

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180520858**
Vítima: **RICARDO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **06/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180520858**.

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 13560493



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

037.362.694-04

Nome completo da vítima

RICARDO DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
RICARDO DOS SANTOS		037.362.694-04			
Endereço		Número		Complemento	
RUA SEBASTIÃO RENATO DE MELO		167		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
VALENTINA	JOÃO PESSOA	PARAIBA	58064-015		
Email					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 4823 D/V ☐ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 34951 D/V ☐ (Informar dígito se existir)		CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V ☐ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. D/V ☐ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V ☐ (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Ricardo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

4823 - PARAHYBA, PB

DATA: 05/11/2018

TERMINAL: 1003

NSU: 000109

HORA: 10:04:48

AUT.: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTA: 4823/013.00014951-6

NOME: RICARDO DOS SANTOS

SALDO DISPONIVEL:

SALDO BLOQUEADO :

SALDO TOTAL :

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Via Cliente



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

037.362.694-04

Nome completo da vítima

RICARDO DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
RICARDO DOS SANTOS		037.362.694-04			
Endereço		Número		Complemento	
RUA SEBASTIÃO RENATO DE MELO		167		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
VALENTINA	JOÃO PESSOA	PARAÍBA	58064-015		
Email					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)							
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 4823 D/V		CONTA NRO. 34951 D/V		CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: NRO:		NRO:	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Ricardo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

4823 - PARAHYBA, PB

DATA: 05/11/2018

TERMINAL: 1003

NSU: 000109

HORA: 10:04:48

AUT.: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTA: 4823/013.00014951-6

NOME: RICARDO DOS SANTOS

SALDO DISPONIVEL:

SALDO BLOQUEADO :

SALDO TOTAL :

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Via Cliente





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01944.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01944.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:40 horas do dia 15 de outubro de 2018, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Ricardo dos Santos**, CPF nº 037.362.694-04, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vendedor, filho(a) de Terezinha Maria dos Santos e Não Declarado, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 31/05/1977 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Sebastião Renato de Melo, Nº 167, complemento VALENTINA I, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Upa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98791-1048.

Dados do(s) Fatos:

Local: Maria Regina Martins, Mangabeira VIII, Trauímina, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/05/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

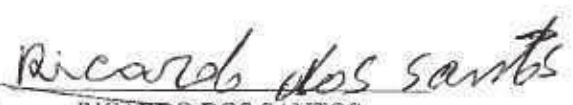
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo o notificante trafegava com o veículo pas/motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 ano e modelo:2011/2012 de cor vermelha, placa:OEVO810/PB,Chassi nº 9C2KC1670CR425081, registrado em nome Maricelio Pereira da Silva-CPF nº 917.740.044-53;QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão, foi ultrapassado por um ônibus, mas que este fez uma conversão para a esquerda, fazendo com que o notificante viesse a colidir no para-choque do ônibus;QUE segundo o notificante devido ao impacto veio a cair ao chão;QUE o notificante foi socorrido para o H.E.T.S.H. L., e depois encaminhado para o complexo hospitalar de Mangabeira conforme certidão nº 1216/2018, datado de 10/09/2018, assinado pelo médico da vigilância à saúde CRM /PB 3533;QUE não quer representar criminalmente.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


RICARDO DOS SANTOS
Notificante
COMPREV PREVIDENCIA S/A
06 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

RICARDO DOS SANTOS

CPF da Vítima

037.362.69404

Data do Acidente

06/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

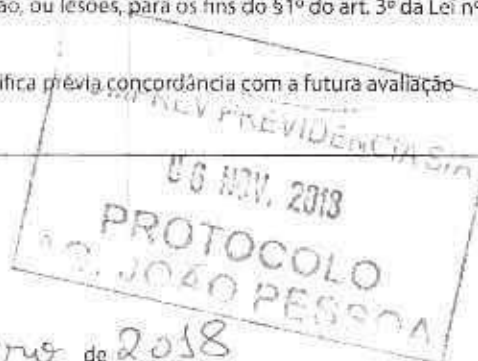
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



João Pessoa, 06 de Novembro de 2018
Local e Data

Ricardo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 805/051, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2064448, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **RICARDO DOS SANTOS** idade 40 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x ônibus)** no dia 06/05/2018, na R. Maria Regina Martins, Bairro: Mangabeira VIII - João Pessoa - aproximadamente às 16:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 18 de Maio de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CPF nº 025.101.711

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 125929

Atd: Nao Re

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 06/05/2018

RJA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 22:45:32

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: GABRIELA DA COSTA

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: RICARDO DOS SANTOS

Num. Prentuario: 2018.05.000786

CNS: 702805193554060 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986438433

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 31/05/1977 Id: 40 ano(s)

End.: RUA SEBASTIAO RENATO DE MELO, 206

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: TEREZINHA MARIA DOS SANTOS

Pal:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

E escolaridade:

Resp.: AMIGO/MAURICELIO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr. adencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Pesc:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

[] observacao

Queixa Principal

IENTE COM FRATURA EXP DE PUNHO D

COMPREV PREVIDENCIA S/A
06 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

Plt Provencio do Hospital de Trauma, Alameda

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
Paciente com fratura exp de punho direito, com
lesão sangüínea e hematomas profundos de mão e
com dor no local.

Diagnostico Fratura exp de punho direito de mão direita
Conduta

Prescritao

* Realizar LMC SF 097. Alameda
* Analisar o punho e a mão direita
* Analisar a mão esquerda e a mão direita
* Analisar a mão esquerda e a mão direita
* Analisar a mão esquerda e a mão direita
* Analisar a mão esquerda e a mão direita
* Analisar a mão esquerda e a mão direita

Dr. Fernando A. L. Silva
Cirurgião - Ortopedia
CRM 1214 (R) (RJ)

* OPORTE DIA * 06/05/18 23:40

Paciente proveniente do Hospital de Trauma,
encaminhado pelo serviço conforme postmorte p/ fto.
de prova de radiol. distal. Sinais vitais de TCE,
e foi liberado com alta médica de todas as especialidades
pelo METEM. Apresenta náuseas, vômitos e vertigem.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

CD: Soluete periar da
origem. geral

Dr. Teodoro A. R. Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 7018 TEOT 15MT



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

oi

FAC

9912341037/2013-OR/RJ/SPM

OI

Correios

e

Devolução
Eletrônica

Correios



CTC RECIFE PE PL6
ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS
RUA PROF CORINA MARIA RABELO 28
JOSE AMERICO ALMEIDA
58073-270 - JOAO PESSOA - PB

46814393



7213512820 25968 00004314393 30 200418



Assinatura do Declarante

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME RICARDO DOS SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 40A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 06/05/2018		DATA DE ALTA 22/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal (Punho)</i>				CID S52.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO		() A PEDIDO	
ÓBITO				() CURADO ()	

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de punho foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) 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 60 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 lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol)

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

23/05/18

DATA

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9127 - PB
RPM 20770 - PE
ASS. MÉDICO / C.R.M

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

18

CERTIDÃO

Nº. 1216/2018



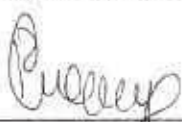
Atendendo solicitação de **RICARDO DOS SANTOS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento nº 125929 e Prontuário de Nº 2018.05.000786, pertencente ao requerente que foi atendido dia 06/05/2018 às 22h45min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/05/2018 com alta médica dia 23/05/2018.

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

João Pessoa, 10 de setembro de 2018

Dra. Rossana de F. A. Barbosa
Clínica Médica / Saúde da Família
Geriatría / Terapia Intensiva
CRM-PB 3533


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 125929 Atd: Nao Regul
Data: 06/05/2018
Hora: 22:45:32
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SE
Clinica: ORTOFEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RICARDO DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Frontuario: 2018.05.000786

CNS: 702805193554060 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986438433

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 31/05/1977 Id: 40 ano(s)

End.: RUA SEBASTIAO RENATO DE MELO, 206

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: TEREZINHA MARIA DOS SANTOS

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: AMIGO/MAURICELIO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr. idencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispineia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

ENTE COM FRATURA EXP DE PUNHO D

PT Provencio do Hospital de Trauma, Alameda
Fratura de punho direito com lesões (trauma) e
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
Paciente com lesões de punho, com
lesões sangüíneas e lesões de punho de punho
com lesões de punho.

Diagnostico Fratura exposta de punho direito com lesões de punho
Conduta

Prescrição Realizado LMC SF 09/10/2018
A limpeza do punho e a limpeza da ferida
* curativo + pomada pl. neomomicina 1%
* pomada
* talco azul
* pomada pl. de curativo

* OPORTE DIA * 06/05/18 23:40

Devido movimento do Hospital de Trauma,
encaminhado pelo serviço conforme procedimento p/ +to.
de fratura de rádio distal. Apurto nistato de TCE,
e foi liberado com alta nista de todos os especialistas
pelo RETESN. Apresenta náuseas, vômitos e vertigem.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo) | CD. Solente para a
origem geral

Dr. Teófilo A. R. Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 7012 TEOT 15717

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário

Evolução

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 NOV. 2013

PROTOCOLO

AD. JOÃO PESSOA

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVC [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

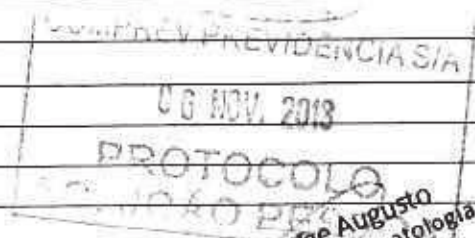
Assinatura e Carimbo do Médico

Nome: RICARDO DOS SANTOS				Registro:	
Idade: 40 a	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 22/05/2018			Cirurgião: <i>JORGE AUGUSTO</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Rádio Distal</i>				<i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Redução Incruenta + Fixação percutanea</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 tipo bloqueio**Garroteamento de membro superior ao nível do 1/3 médio do braço**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:****Achados:****Conduta:***Realizada manobra para redução incruenta**Fixação percutânea com fios 03 kischiner,***Fechamento:***Limpeza com SF a 0,9% de punho**Curativo**Tala axilopalmar gessada***OBS:**

Data:

22/05/18



Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9127 - PB
CRM 20770 - PE
MÉDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: ____/____/____

Nome: Rivenele dos Santos

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: Doença crônica progressiva em curso

HDA: _____

Paciente proveniente do H.E.T.S.M.C., admitido
para exames de rotina de rotina.

PREVIDENCIASIA

CG 1234.2013

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematemese [] 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-reposo [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] 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: *fu e exame físico*Hipóteses Diagnósticas: *Pl. angustata de nódulo cervical (D)*Conduta: *Interno p/ Hto. Urinária*

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) - CNPJ:

Ficha: 166957 Atd: Nao Regulado
Data: 26/09/2018 08:53:51
Recepcionista: ELAINE CRISTINA MARTINS GOMES
Clinica: AMBULATORIO
Atendimento: CONSULTA

Dr. Pedro Lago

FICHA DE AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Nome: RICARDO DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 7

Prontuario: 2018.05.000786

Mae: TEREZINHA MARIA DOS SANTOS

Pai: NAO DECLARADO

Data Nasc.: 31/05/1977 Idade: 41 ano(s)

Sexo: M CNS: 702805193554060

IDENTIDADE: 2175960

Telefone: 986438433 Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO

Natural: JOAO PESSOA-PB

End.: RUA SEBASTIAO RENATO DE MELO, 206,

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Procedencia: RESIDENCIA

Profissional:

Resp.: RICARDO DOS SANTOS

Tel.: 986438433

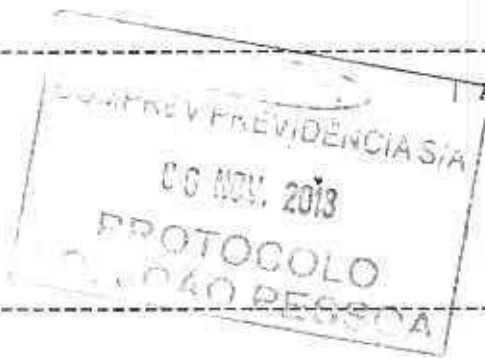
IDENTIDADE: 2175960

PRE-CONSULTA: PA: FC: FR: TEMP: GLICEMIA: SO2:

HDA: *Ex pulso br 3 vezes.*

ANTECEDENTES:

MEDICAMENTOS EM USO:



ALERGIA []

EXAME FISICO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

CONDUTA:

CURATIVO: SIMPLES: []

COM PONTOS: []

TROCA DE SONTA: []

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

Ricardo dos Santos

ASSINATURA DO PACIENTE

PROCEDIMENTO REALIZADO: (CONTAS MEDICAS)

ASSINATURA DO E CARIMBO DO MEDICO

PREVIDENCIA SIA
06 NOV. 2013
PROTOCOLO
0040 PERS-01

88

COMISSÃO PREVIDENCIÁRIA
08 NOV, 2013
PROTOCOLO
AC. JOÃO BESSOA

82

GOV. PRES. PREVIDENCIA SIA
06 MAR. 2013
PROTOCOLO
0040 PES 2013

GOV. PRES. PREVIDENCIA SIA
06 MAR. 2013
PROTOCOLO
0040 PES 2013

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLICIA CIENCIFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

V-02
P-001

RICARDO DOS SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE




SECRETARIA DE PREVIDENCIA SIA
 06 MAR. 2013
 PROTOCOLO
 1040 PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.175.960 -2 VI DATA DE EXPIRACAO 13/06/2012
 NOME RICARDO DOS SANTOS
 FILIAÇÃO TEREZINHA MARIA DOS SANTOS
 NATURALIDADE JACARAÚ-PB DATA DE NASCIMENTO 31/05/1977
 COG ORIGEM NASC N. 44564 FLS. 68 LIV. A43
 CARTORIO 1º BAIXOU-PB
 CPF 037.362.694-04
 ASSINATURA DO DETENTOR
 LB N° 7 116 DE 29/08/88

V-02
 P-001

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



ASSINATURA DO TITULAR
 RICARDO DOS SANTOS



CATEIRA DE IDENTIDADE

CONTRA PREVIDENCIA SIA
 06 NOV. 2013
 PROTOCOLO
 JOAO PESSOA

VACIO EM TUDO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2.175.960 -2 VIA CADASTRO 13/05/2012

NOME RICARDO DOS SANTOS

FILIAÇÃO TEREZINHA MARIA DOS SANTOS

NATURALIDADE JACARAÚ-PB DATA DE NASCIMENTO 31/05/1977

COG ORIGEM NASC N. 44564 FLB 58 LIV A43
 CARTORIO 1º BAIXEUX-PB

CPF 037.362.694-04

João Fátima PB

LEI Nº 7.175 DE 28/08/00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DA POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237




Adegilson Robson dos Santos

ASSINATURA INSTITUIÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREVEVIDENCIA

06 NOV. 2013

PROTOCOLO

12.000.000.000.000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.169.247 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/02/2017

NOME ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO SALUSTIANO DOS SANTOS
DELMA MARIA DOS SANTOS

NATURALIDADE AREIA-PB

DATA DE NASCIMENTO 11/01/1969

DOC ORIGEM CERT. CAS. Nº14921 - LIV.B-66 - FLS 21 - CARTORIO 13º JOÃO

PESSOA PB.

491.484.754-00

ASSINATURA DO DETENTOR

26/08/83

A+

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201651564
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0037128860-6 RNTTC 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME MARICELIO PEREIRA DA SILVA

CPF / CNPJ 91774004453 PLACA OEVO810/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1670CR425081

ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO PARTIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª

FAIXA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) OF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 19/09/2018

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

JOAO PESSOA - PB DATA 19/09/2018

32280 19551

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014201651564 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/09/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 91774004453 PLACA OEVO810/PB

RENAVAM 00371288606 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2011 CAT. TAR 9 Nº CHASSI 9C2KC1670CR425081

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNB (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** OF (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA PARCELADO 19/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.409/0001-04

19551-1023052-20180919

V-02
 P-917
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Manoel Antonio da Silva
 AGENTE DE POLÍCIA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 06 NOV. 2013
 PROTOCOLO
 JOÃO PESSOA

Proprietário do Veículo

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.723.909 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 10/03/2014
 NOME MARICÉLIO PEREIRA DA SILVA
 FILIAÇÃO MANOEL ANTONIO DA SILVA
 MARIA EUGENIA PEREIRA DA SILVA
 NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
 JOÃO PESSOA-PB 17/07/1973
 DOC ORIGEM
 NASC.N. 67594 FLS. 044 LIV. A1
 CARTÓRIO 2 C. JOÃO PESSOA-PB
 CPF 917.740.044-53
 João Pessoa - PB
 ASSINA-LRA DO DIRETOR
 LEI Nº 7.116 DE 20/08/83



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180520858

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RICARDO DOS SANTOS

Data do acidente: 06/05/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180520858

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RICARDO DOS SANTOS

Data do acidente: 06/05/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180520858 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/05/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA EM RÁDIO DISTAL DIREITO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.
Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.
Documentos complementares:
Observações:

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



NOME:	RICARDO DOS SANTOS		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:	VENDEDOR		
IDENTIDADE:	2175960-SSDS/PB	CPF:	037.362.694-04
ENDEREÇO:	Sébastian Venato de Melo N° 167, VALENTINA JOÃO PESSOA PB - CEP: 58064-035		

OUTORGADO

NOME:	ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	CASADO
PROFISSÃO:	AUTÔNOMO		
IDENTIDADE:	1.169.247 - SSDS/PB	CPF:	491.464.754-00
ENDEREÇO:	RUA PROF: CORINA MARIA RABELO N. 28 BAIRRO, JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA- JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58073270 - FONES (83) 99157-2473 (83) 98713-1642		

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

JOÃO PESSOA, 19 de outubro de 2018.

OFÍCIO
DISTRITAL

Ricardo dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402466/18

Vítima: RICARDO DOS SANTOS

CPF: 037.362.694-04

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 06/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS : 491.464.754-00

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

RICARDO DOS SANTOS : 037.362.694-04

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2018
Nome: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS
CPF: 491.464.754-00

ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402466/18

Vítima: RICARDO DOS SANTOS

CPF: 037.362.694-04

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 06/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS : 491.464.754-00

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

RICARDO DOS SANTOS : 037.362.694-04

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2018
Nome: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS
CPF: 491.464.754-00

ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180520858

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RICARDO DOS SANTOS

Data do acidente: 06/05/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

