

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180484183      **Cidade:** Patos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA      **Data do acidente:** 12/06/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA  
FRATURAS DO 2º 3º E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375675/18

Número do Sinistro: 3180484183

Vítima: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

CPF: 927.440.104-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 26/10/2018

Data do cadastramento: 26/10/2018

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU  
CPF: 029.848.084-01

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

---

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA**  
Nº Sinistro: **3180484183**  
Vitima: **RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA**  
Data do Acidente: **12/06/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180484183.**

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**



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA**  
Nº Sinistro: **3180484183**  
Vitima: **RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA**  
Data do Acidente: **12/06/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180484183**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

927.440.104-30

Richard Nixon Cabral da Maure

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Richard Nixon Cabral da Maure	927.440.104-30	Comerciante
Endereço	Número	Complemento
Rua Altino Cartiliano	761	Casa
Bairro	Estado	CEP
Santo Antônio	PB	58401-398
Email	Telefone (DDD)	(83) 3421-8003
emmanoela@hotmail.com.br	(83) 9 9630-1658	(83) 9 9655-9484
	(87) 9 9999-9976	(87) 9 9999-9976

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 |

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00      | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 3.000,00 |  |

- CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237)                | <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) | <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |   |                                     |

- CONTA CORRENTE** ( todos os bancos )

**PROTÓCOLO**

AGÊNCIA NRO. 0151-1 D/V 161000 D/V 8  
(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(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.

Pato Branco, 05 de Outubro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rua Moacir Leitão, nº 922, Bairro Bela Horizonte, Patos/PB, CEP: 58704-330 - Tel.: (83) 3423-2553 e-mail: dpcentralpatos@gmail.com

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 4066/2018

Aos VINTE (20) dias do mês de SETEMBRO do ano de DOIS MIL E DEZOITO (2018), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil, MANOEL MARTINS FERNANDES, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Aí, por volta das 10h32min compareceu: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA, brasileiro (a), solteiro (a), comerciante, com 45 anos, data de nascimento 08/03/1973, RG. 1142357325 SSP/BA, CPF: 927.440.104-30, natural de Patos - PB, filho (a) de Manuel de Moura Alves e de Maria Lúcia Cabral de Moura, residente na Rua Alto Casteliano, nº 761, bairro Santo Antônio, Patos/PB, Fone: (83) 9.86151055, A fim de prestar a seguinte queixa:

QUE, o (a) notificante afirma que no dia (12/06/18) por volta 11h30min estava trafegando em uma motocicleta, HONDA/BIZ 125 ES, PLACA: QFE 9696/PB, CHASSI: 9C2JC4820CR038298, RENAVAM: 01245121518, ANO: 2012/12, COR PRETA, Licenciada em nome de Maria Tomas dos Santos; Que o notificante afirma que quando estava conduzindo sua motocicleta ao lado do banco do nordeste, na Rua Felizardo Leite, centro, Patos/PB, um veículo FORD/KA, que vinha na Rua Pedro Caetano, não parou no cruzamento, com isso ocorreu uma colisão entre sua moto e o carro; Que o notificante diz que com o impacto da batida veio a cair ao chão onde ficou até a chegada do SAMU que prestou os primeiros socorros e o encaminhou para o HRP da cidade de Patos/PB; Que ao chegar ao hospital e passar por exames, foi diagnosticado uma fratura no pé esquerdo e a quebra da clavícula do lado esquerdo.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

**TERMO DE RESPONSABILIDADE:** Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante:

*Richard Nixon Cabral de Moura*

COMPRA PREVIDÊNCIAS S/A

Patos/PB, 20 de Setembro de 2018.

15 OUT. 2018

PROTOCOLO

C. JOÃO PESSOA

Hernando Barbosa Roc  
Policial Civil  
Mat.: 168.548-1

PROTÓCOLO DE PROVIMENTO  
PROTÓCOLO DE SUTTA, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS  
REGISTRO DE TÍTULOS PÚBLICOS E FÍSICOS



Autêntico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.  
Patos-PB 09/10/2018 10:52:11  
MARCELA SOUZA DE MORAES TAVIER - Escriturária  
(2018-015194) ENDER: R\$ 2,37 FARPN: R\$ 0,28 FEFJ: R\$ 0,47 IBS: R\$ 0,12  
SELO DIGITAL: AHF35972-4RMX  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES 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

Richard Nixon Cabral de Moura

CPF da Vítima

927.440.104-30

Data do Acidente

12/06/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
--------------------------------------	----------------------------

Email emmanoela@hotmail.com.br	Telefone (DDD) (83) 3421-8003 (83) 9 9655-9484 (87) 9 9999-9976
--------------------------------	---

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.

UNIPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 OUT. 2018

PROTOCOLO

DESAPOESE

Local e Data

Patos-PB, 05 de Outubro de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00151-1

CONTA: 000010141000-X

---

Nr. da Autenticação B02B42C44DDCBA5B



SAMU  
192

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - SAMU 192



## FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:

### IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA	12.06.18	OCORRÊNCIA	PACIENTE / USUÁRIO	Ricardo M. de Souza	IDADE	95	SEXO	MASC	FEM
LOCAL DE OCORRÊNCIA	R. Rui Barbosa			BAIRRO	Centro	MÉDICO REGULADOR			
APOIO NO LOCAL:	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS	<input type="checkbox"/> RESGATE PRF	<input type="checkbox"/> CPTAN	<input type="checkbox"/> SITRANS	<input type="checkbox"/> OUTRO			
QTA:	<input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS			<input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO	<input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO	<input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO	<input type="checkbox"/> OUTRO		

### TIPO DE AGRADO:

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

### TIPO DE AGRADO:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSOES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

### DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

### MOTIVO DE TRANSPORTE:

- APOIO DIAGNÓSTICO  SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE  TRANSFERÊNCIA SIMPLES  
 OUTRO:

### TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

### EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

### DADOS VITAIS:

VVA:  LIVRE  OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO:  >30rpm  <30rpm / PULSO RADIAL:  Presente  Ausente / PAS:  >90mm Hg  <90mm Hg  
 PA: 120 x 80 FC: 80 TEMP: - °C - GLICEMIA: - mg/dl - E. Com a: - SpO2a/O2: 97 SpO2c/O2: -

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Ansiedade  Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída  Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução ineficaz das VAAA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiolpulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrintestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termorregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deviuentes, Volume Excessivo de Líquidos Nulos Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interação Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros:

### INTERVENÇÕES:

Hidratação de 1L, imobilização em pronto atendimento PREV PREVIDÊNCIA S/IR 15 OUT 2018

### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente de 11, imobilizado em pronto atendimento PROTOCOLO C. 000 PESSOA  
 P. + sexo masculino, 45 anos, consciente, orientado, interna de quase de moto apresentando dor em clavícula direita e pé direito realizadas imobilização, limpeza dos ferimentos, pft regulado e administrado medicamentos prescrita. Encaminhado ao PRF

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

I dipirona  
I ague  
I equipo  
1 SF

I gelco 24

E.C.G.:

- NORMAL     ALTERADO     NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

- AGITAÇÃO     SONOLÊNCIA     COMA     CONVULSÃO     OTORRAGIA     RIGIDEZ     MADRÍASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO:

- ABORTAMENTO     HEMORRAGIA VAGINAL     NORMAL \_\_\_\_\_ SEMANAS     TRABALHO DE PARTO

OUTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

- DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS     INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL     CÂNULA OROFARINGEA     CRICOTIREIDOSTOMIA  
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU")     RESPIRADOR     INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O<sub>2</sub>)     DRENAGEM TORÁCICA  
 MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA     DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO     CONTROLE DE HEMORRAGIA     CURATIVO  
 FUNÇÃO VENOSA     SONDA GÁSTRICA     SEDUÇÃO     IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS     COLAR CERVICAL  
 TALAS/TRAÇÃO     OROTRAQUEAL     OUTROS: \_\_\_\_\_

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

I Dipirona + ADEK, I SF EV

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIA (MÉDICOS):

~~SEM PREV PREVIDENCIA SA~~

15 OUT. 2018

PROTOCOLO  
ENCAMINHAMENTO:  
SAÚDE PESSOA

- LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO     RECUSA O ATENDIMENTO     ÓBITO NO LOCAL     ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

RECUSA:

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE::

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): Giovanni COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: Welington CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_



CAGEPA

**Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67**

PARA CONTATO COM A CAGEPA.

INFORMATIVE NUMBER

WATERGUDA

28814720

— 1 —

326/2013

CONTAS DE CONSUMO DE AGUA/SEGURO E SERVIÇOS

ABR/2013

MANOEL DE MOURA ALVES

RUA ALTO CASTELIANO, 761 - SANTO ANTONIO PATOS PB

58701-398

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Necessário	Concedido	Vulnerável	Perdido	
075.002.130.0265.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V.H.X.922193	20/05/2011	JARD. LAC.	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m <sup>3</sup> )   NÚM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA						
2114	2128	14	32		02/05/2018	
HIST. DE CONS. ANTO. LEIT.   QUALID. DA ÁGUA DECRETO 2.914/2011-MS						
MAR/2018	13	0	PARAHIBETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
FEV/2018	14	0	TURBIDEZ	0	0	0
JAN/2018	22	0	CLORO	0	0	0
DEZ/2017	19	0	COL. TÉRMOT.	0	0	0
NOV/2017	17	0	COR	0	0	0
OUT/2017	16	0	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(H)	16		DADOS REFERENTES A: FEV/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 02/04/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 10:57:22

DESCRICAO (ONDE) TOTAL(R\$)

AGUIN

## RESIDENCIAL (UNIDADES)

ATE 10.111 - 36.34 POR UNIDMIE

11 03 A 20 03 R\$ 4,75 PDR 143 4 03 19,00

**ESGOTTO**

VALOR ATUALIZADO DE TRIBUTOS-R\$ 5.37.815,11 (ONETHS LET 12 741/12)

VENCIMENTO: 16/04/2018 Total a Pagar: R\$ 55,84

 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO SATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

#### INDIRECTS (%)

"ACOMPAÑA TURO ESTO SENDO AP YENDO SELI BIRME IBO."

www.traillerfecto.de.com.es

CEV PREVIDÊNCIA S/A

15 OUT. 2018

**PROTÓCOLO  
AÇÃO PESSOA**



CAGEPA

Nº Documento: 20180928928857

**COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA**  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670  
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL N° 160572029  
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

ESCRITÓRIO PATOS

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
 DÉBITO AUTOMÁTICO  
 02892885.7

VENCIMENTO  
 19/09/2018

FATURA  
 09/2018

MATRÍCULA 02892885.7	CLIENTE DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO	CPF/CNPJ: 041.XXX.XXX-XX
INSCRIÇÃO 075.005.420.0056.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB 58704-380	
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO

ESGOTO  
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS		
08/2018 -	17	07/2018 - 14
06/2018 -	22-FF	05/2018 - 10
04/2018 -	8	03/2018 - 8
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	14	R 53013

LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
ANTERIOR	ATUAL	(M <sup>3</sup> ) DIAS (M <sup>3</sup> )
710	724	14 30 0,47
07/08/2018	06/09/2018	NºHm: Y13N713469

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 (POR UNIDADE)	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	4 M3	19,56
Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 5,32		
	TOTAL R\$	57,47

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 08/2018

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

PREV PREVIDÊNCIAS/A

15 OUT. 2018 Emitido em: 14/09/2018

MATRÍCULA  
02892885.7INSCRIÇÃO  
075.005.420.0056.000

PROTÓCOLO

FATURA  
09/2018NÃO RECEBER APÓS  
30/09/2019

VENCIMENTO

19/09/2018

VALOR R\$

57,47

GRUPO: 525

FIRMA: 2

82670000000-1 57470010075-7 02892885701-1 09201810003-9

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## 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 (exclusivo 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Richard Nixon Cabral de Moura inscrito (a) no CPF sob o Nº 927.440.104/30, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Richard Nixon Cabral de Moura, inscrito (a) no CPF sob o Nº 927.440.104/30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

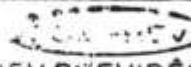
Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, TITULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

Recuso informar

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

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

Endereço RUA TITICO GOMES		Número 405	Complemento Casa
Bairro BELO HORIZONTE	Cidade PATOS	Estado PARAIBA	CEP 58700-000
Email emmanoela@hotmail.com.br	Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8003	Telefone celular (DDD) (83) 9 9655-9484 (87) 9. 9999-9976	

<u>Patos-PB</u> , <u>05</u> de <u>Outubro</u> de <u>2018</u> Local e Data  Assinatura do Declarante	 <u>15 OUT. 2018</u> <b>PROTOCOLO</b> <u>2.1040 PESSOA</u>
---	--

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marielza Tomaz de Araújo,  
RG nº 3.097.218, data de expedição 11/08/2007  
Órgão SSD/S-PB, portador do CPF nº 060.568.454-51, com  
domicílio na cidade de Patos, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua José Jorge - Santo Antônio, nº 176,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Richard Nixon Cabral de Moraes, cujo o condutor era  
Richard Nixon Cabral de Moraes.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA / BIZ 125 ES

Ano: 2012 / 2013

**Placa:** QFF 9696 / PB

Chassi: 9C2TC4B2DCR038298

**Data do Acidente:** 12/06/2018

**Local e Data:** Patos - PB, 01/Outubro / 2018

Assinatura do Declarante

**Assinatura do Declarante**  
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

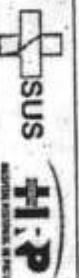
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)  
(Sem reconhecimento de firma)

**DINAMÉRICO WANDERLEY**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
www.dinamericowanderley.com.br | Fones: (21) 2552-1000 | (21) 2552-1001

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de  
MARICELIA TOMAZ DE ARAUJO  
Em teste da verdade, Patos-PB 01/10/2018 15:36:30  
ZUETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCREVENTE  
(2018-021434)EMOL:R\$ 4,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,90 ISS  
SELO DIGITAL: AH085640-HDX2  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.maringa.br>



PROTÓCOLO  
JOSÉ PESCA



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 06.778.268/002376  
NOPE: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUÍ CARNEIRO  
ENDERECO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
CIDADE: PATOS

Atendim.: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)  
Class. Risco: VERDE Transporte: SAMU 192

UF: 25  
Reg.: N  
Enc.: N

VIA PUBLICA  
**RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA**

Nome Social: MARIA LUCIA CABRAL DE MOURA Filiação I: MANOEL DE MOURA ALVES  
\*Nascimento: 8/3/1973 Idade: 45 Cor: PARDAS Gênero: HOMEM CIS  
Profissao: COMERCIANTE  
Endereço: ALTO CASTELLANO  
Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808  
CNS: Ident: Reg. Nas.: 92490  
CPF: Recep Norma Cod Pac.

Num.: Fone: 83999994242

PALOMA CAMPOS NUNES - 8315 - 111-1111-1111

Médico / Cm/ Cns

PROTÓCOLO  
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS  
PESO:

CBO

PESO: PA: TEMP:  
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

**Richard Nixon Cabral de Moura**

15 OUT. 2018



**CLÍNICA  
RADIOLÓGICA  
DE PATOS**

Nome: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA  
Prontuário. 48659  
Idade: 45 Anos  
Solicitante Dr(a): NAO INFORMADO

Data: 14/06/2018

Relatório.

**CLAVÍCULA ESQUERDA.**

1. Fratura do terço médio-distal da diáfise da clavícula esquerda.

CONCLUSÃO: fratura óssea.

**PÉ ESQUERDO.**

1. Traço simples de fratura transversal, sem diastase ou cavalgamento dos fragmentos, ao nível do terço médio do 2º metatarsiano.
2. Fratura longitudinal (seguindo o grande eixo) do 4º metatarsiano.

CONCLUSÃO: controle de tratamento de fratura do 2º e 4º metatarsianos, com bota gessada.

**NOTA:** As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Importante: voltando a esta clínica, para realizar controle, queira trazer este exame.

**OBS:** a direção da clínica recomenda o devido acondicionamento das películas e do relatório, para que os mesmos mantenham a qualidade original, não se responsabilizando por possíveis danos ou perdas que venham a ocorrer posteriormente à entrega das mesmas.

1 película

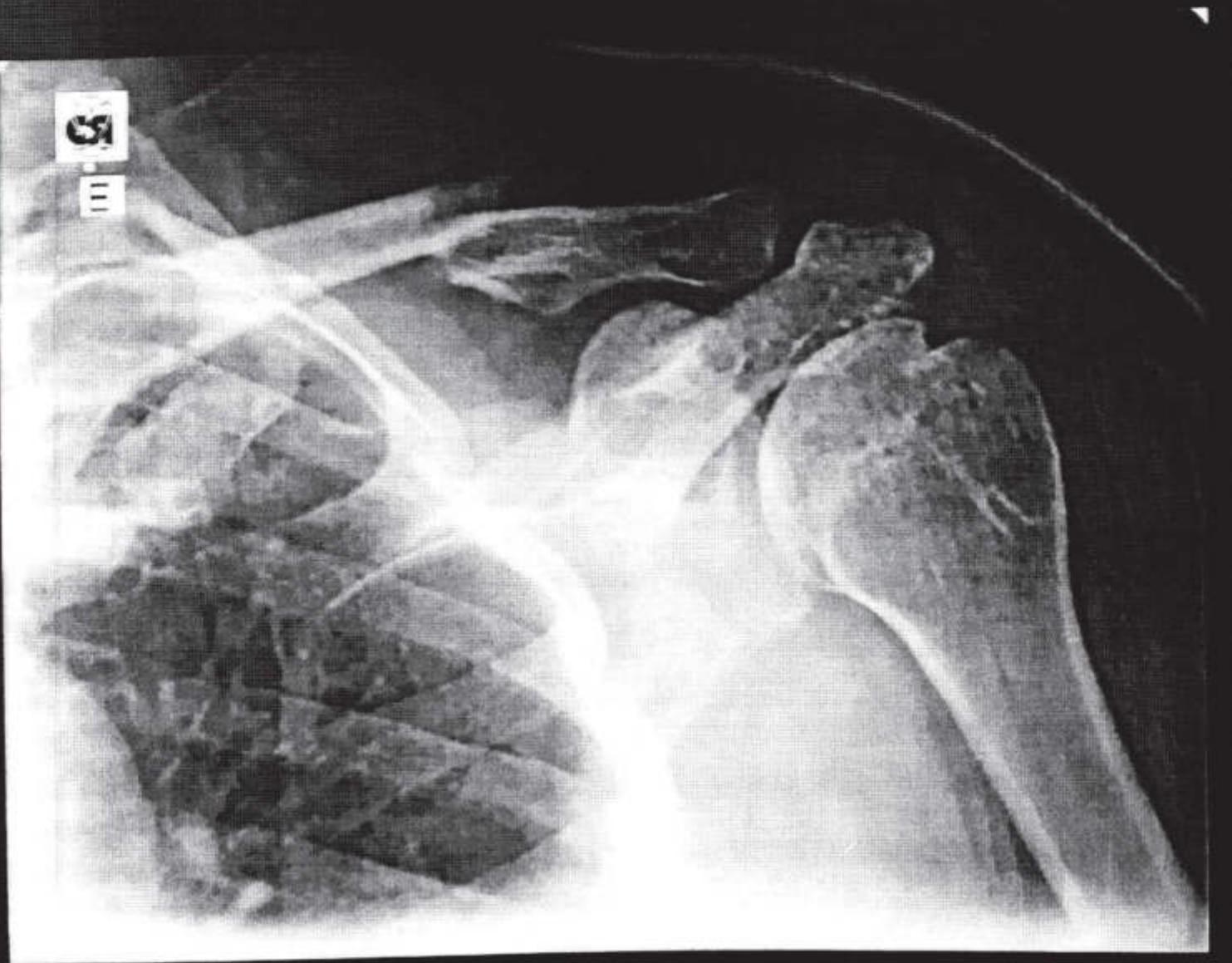
Dr. José Cadmo Wanderley P. de Araújo - CRM - 2125 - PB

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia - 3.801

Certificado de Residência no Instituto Estadual de Radiologia e Medicina Nuclear - Manoel de Abreu - RJ

Obs: Aos colegas e pacientes, avisamos que disponibilizamos, além da tomografia helicoidal e de alta resolução, do mais avançado modelo de ressonância magnética de baixo campo do mundo, o Magnetom Vision, da empresa alemã SIEMENS, o primeiro do sertão.

PROTÓCOLO	Digitador
JOSE PESSOA	15/06/2018
VERIFICAÇÃO DE EVIDÊNCIA SÍN	



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 OUT. 2018

PROTOCOLO  
N.º 1040 PESSOA



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

26 OUT. 2018

Receituário Médico

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

lendo médico  
Declaro por os serviços fins que o  
Sr. Richard Nixon Cabral de Moura em  
entra da ex. Hospital Regional de Patos  
em 12 de junho de 2018 vítima de ca-  
valo de mola operando fatura da  
clavicular esquerda e fatura 2, 3- e  
4: molaras foi esquerda! Foi tratada  
conservadoramente com imobilização gesso  
em 3 e bala gesso. Atualmente  
apresenta faturas consolidadas para  
com perca da força em membro  
superior esquerda em 30%. com o segui-  
do fatura da clavicular esquerda.

CID: S42.0

T92.8

Patos, 26 de outubro de 2018

Dr. João M. Cadete - CRM 4844 PB  
MASTOLOGISTA - ONCOLOGISTA  
(Médico do Hospital do Câncer de Recife e J. Pessoa)  
Cirurgia de Câncer de Mama, Ovário, Útero, Vagina e Vulva

Dr. Orlando A. Damascena - CRM 1501 PB  
GINECOLOGISTA - MASTOLOGISTA - OBSTETRA

Av. Pedro Firmino, 256 - Centro - Patos-PB  
Fones: (83) 3421.3827  
Oi 9.8766.3827 | Claro 9.9186.6681 | Vivo 9.8137.0673

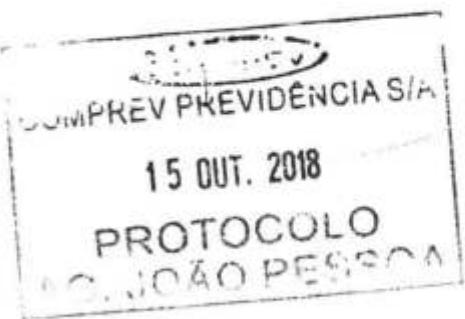
Tim © 99615.9333

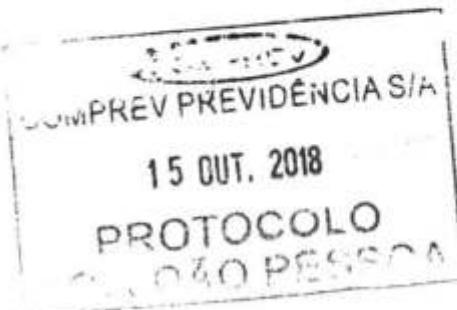
Dr. Fábio de Almeida  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1509  
Spa

P.D. 1.1.

Clinica Radiologica de Bayas  
Avda. Andalucía, Carretera N-340  
110 Málaga (Málaga) España  
952 45 81 25 / 952 45 81 26







**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
PLACA	COD. REGR/PT	2018040002231278	PERÍODO
1 0124512151-8	00/00000000	2018	
DONO/USUÁRIO			
MARICELIA TOMAZ DE ARAUJO			
CPF/CNPJ	PLACA	QFE9696/PB	
06056845451	CHASSI	9C2JC4820CR038298	
NOVO	PB		
ESPECIE / TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS / MOTONETA / NAO APLIC		ALCO / GASOL	
MARCA / MODELO	ANO FAB.	TECNICAM	
HONDA / BIZ 125 ES	2012	HONDA / BIZ 125 ES	
CAPACITAC	CATEGORIA		
2 P/124 / CT	PARTIC		
OVA UNICA	VEHIC. COTA UNICA	VENC./COTAS	
IPVA PAGO EM	00/00/0000	1 <sup>a</sup>	
P	FAIXA IPVA	2 <sup>a</sup>	
V	*****	3 <sup>a</sup>	
PRÉMIO TARIFFA (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	PAGO	13/06/2018
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
0			
PATO - PB		LOCAL	DATA
36036			27/09/2018
36038			

SEGURADO OBRIGADO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉTICULOS AUTOMÓVEIS DE TERRESTRE OU MARÍTIMO, CARGA, APRESENTO TRANSPORTADAS OU NÃO, SEU TIRÔ DPVAT

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 014082271690

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1206

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2018	27/09/2018	
PLACA	CPF / CNPJ	
1 06056845451	QFE9696/PB	
01245121518	HONDA / BIZ 125 ES	
ANO FAB.	DESCRIÇÃO	
2012	9	
9	9C2JC4820CR038298	
PRÊMIO TARIFÁRIO		
EVS (R\$)	DEMANH (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IPF (R\$)	VALOR BEM PROTEGIDO (R\$)
*****	*****	*****
SEGURO	PAGO	DATA DE CLIQUEJO
PAPELADO	NOTA ÚNICA	13/06/2018

BILHETE DE SEGURO DPVAT

8102-034

CHPJ 06.248.808/0001-04  
36838-1343129-20180927

CONTRIBU

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 OUT. 2018

PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180484183      **Cidade:** Patos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA      **Data do acidente:** 12/06/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA  
FRATURAS DO 2º 3º E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Richard Nixon Cabral de Moura  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Comerciante  
Identidade: 1142357325 CPF: 927.660.104-30  
Endereço: Rua Alto Castilhano, 761 - Santo Antônio, Patos - PB

### OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária, Identidade: 4.672.305  
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Richard Nixon Cabral de Moura

<u>Patos - PB; 27/ Junho / 2018</u>		<u>15 OUT. 2018</u>
Local e data		<u>CONPREV PREVIDÊNCIA S/A</u>
<u>Richard Nixon Cabral de Moura</u>		<u>PROTÓCOLO</u>
		<u>040 PESSOA</u>

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:....

RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

Em test. da verdade, Patos-PB 27/06/2018 10:16:24

ZUETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVANE

[2018-013376]ENOL:R\$ 99,48 FARFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 190 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AHC62776-K006

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.mg.br>



2º OFÍCIO  
DE NOTAS

Convenção - SERVIÇO NOTARIAL

Patos - PB

Fone: (83) 3421-2735

Fax: (83) 3421-6020

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375675/18

**Vítima:** RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

**CPF:** 927.440.104-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/06/2018

**Titular do CPF:** RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## 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

### EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO : 029.848.084-01

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

### RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA : 927.440.104-30

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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 15/10/2018

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO  
CPF: 029.848.084-01

Data do cadastramento: 15/10/2018

Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

MARCELA DO CARMO DE LIMA