

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11060311

A/C: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170288071 ASL-0195912/17
Vitima: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível
- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11060737

A/C: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170288071 ASL-0195912/17
Vitima: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2017

Carta nº: 11382609

A/C: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

Sinistro: 3170288071 ASL-0195912/17
Vítima: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2017

Carta nº: 11424362

A/C: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

Sinistro: 3170288071 ASL-0195912/17
Vítima: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000002105-9

Conta: 000001000136-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 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





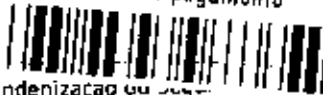
Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMI

Autorização de pagamento



LA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização ou 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, SUELY SUETANIA DA SILVA FIORINDOPORTADOR(A) DO RG Nº 05090199119EXPEDIDO POR DETRAN - PBEM 08/09/15 ECPF 025089684-20 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO REC. ENFERMEIR

E RENDA MENSAL DE R\$ 8.400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SUELY SUETANIA DA SILVA FIORINDO. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) 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 Lotéticas 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 Sinistros 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, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de 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

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

22 MAIO 2017

João Pessoa, 08 de Maio de 2017

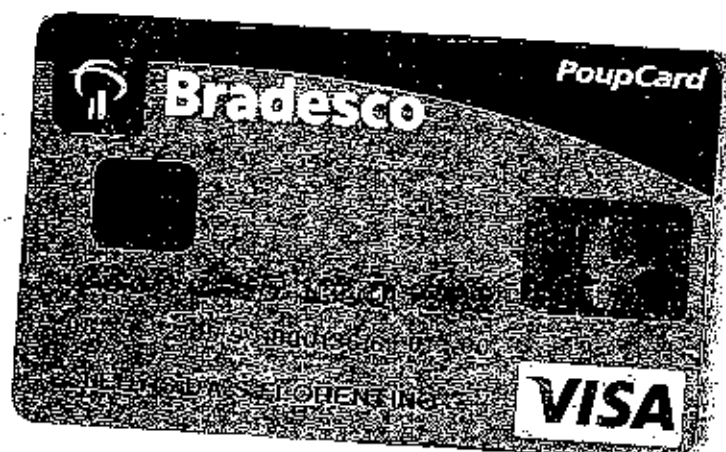
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

PROTOCOLADO
SUELY SUETANIA DA SILVA FIORINDO

1 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 0800-0221204.





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

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.

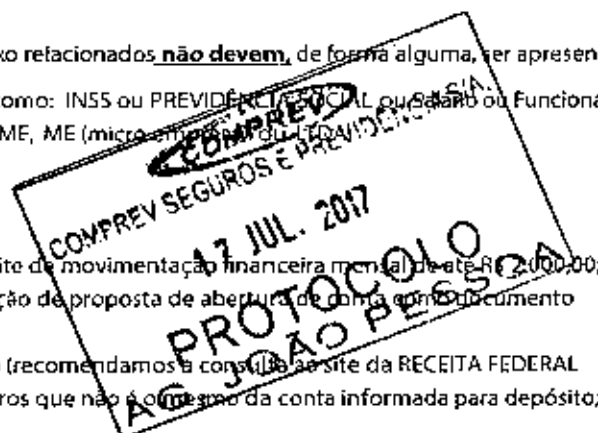
EU, SUELY SUTANIA DA SILVA FIORINDOPORTADOR(A) DO RG Nº 05090199119 EXPEDIDO POR DETRAN - PB EM 08 / 09 / 15 ECPF 025089684-20 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO REUSOU

E RENDA MENSAL DE R\$ REUSOU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SUELY SUTANIA DA SILVA FIORINDO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem do 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 EPP (empresa de pequeno porte) ou S/A;
- 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 Lotéticas 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 com 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 Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTÉ: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2105-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 100136-6

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

João Pessoa, 06 de Junho de 2017

LOCAL E DATA

Suely Sutania da Silva Fiorindo
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 0800-0221204.

Comprovante de transferência para outro banco - TED**DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA
MOREIRA**

Agência: 4370

Conta Corrente: 01-003309-8

Transferência de Conta Corrente para Conta Poupança - Outra titularidade**Conta de Origem:**

Nome:

Diogo Vinicius Hipolito E Silva Moreira

Agência:

**4370 -
J. Pessoa-Tambau**

Conta:

01.003309.8**Conta de Destino:**

Favorecido:

Suelly Suetania Da Silva Florindo

CPF:

025.089.684-20

Banco:

237 - Banco Bradesco S.A.

ISPB:

60746948

Agência:

2105 - BAYEUX

Conta:

10001366**VALOR: R\$ 6.000,00****Outras Informações:**

Finalidade:

Crédito em Conta Poupança

Tarifa do Serviço:

Consulte Tabela de Serviços

Histórico:

Data da transferência:**Dia: 11/07/2017**O crédito na conta destino ocorrerá no dia **11/07/2017** **Sujeito à confirmação de saldo na data agendada.** **Transação sujeita à cobrança de tarifa. Consulte os valores na Tabela de Serviços nas agências e no site www.santander.com.br > Santander > Conta Corrente > Tarifas e Pacotes Padronizados > Tabela Completa de Serviços.**Data/Hora da transação: **11/07/2017 - 15:47 h.**Autenticação bancária: **87E52588624E685748DA8A8****Central de Atendimento
Santander**4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800-702-3535 (Demais Localidades)SAC 0800-762-7777
Ouvidoria 0800-726-0322

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Suely Suetania da Silva Florindo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Domingos, 4
Brasília Bayeux PB CEP: 58307-260
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 1913083
Data local do exame: [31/07/2017] 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)
**AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO POLEGAR ESQUERDO.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO POLEGAR ESQUERDO, COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DE PINÇA.**
- 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?
(☒) 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?
(☒) 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.
**EVOLUI COM COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DE PINÇA DEVIDO AMPUTAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO.
Data da alta: 20/12/2016.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO POLEGAR ESQUERDO E POSTERIORMENTE RETIRADA DE NEUROMA LOCAL.
Complicações: FORMAÇÃO DE NEUROMA NO LOCAL DO COTO DE AMP.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) 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.
APRESENTA AMPUTAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO COM COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DE PINÇA
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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
DEDO POLEGAR - Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | 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.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo

CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL - BAYEUX - PB

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1.464/2017.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

Data e hora do registro do B.O.: 05/05/2017. HORA: 16h10min.,

Local do fato (logradouro/bairro): Bayeux-PB.

NOTICIANTE

SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO, brasileira, divorciada, natural de João Pessoa-PB, filha de Wilton Florindo de Medeiros e Sonia Maria da Silva Florindo, com 40 anos, nascida em 14/06/1976, com ensino superior incompleto, RG 1913083 SSP/PB, técnica de enfermagem, residente a Rua São Domingos, nº 04, Bairro Brasília, Bayeux-PB, (próximo a Madeira Agimaza), fone: 9-8766.5078.

NOTIFICANDO: Que, no 22/08/2016, por volta das 21h30min., estava pilotando **MOTOCICLETA** marca **YAMAHA/FAZER YS250**, de cor preta, ano 2010, modelo 2011, placa **NQJ0607/PB**, chassi **9C6KG046B0021323**, em nome de Severino Dias da Silva, seu atual companheiro; Que a notificante trafegava na Av. Liberdade, bairro Sesi, Bayeux/PB, quando conduzia a motocicleta na mão da esquerda, iria fazer uma manobra para esquerda, já vinha sinalizando, quando houve a colisão com um outro motociclista, pois este outro motociclista colidiu atingindo a notificante; Que a notificante com o impacto veio ao solo, juntamente com o motociclista causador do acidente; Que foi atendida por uma equipe do SAMU e encaminhada por HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CAPITAL, sendo submetida a avaliação médica, conforme LAUDO MÉDICO assinado por Sr. Dr. JUAN JAIME ACRE, CRM 3323/PB; Que, a notificante **NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE** contra motociclista que causou o acidente automobilístico, registra esse BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT.

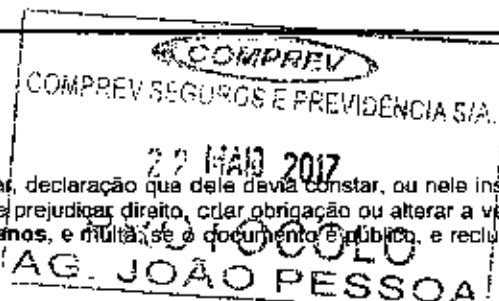
Assinatura do (a)notificante

Suely Suetania da Silva Florindo

Silvânia Lima da Silva

MAT.182.509-7

ATENÇÃO: Art. 299 do CPB: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."





**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

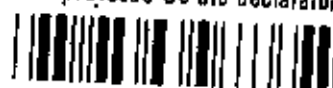
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Atendimento Móvel de Urgência
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

ATO
DECLARATÓRIO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 608/110, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1395669, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SUEL SUELI DA SILVA FLORINDO** idade 40 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 22/08/2016, na Av. Liberdade, Bairro: Sesi - Bayeux - aproximadamente às 21:30 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, 31 de Agosto de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CPF: 2.800.22.10171
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
SAMU 192 JP

COMPREV
COMPREV SECURE E PREVIDENCIA S/A
22 MAI 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**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**

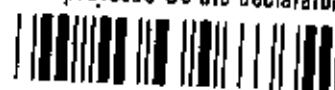


**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Atendimento Móvel de Urgência
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

ATO
DECLARATÓRIO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 608/110, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1395669, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SUEL SUELIANIA DA SILVA FLORINDO** idade 40 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto e moto)** no dia 22/08/2016, na Av. Liberdade, Bairro: Sesi - Bayeux - aproximadamente às 21:30 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, 31 de Agosto de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CPF: 02.800.22.10171
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
SAMU 192 JP

COMPREV
COMPREV SECURE E PREVIDENCIA S/A
22 MAI 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

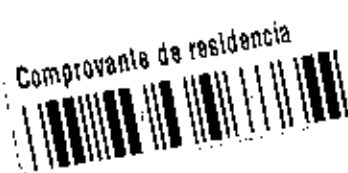
BANCO: 237

AGÊNCIA: 02105-9

CONTA: 000001000136-6

Nr. Autenticação

BRADESCO0208201705000000000023702105000001000136253125 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SUELY SUSTANIA DA SILVA FLORINDO

RG nº 05090199119, data de expedição 08/09/15, Órgão DETRAN-PB

CPF nº 025.089.684-20, 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:

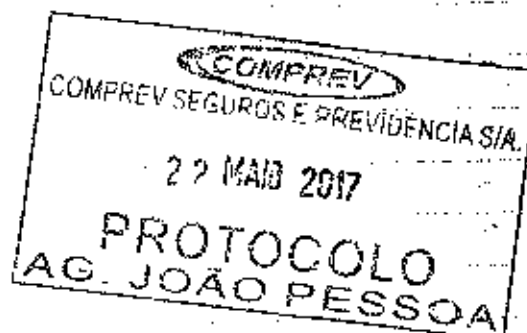
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA SÃO DOMINGOS</u>	
Número	<u>4</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>BRASILIA</u>	
Cidade	<u>Bayeux</u>	
Estado	<u>PARAIBA</u>	
CEP	<u>58.307-260</u>	
Telefone de Contato	<u>83 98630-1130</u>	<u>83 98766-5078</u>
E-mail	<u>sueflor@hotmail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

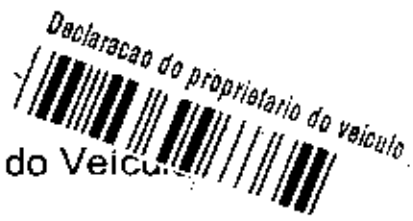
Local e Data: João Pessoa, 08 de Maio de 2017

Assinatura do Declarante:

Suely Sustania da Silva Florindo



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, SEVERINO DIAS DA SILVA

RG nº 2.023.569, data de expedição 05/01/13,

Órgão SSDS-PB, portador do CPF nº 021.726.694-07, com

domicílio na cidade de BAYEUX, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SÃO DOMINGOS, BRASÍLIA, nº 4,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima SUELY SUSTANIA DA SILVA FLOREIRO cujo o condutor era

SUELY SUSTANIA DA SILVA FLOREIRO.

Veículo: YAMAHA FAZER

Modelo: YS250

Ano: 2010 - 2011

Placa: NQ30607-PB

Chassi: 9C6KG0460B0021323

Data do Acidente: 22/05/17

Local e Data: SSA Pessoa, 08 de Maio de 2017



Severino Dias da Silva
Assinatura do Declarante

Bayeux PB - 08 de Maio 2017

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Santiago Pereira
Advogado
OAB/PB 1435-2017
Av. Liberdade, 1435 - 2º andar
Pernambuco - CEP: 51300-000
Fone: (81) 3222-1000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de
SEVERINO DIAS DA SILVA
Em test. da verdade. - PB 08/05/2017 15:29:43
Isabel Cristina Santiago de Brito Pereira - Tabelião Su
(2017-0642243) RENJ. n.º 89, 23 FAPEN: R. 0.27 FEU: 0.85 ISS: R. 0.46
SELO DIGITAL: #FC30065-RP2017

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 MAIO 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Suely Suetania da Silva Florindo
DATA DE NASCIMENTO 14/06/76
NOME DA MÃE Sonia Maria da Silva Florindo

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 942302
DATA DO ATENDIMENTO 22/08/16
HORA DO ATENDIMENTO 22:34
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de 1º quirodáctilo E.
CID 10 S62.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando fratura exposta em 1º quirodáctilo esquerdo, lombalgia, dificuldade de mobilizar membros inferiores, glasgow 15, sem déficit motor. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 MAIO 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

1º atendimento + transferência para Ortotrauma conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR: 22/08/16
DATA DA EMISSÃO: 17/11/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 942302



Identificação do paciente			
ID 1073357	Nome SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 14/08/1976	Idade 40 anos 2 meses 8 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião Prontuário
Mae NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO		
Escolaridade SUPERIOR INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) SEVERINO DIAS DA SILVA		
DDD Móvel	Fone Móvel 986229017	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento		
Local de procedência BAYEUX	Nº Cms		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
		CBO/R	
Endereço			
CEP 58307260	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro SAO DOMINGOS
Número 04	Complemento	Bairro BRASILIA	
Admissão			
Data e Hora 22/08/2016 22:34:53	Número da pulseira 100000549034	Convênio SUS	
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente AMBULANCIA		
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial NAO	Plano de saúde NAO	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou NAO SE APLICA		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA			Tempo 03min 19seg

Imprimir

ORTOTRAUMA

2006 NOV

Vitima de
acidente de moto
e dejetos motor

RECIBO

Ass. Lacerda

ref. La Bona de
NOV

Alexandre B. G. da Silva
MÉDICO
CRM-PB 4988

Primeiro Atendimento Médico

100000548024
SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO BE.: 942302
DT. NASC.: 14/08/1979
MAE: NAO INFORMADO
END.: SAPO DOMINGOS
N. DA - BRISA LIA
BRYEUX
FONE: ()
CELULAR: () 986229017
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

LETSHL

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de moto, em uso de capacete. Tipo ferido de consciência de 10 minutos. Apresentando ferimento aberto em 1º quadrante, tórax (E) + hemiparêse c/ dificuldade de movimentação de MM II.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pêrvias () Obstruídas
AÉREAS
CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA
() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2- RUÍDOS

HTD: ☒ sim
() Não
HTD: Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pleiônica () Ictérica
☒ Normal () Quente () Fria
☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

BULHAS

☒ Regular () Irregular () Ausente
☒ Normotonéticas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente
() Presente ☒ Ausente
() Sim ☒ Não

SOPRO

BE OU B4

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG:

ABDOMEN:

Rígido, simétrico, indolor

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow

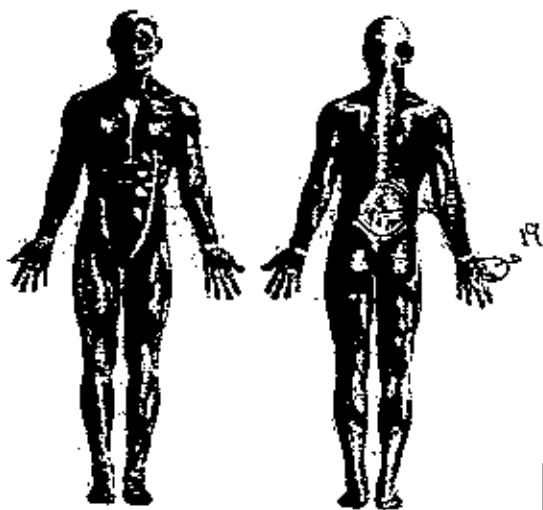
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☒ Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: () Não ☒ Sim: _____
 PATOLOGIA: () Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número
correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encastrado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias
 () Ultrassonografia (FAST)
 () Tomografia computadorizada
 () Lavado peritoneal
 () Gasometria arterial
 () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1. Atendimento inicial		
2. Oxigênio 2L + ADW		
3. Betametazona 100 mg + 100 ml SF0,9% w	22/50	
4. Colheita de urina por		
5.		
6. TRAMPOL 100 mg + 100 ml SF0,9% w	00-45	
7.		
8. Heterogem 270 mg IM		
9.		
10.		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ORTO / NCR às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

() Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor)
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

CATAPALPA
BRASILIA

100000549034 BE.: 942302
SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
DT. NASC.: 14/06/1978
MRE: NAO INFORMADO

END.: SAO DOMINGOS
M. 04 - BRASA LIA
CARTÃO:
CONE: 11
CELULAR: (1) 996229017
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTU

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: _____

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Morcadura ☐ Objeto encastrado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas): _____

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO Pac: / mês P: bpm SpO2: Tax: _____

Sistema Neurológico:
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado
Avaliação das pupilas: Simétricas: ☐ Isocóricas Tamanho: ☐ Mídricas
☐ Anisocóricas ☐ Míme

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros: _____

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estant ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdo ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematuria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias
☐ Internações ☐ Outros: _____ Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

22/08/16 Paciente deu entrada neste setor vítima de acidente de moto no momento corrente e com la de encaminhada ao CD L.

DESTINO:

Dra. Erica Dal...
Enfermeira
CORREN 124615-PR

COREM:

F(NG).ENF.022-1

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BND.: SAJO DOMINGOS
N 04 - BRASA LIA
BAYEUX
FONE: ()
CELULAR: () 996229017
IDRDE: 49
DT. ENTREGA:

HEETS ET AL.

BE/PRONTUÁR

Nome do paciente

DATA		HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
			O Morador D. 90 Dr. Fr Espinheira de Sousa Enq (Tutor Social) Agenda Liberdade de PCR p/ Encaminhados ao Orçamento corpo a 4 horas Admistr André Cristiano da Costa Lima Médico CRM 1900 RIV / 9714 PB Dr. André Farias (STAFF) 7/10 Encaminhado ao Orçamento corpo 12 horas André Cristiano da Costa Lima Médico CRM 1900 RIV / 9714 PB

André Cristiano da Costa Lima
Médico
CRM 903 RE / 9714 PB

f. Os Andrew Fong
(STAFF).

7-10 Escorriute ad el lloc
caspiu Pedregosa

André Crispino da Costa Lima
Médico
CRM 1905/RN / 9714-PP

F(NG).ENF.018-I



CERTIDÃO

Nº. 0417/2017

Atendendo solicitação de DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA 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 ambulatorial de N°879414 e Prontuário N° 2012.12.001011 pertencente à **SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO** que foi atendida dia 23/08/2016 às 01hs39min, paciente vítima de colisão moto x moto apresentando trauma em mão esquerda. Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de mão esquerda. Submetido a procedimento cirúrgico de amputação de polegar esquerdo dia 23/08/16 e alta médica dia 29/08/16.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de abril de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 879414 Ald: Nao Regulado
Data: 23/08/2016
Hora: 01:39:16
Recepcionista: WILMA FERNANDES MONTEIRO
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SUELY SUELANIA DA SILVA FLORENTINO

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2012.12.001011

Sexo: F IDENTIDADE: 1913083 Fone: 88864547

Local de Nascimento: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/06/1976 Id: 40 ano(s)

End.: RUA SAO DOMINGOS, 4

Bairro: BRASILIA Cidade: BAYEUX UF: PB

Pai: WILTON FLORENTINO DE MEDEIROS

Mae: SONIA MARIA DA SILVA FLORENTINO

Ocupação: TECNICO DE ENFERMAGEM (CURSO SUPERIOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Re.: ESPOSO-SEVERINO DIAS

Te/Doc. Responsavel: C / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE UMA COLISAO MOTO-MOTO

Vitima de violencia por: EM BAYEUX PROX A UPA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacão de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
PC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Co. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	

Queixa Principal

Observacao

Queixa principal: Acidente com moto, com lesões traumáticas de membros inferiores.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Acidente com moto e em movimento. Lesões traumáticas com perfuração de 75 cm no antebraço direito.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da Medicacao

*Suplemento 75 cm
Suplemento 75 cm*

Dr. Thales W. S. Maia
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8590 / TEOT - 10843

[Assinatura]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- e Preparo:
1. H_2SO_4 dil at water
 2. NaOH
 2. $\text{C}_2\text{H}_5\text{OH}$ in H_2O

Incisão:

4. Obznanje solun de
 7. de. Vrh D. Anapa
 de. Anapa vzhodno.

Achados:

S. F. T. regular of
W. T. of regular

G. Lutz in SF 0,1

Conduta:

7. Sun 2000

Fechamento:

OBS:

Data: 27 Oct 1971

Dr. Thomas W. S. Maig
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6590 / TEOT 10843

MEDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Suely Santana da Silva Florêncio Data da Admissão: 23/08/16
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: *Tratamento clínico*

1-800-368-2877



COMPREV

22 MAY 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documentos de identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

Nome: **SURLY SUELYTANIA DA SILVA FLORINDO**

Doc. Identific. / Org. Emissor: **1913083** **SEP** **PR**

CPF: **025.089.684-20** Data Nascimento: **14/06/1976**

Filiacao: **WILSON FLORINDO DE MEDEIROS**
SONIA MARIA DA SILVA FLORINDO

Sexo: **M** Estado Civil: **AS**

Registro: **05090199119** Vigencia: **04/09/2020** 1ª Inscrição: **01/12/2010**

Sueletania da Silva Florindo

Local: **JOÃO PESSOA, PB** Data Emissão: **08/09/2015**

51404009868
28031299879

1152895160

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
17 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012507902959
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA-2 CAD. RENAVAM 00270659808 Nº 02172669407
1 00270659808 1 02172669407 2016

SEVERINO DIAS DA SILVA

02172669407

NQJ0607/PB

NOVO 14/06/2016 9C6KG0460B0021323

PAS/MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA / FAZER YS250 ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2011

CAP / POT / cil 2 P/249 / cil CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / DOTAS

IPVA PAGO EM 14/06/2016

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / DOTAS

A ***** 02

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 106 (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO PAGO 14/06/2016

OBSERVAÇÕES

A.F. BV FINANCEIRA S/A

GUARABIRÁ - PB

DATA

14/06/2016 13870

SEGURO
AUTOMÓVEL



SADOS POR VEÍCULOS
A CARGA A PESSOAS
O DPVAT

PB Nº 012507902959 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 14/06/2016

VIA-2 CPF / CNPJ 02172669407 PLACA NQJ0607/PB

RENAVAM 00270659808 MARCA / MODELO YAMAHA / FAZER YS250

ANO FAB. 2010 ANO MOD. 9 9C6KG0460B0021323

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO TOTAL NETO (R\$) 1 SEGURO TOTAL SEM PRÊMIO EQUIPADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA 14/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.828/0001-04

www.seguradoralider.com.br

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Suelly Suebana da Silva Florindo 14/06/1976

DATA DO ACIDENTE 29/10/2016 CPF DA VÍTIMA 025.089.684-20

REATOR DA DOCUMENTAÇÃO

AUTIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

TITIMA É Freco do Portador Rua São Domingos

COMPLEMENTO BAIRRO Blumenau

E Bayeux UF PB CEP 58307-260

E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: Declaração do Proprietário

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE DV

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO Contas bancárias

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INDIQUANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUINTAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, LABORATÓRIOS E OUTROS ESTABELECIMENTOS, COM RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MÓRTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08/05/2017

IDENTIDADE 1913083

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170288071 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELY SUETANIA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
FLORINDO PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA MAO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NAO 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:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170288071 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELY SUETANIA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
FLORINDO

PARECER

Diagnóstico: Amputação traumática do polegar esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta amputação traumática do polegar esquerdo, comprometimento da função de pinça.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico para regularização de coto de amputação traumática do polegar esquerdo e posteriormente retirada de neuroma local.
Complicações: Formação de neuroma no local do coto de amputação.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do polegar esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170288071 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELY SUETANIA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
FLORINDO

PARECER

Diagnóstico: Amputação traumática do polegar esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta amputação traumática do polegar esquerdo, comprometimento da função de pinça.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico para regularização de coto de amputação traumática do polegar esquerdo e posteriormente retirada de neuroma local.
Complicações: Formação de neuroma no local do coto de amputação.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do polegar esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

