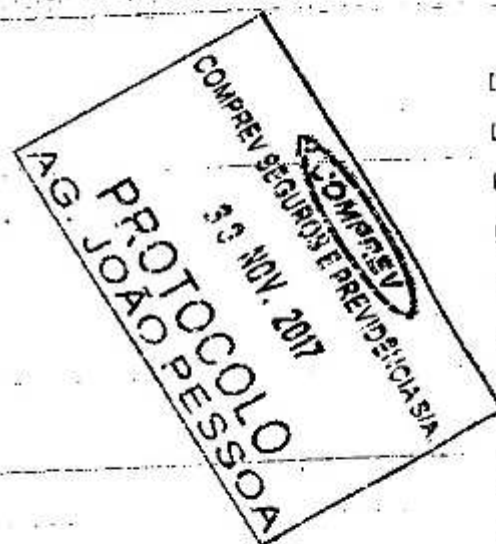
Confirmação Verbal Do Cirurgião, Anestesiista E Enfermeira:

Lateralidade Do Procedimento

Direita e Esquerda.

Paciente Certo

SIM.

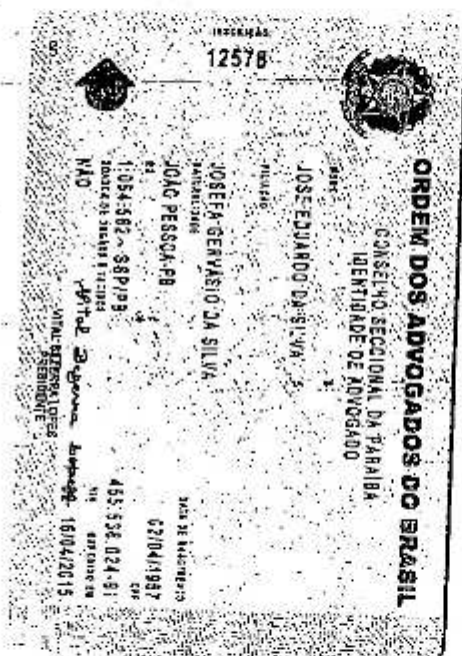


estou no nome (imune)

00000000000000000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOVERNAMENTO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES INSTITUTO NACIONAL DE METEOROLOGIA	
NOME SALISON BATISTA DE LIMA	
	DOCUMENTO / CREDENCIAMENTO 3675015 SSP PR
CPF DATA DE EMISSÃO 090.591.514-94 22/07/1990	
RAÇÃO FERNANDO BARBOSA DE LIMA NEUCLENE BATISTA DE LIMA	
TIPO DE VEÍCULO AB	ANO 2009
PLACA 05974247934	DATA DE EMISSÃO 15/12/2017
DATA DE VALIDADE 09/09/2013	
REMARKS REMARKS ATIV. REMISSADA.	
Assinatura do titular <i>Salison Batista de Lima</i>	
NOME JOAO PESSOA, VE	DATA DE EMISSÃO 23/09/2014
Assinatura do titular <i>João Pessoa</i>	
DATA DE VALIDADE 27/07/2015	
DATA DE VALIDADE 28/02/2015	

COMPREV
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



COMPREV
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DETRAN - PB

DETRAN - PB Nº 011349065301
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA _____ CPF / CNPJ _____ R.N.T.C. _____ EXERCÍCIO _____

1 _____

NOME _____

PLACA _____

PLACA ANT. / UF _____

CHASSI _____

COMBUSTÍVEL _____

ANEXO _____

COMBUSTÍVEL _____

MARCA / MODELO _____

ANO FAB. _____ ANO MOD. _____

CAP. POT. / CL. _____

CATEGORIA _____

COR / P. DO. NOME _____

COTA ÚNICA _____

VENC. COTA ÚNICA _____

VENC. / COTAS _____

FADA L.P.V.A. _____

PARCELAMENTO / COTAS _____

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) _____

IOF (R\$) _____

PREMIO TOTAL (R\$) _____

DATA DE PAGAMENTO _____

OBSERVAÇÕES _____

EM REGISTRO EM DEBÍTO _____

LOCAL _____

DATA _____

PB Nº 011349065301 BILHETE DE SEGURO

**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 0300 022 1204**

EXERCÍCIO _____ DATA EMISSÃO _____

VIA _____ CPF / CNPJ _____

1 _____

RENAVAM _____

MARCA / MODELO _____

ANO FAB. _____

CHASSI _____

PREMIO TARIFÁRIO _____

PREMIO (R\$) _____

DETRAN (R\$) _____

CUSTO DO SEGURO _____

CUSTO DO BILHETE (R\$) _____

IOF (R\$) _____

TOTAL A PAGAR PELA SEGURADORA _____

PAGAMENTO _____

COTA ÚNICA _____

PARCELADO _____

DATA DE OUTROR _____

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.506/0001-04

www.seguradoralider.com.br

011349065301

DUT



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

30 NOV. 2017

**PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461771/17
Vítima: WALISON BATISTA DE LIMA
CPF: 090.651.514-94

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/06/2017
Titular do CPF: WALISON BATISTA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

WALISON BATISTA DE LIMA : 090.651.514-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170642902 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALISON BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 03/06/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO. FRATURA DE OMBRO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO E LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO/SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO, HIPOTROFIA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, REDUÇÃO DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS E DA MOBILIDADE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE ELEVÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, HIPOTROFIA DO OMBRO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, REDUÇÃO DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

Resultados terapêuticos: TRATADAS CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACAS E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			53,75 %	R\$ 7.256,25

PRESTADOR

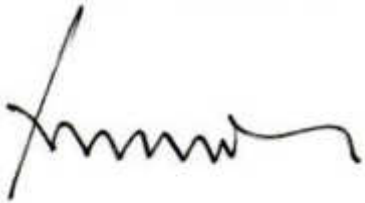
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

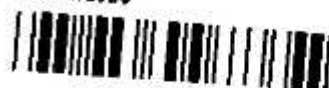
UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

Procuração



OUTORGANTE:

WALISON BATISTA DELIMA,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
AUX. de MOVIMENTAÇÃO, CI RG nº 3626015,
CPF/MF nº 090651514-84, residente e domiciliado(a) à Rua
RUA NEMILÍO, 383,
Cidade de SANTA RITA Estado
Paraíba, CEP: 58300-970, telefone
83-99342 1170, 83-3512-8500.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

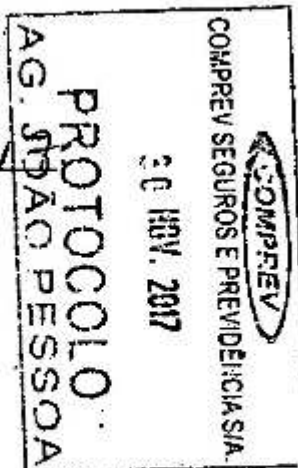
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos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



SANTA RITA 11 de AGOSTO de 2017

Walison Batista de Lima

OUTORGANTE



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **WALISON BATISTA DE LIMA** Sinistro: **3170642902** Data: **03/06/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA REMIGIO, 383 - Centro - Santa Rita - PB - CEP 58300-970**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3626015**

Data local do exame: [**27/12/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE COTOVELO DIREITO. FRATURA DE OMBRO ESQUERDO. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO E LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO/SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO, HIPOTROFIA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, REDUÇÃO DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS E DA MOBILIDADE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE ELEVÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, HIPOTROFIA DO OMBRO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, REDUÇÃO DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATADAS CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACAS E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):
Membro superior direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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


Joao Fernandes de Souza
CRM - 139712

Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB