

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS DE PAIVA

Nº Sinistro: 3180533599

Vítima: JOSE CARLOS DE PAIVA

Data do Acidente: 06/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180533599**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13596365



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS DE PAIVA

Sinistro: 3180533599  
Vítima: JOSE CARLOS DE PAIVA  
Data do Acidente: 06/05/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180533599** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

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

56996314453

Jose Carlos de Paiva

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Carlos de Paiva	56996314453	Recurso
Endereço	Número	Complemento
Rua Edmar Freire de Amorim	65	
Bairro	Cidade	Estado
Valentina	João Pessoa	PB
E-mail	CPF	Telefone (DDD)
	58063299	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		BANCO Nome _____ NRO _____	
<input checked="" type="checkbox"/> FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
4823		12775	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa 12 de Novembro de 2018

Local e Data

X Jose Carlos de Paiva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02020.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02020.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:42 horas do dia 24 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **José Carlos de Paiva**, CPF nº 569.963.144-53, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Nereide Maria Onofre Paiva e Luis de França Paiva, natural de Gurinhém/PB, nascido(a) em 27/01/1969 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Edmar Freire de Amorim, Nº 65, complemento VALENTINA II, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Posto do Psf, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99350-0785.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 101, Posto da Prf, João Pessoa/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/05/18 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, o notificante trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES, ano e modelo: 2011/2012 de cor vermelha, placa: OFC 2148/PB, Chassi nº 9C2KD0550CR529387, registrado em nome de José William da Silva Paiva - CPF nº 114.813.194-93; QUE SEGUNDO O NOTIFICANTE: Seguia normalmente na sua mão na faixa da direita, quando um motoqueiro em uma Moto Honda Bros não sabendo especificar a placa do mesmo, que vinha em sentido contrário e aparentando está embriagado veio em direção ao notificante que tentou desviar mas que acabou por colidir com o mesmo; QUE segundo o notificante este evadiu-se do local sem prestar socorro; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1285 /2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 21/09/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido ambulância local; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. Prontuário nº 201805000780.

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

João Pessoa/PB, 24 de outubro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
JOSÉ CARLOS DE PAIVA  
Notificante  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
Procedimento Policial: 02020.01.2018.1.00.420

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

João Carlos de Paiva

CPF da Vítima

569.963.944-53

Data do Acidente

06/05/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º 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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 NOV 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Carlos de Paiva 12 de Novembro de 2018  
Local e Data

João Carlos de Paiva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Ficha Nr: 125923 Atd: Nao Regulado  
Data: 06/05/2018  
Hora: 22:08:13  
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERRAN  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE CARLOS DE PAIVA Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 898000508796077 Sexo: M IDENTIDADE: 1172430 Fone: 998656633  
Natural: GURINHEM/PB Data Nasc.: 27/01/1969 Id: 49 ano(s)  
End.: RUA EDMAR FREIRE DE AMORIM, 65  
Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mae: NEREIDE MARIA ONOFRE PAIVA Pai: LUIS DE FRANCA PAIVA  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Resp.: JOSE CARLOS DE PAIVA  
Tel/Doc. Responsavel: 998656633 / IDENTIDADE: 1172430  
I edencia: HOSPITAL MATA REDONDA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Exa Principal

COLISAO MOTO X MOTO. REFERE DOR NAS COSTELAS AO NEGA PANCADA EM CABECA, DESMAIO E VOMITO.  
RESPIRAR, TRAUMA EM MAO ESQUERDA E MID.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM

MOTO CICLISTA COM LESÃO POR CONTUSÃO

diagnostico

EXPOSTA DE 400ML DE SANGUE  
E EX DE 50ML

rescricao

Conduta

Horario da medicacao

12 NOV. 2018

PROTOCOLO

INTERMUNICIPAL JOAO PESSOA

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 7694 1301 15741

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: JOSE CARLOS DE PAIVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000012775-0

---

Nr. da Autenticação F7494B6E1C8E6816



84,67

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
12 NOV. 2018  
AG. PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

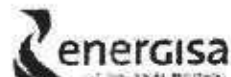
	Valor (R\$)	
013192	84,67	100,00
0001	84,67	100,00

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é equivalente de conta

Endereço para envio de pagamento: Rua da República, 157 - João Pessoa - PB - CEP 53011-000



ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 250, Km 15 - Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53011-000  
CNPJ 08.096.163 / 0001-00 Fone: (31) 3181.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 05  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

## REFERÊNCIA

SET/2018

## APRESENTAÇÃO

20/09/2018

## CONSUMO

192

## VENCIMENTO

27/09/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 178,94

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



PARABÁ - PB

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Telefone: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2018

## VENCIMENTO

27/09/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 178,94

## MATRÍCULA

530559-2018-09-0



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/BIBLIOTECABWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexsandra Gera Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Carlos de Faria inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 569.963.344-53, do sinistro de DPVAT – cobertura invalidadez da Vítima  
Jose Carlos de Faria, inscrito (a) no CPF sob o Nº 569.963.344-53, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>Agente Fiscal Jose C. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Sua Inga Beira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>99105-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

J. Pessoa, 30 de outubro de 2018  
Local e Data

Alexsandra Gera Duarte  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José William da Silva Paiva,  
RG nº 3785735, data de expedição 23/03/05,  
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 11481319493, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)  
Comunidade Freixo de Amaram, nº 65,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Jose Carlos de Paiva, cujo o condutor era  
Jose Carlos de Paiva.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda NXR 150 Bros  
Ano: 2011/2012  
Placa: OFC 2148/PB  
Chassi: 9C 2KD0550CR529387  
Data do Acidente: 06/05/18  
Local e Data: João Pessoa 26/10/18

José William da Silva Paiva  
Assinatura do Declarante



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

 **CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE WILLIAM DA  
SILVA PAIVA, [104103], J. Pessoa-PB, 26/10/2018 14:04:12  
Emol R\$9,48 Farpem: R\$0,28 Fepi: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em  
test da verdade. Tabela CELEIDA/ COSMO PEREIRA SILVA.  
Selo Digital A4532704-MZB7 Consulte em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





## CERTIDÃO

Nº. 1285/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento nº 857437 e Prontuário de Nº 2018.05.000780, pertencente a **JOSE CARLOS DE PAIVA** que foi atendido dia 06/05/2018 às 22H08min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em 3º dedo do pé esquerdo e 5º dedo da mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 3º dedo do pé esquerdo + 5º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 10/05/2018 com alta médica dia 10/05/2018.

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

João Pessoa, 21 de setembro de 2018

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

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



-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

-----  
Assinatura da Enfermagem | Reservado p/ liberacao

-----  
PROCEDIMENTO REALIZADO

-----  
DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia      [ ] Transferido      [ ] Desistencia      [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido      [ ] Enfermaria      Obito: [ ] Atestado      [ ] SVO      [ ] IML

-----  
*X* *Maria Lacerda*  
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** JOSE CARLOS **Data da Admissão:** 06/05/18

**Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_

**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** 27/01/69

**QPD:** LESÃO PORTO COMPOSTA EM NAC + DOR

**HDA:** Paciente vítima de AC de motocicleta com FX em sent + FX exposta de 40 QDC

**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 5º MLC + 4º QDC ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☒ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSO:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

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

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: FRATURAS EXP. DE 4º QD + TX DE S-MTC

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Pix **PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Hipóteses Diagnósticas: FRATURAS EXP. DE 4º QD

4 S-MTC

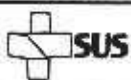
Conduta: INTERNOPL 110 C2PÚRBICO

6 ANTIBIOTICOTERAPIA

3 SAT

4 SOLICITO PRÉ-OP;





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

2 - CNES

2399628

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

4 - CNES

2399628

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

João Carlos de Paiva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

**17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)**

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE.

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

04 - fno de Kishin var 1.5

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
12 NOV 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

## MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NA SALA DE CIRURGIA

NOME: Jose Carlos Pereira PRONT: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Dr. Carlos do Carmo 1º Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador(a): \_\_\_\_\_  
 Anestesista: \_\_\_\_\_ Tipo de Anestesia: Local  
 Início: 4:55 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO	Q.	MEDICAMENTO	Q.	MATERIAL	Q.
Adrenalina (amp.)		Oxido nitroso (N <sub>2</sub> O)		Escalpe	
Água dest. (amp.)		Oxigênio (O <sub>2</sub> )		Esparadrapo	
Aminofilina (amp.)		Pancuron (amp.)		Esparadrapo hipod.	
Atropina (amp.)		Plasil (amp.)		Fio de algodão	
Bicarbonato de sódio (amp.)		Propofol (amp.)		Eluxor artroscop.	
Bupivacaina 0,5 % (fr.) <u>cloran 1000</u>		Prostigmine (amp.)		Gorro descartável	
Bupivacaina 0,75 % (fr.)		PVPI deger.		Lamina de bisturi	
Captopril (compr.) 12,5 mg		PVPI tintura <u>cloran 02 07 600</u>		Lamina gilete	
Cedilanide (amp.)		Quelicin (amp.)		Luvas de procedimentos	
Cloreto cálcio (amp.)		Rapifen		Luvas estéreis (par)	
Cloreto potássio (amp.)		Revivam (amp.)		Malha tub 10 cm	
Clorexidina 2%		Rocefin 1g (amp.)		Mascara descartável	
Cloridrato de tramadol		Sevocris		Mononylion	
Cloridrato nalorfina (amp.)		Sol. Ringer c/ lact. 500 ml		Propé descartável	
Decadron (amp.)		Soro fisiológico 1000 ml		Serin. descartável 1 cc	
Dexametazona (amp.)		Soro fisiológico 500 ml		Serin. descartável 10 cc	
Diazepan (amp.)		Soro glicosado 500 ml		Serin. descartável 20 cc	
Dimorf (amp.)		Sulo-cortef 500 mg		Serin. descartável 5 cc	
Dipirona (amp.)		Fenitoína sódica		Sonda foley	
Dolantina (amp.)		Tilatil (amp.)		Sonda nasogastrica	
Dolosai (amp.)		Voltaren (amp.)		Sonda uretral	
Dormonid (amp.)				Vicryl	
Efortil (amp.)					
Éter		MATERIAL		TAXA/EQUIPAMENTO	
Etomidato		Abbocath ou Gelco		Artroscopio	
Fenergan (amp.)		Aciflex		Aspirador elétrico	
Fenocris		Água oxigenada		Bisturi elétrico	
Fentanil		Aguilha desc. p/ raque		Intensif. de Imagem	
Flumazenil		Álcool iodado		Monitor	
Glicose (amp.)		Atad. Gessada Cremer/Jonson		Oxímetro pulso	
Haloperidol		Atadura algodão 20 cm		Perfurador elétrico	
Halothano (fr.)		Atadura de crepom 15 cm		RX	
Hidrocortizona 500 mg		Bola de algodão			
Isoforane ml		Bolsa de colostomia		PRÓTESE - SÍNTESE	
Kanakion (amp.)		Camisa p/ microscópio		Fio de Steimann	
Kefazol (fr.)		Cateter p/ oxigênio		Fio de Kirschner <u>no 15</u>	
Keflin (amp.)		Cateter p/ peridural		Hemodreno	
Ketalar (fr.)		Cateter p/ subclávia			
Lasix (amp.)		Catgut cromado			
Lidocaina 2% <u>ef. vaso</u>		Catgut simples			
Lidocaina 2% (geléia)		Catgut simples agulhado			
Neocaina 5% pes. (amp.)		Cera óssea			
Liquemine		Coletor urina fechado			
Metildopa (compr.)		Compressa cirúrgica			
Metronidazol 500 mg		Compressa gaze			
Midazolam		Dreno de Kher			
Narcan		Dreno penrose			
Neocaina 0,5 % hipb (amp.)		Eletrodo desc.			
Neocaina 0,5 % isob (amp.)		Equipo macro			
Nilperidol		Equipo micro			

Data: 10/05/18

Salvina  
 ENFERMEIRA  
 Assinatura e Carimbo

Salvina  
 CIRCULANTE  
 Assinatura e Carimbo




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA


SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-080



*Jose Carlos de Paiva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.172.430 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 23/10/2017

NOME JOSÉ CARLOS DE PAIVA

FILIAÇÃO LUÍS DE FRANÇA PAIVA  
NEREIDE MARIA ONOFRE PAIVA

NATURALIDADE GURINHÉM-PB DATA DE NASCIMENTO 27/01/1969

DOC ORIGEM NASC.N. 8981 FLS. 218 LIV. A 26  
CARTÓRIO GURINHÉM-PB

CPF 569.963.144-53

*Carlos A. B. Lacerda Jr.*  
Marcos A. B. Lacerda Jr.  
Chefe do Departamento de Identificação  
Data: 23/10/83  
Ass: Chefe e Controlador

B +

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

569.963.144-53

569.963.144-53

é Carlos de Paiva.

JOSE CARLOS DE PAIVA

27.01.69

*Jose Carlos de Paiva*

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 NOV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180533599

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE CARLOS DE PAIVA

**Data do acidente:** 06/05/2018

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO QUARTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA DO QUINTO METACARPO ESQUERDO. FRATURA DO TERCEIRO PODODÁCTILO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR NA MÃO ESQUERDA. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO E REDUÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DOS QUARTO E QUINTO QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AS FRATURAS DO QUARTO QUIRODÁCTILO E QUINTO METACARPO ESQUERDOS. SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DO PARA A FRATURA DO TERCEIRO PODODÁCTILO ESQUERDO. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**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 mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PRESTADOR


ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180533599**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE CARLOS DE PAIVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Maria José Cesar Madruga, 65 - Valentina de Figueiredo - João Pessoa - PB - CEP 58063-299**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1172430**

Data e local do acidente: [ **06/05/2018** ] **MATA REDONDA - PB**

Data e local do exame: [ **29/11/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA EXPOSTA DO QUARTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA DO QUINTO METACARPO ESQUERDO. FRATURA DO TERCEIRO PODODÁCTILO ESQUERDO.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA REFERE DOR NA MÃO ESQUERDA. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO E REDUÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DOS QUARTO E QUINTO QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AS FRATURAS DO QUARTO QUIRODÁCTILO E QUINTO METACARPO ESQUERDOS. SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DO PARA A FRATURA DO TERCEIRO PODODÁCTILO ESQUERDO. RECEBEU ALTA.**

**V.** Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

4º quirodáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

5º quirodáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180533599 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CARLOS DE PAIVA **Data do acidente:** 06/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 21/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4º QUIRODÁCTILO DA MÃO. (NÃO DEFINIDO)  
FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO. (NÃO DEFINIDO)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180533599 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CARLOS DE PAIVA **Data do acidente:** 06/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 21/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4º QUIRODÁCTILO DA MÃO. (NÃO DEFINIDO)  
FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO. (NÃO DEFINIDO)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180533599 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CARLOS DE PAIVA **Data do acidente:** 06/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO QUARTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA DO QUINTO METACARPO ESQUERDO. FRATURA DO TERCEIRO PODODÁCTILO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR NA MÃO ESQUERDA. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO E REDUÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DOS QUARTO E QUINTO QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AS FRATURAS DO QUARTO QUIRODÁCTILO E QUINTO METACARPO ESQUERDOS. SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DO PARA A FRATURA DO TERCEIRO PODODÁCTILO ESQUERDO. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**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 mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180533599

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE CARLOS DE PAIVA

**Data do acidente:** 06/05/2018

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO QUARTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA DO QUINTO METACARPO ESQUERDO. FRATURA DO TERCEIRO PODODÁCTILO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR NA MÃO ESQUERDA. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO E REDUÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DOS QUARTO E QUINTO QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AS FRATURAS DO QUARTO QUIRODÁCTILO E QUINTO METACARPO ESQUERDOS. SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DO PARA A FRATURA DO TERCEIRO PODODÁCTILO ESQUERDO. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**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 mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Jose Carlos de Faria  
brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão  
MOTORISTA, CI RG nº 1172.430  
CPF/MF nº 569.963.144-53, residente e domiciliado(a) à Rua  
EDMAR FERREIRA DE AMORIM Nº 65 VALLINZINA  
Cidade de JOÃO PESSOA - PB, Estado  
Paraíba, CEP: 58063-299, telefone  
(83) 99305.5363, 98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.


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

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
12 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa - PB, 24 de outubro de 2018.

1º OFÍCIO  
DISTRITAL

Jose Carlos de Faria  
OUTORGANTE

 **CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA JUSCELINO KUBITSCHEK, S/Nº - BARRIO DO SOL - CEP 58071-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TEL/FAX: (83) 3211-4010  
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE CARLOS DE  
FAIVA, [115290], J. Pessoa - PB, 24/10/2018 16:27:26 Emol  
R\$9,48 Fapen: R\$0,28 Fepi: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em test da  
verdade. Tabela CELEIDA COSMO FERREIRA SILVA. Selo  
Digital AHS32293-GWAG Consulte em  
<https://selodigital.tiob.tus.br>



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411816/18

**Vítima:** JOSE CARLOS DE PAIVA

**CPF:** 569.963.144-53

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 06/05/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE CARLOS DE PAIVA

## 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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### JOSE CARLOS DE PAIVA : 569.963.144-53

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

Data da entrega: 12/11/2018  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA