
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

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.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

E 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

56996314453

Nome completo da vítima

José Carlos de Paiva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Carlos de Paiva	56996314453	Receve
Endereço	Número	Complemento
Rua Edmar Freire de Amorim	65	
Bairro	Cidade	Estado
Valentina	João Pessoa	PB
Email	CEP	
	58063-299	Telefone (DDD)

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

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.C.

CONTA

N.R.C.

4823

D/V

52775

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

N.R.C.

AGÊNCIA

N.R.C.

CONTA

N.R.C.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

José Carlos de Paiva

Local e Data

José Carlos de Paiva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



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 Silvsa 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 Nº1285 /2018, EXPEDIDA PELA DR^a 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.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

JOSE CARLOS DE PAIVA
Noticiante REV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Procedimento Policial - 02020.01.2018.1.00.420



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

José 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 atende 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIAS /
12 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

José Carlos de Paiva de Novembro de 2018
Local e Data

X José 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
Recepçionista: GABRIELA DA COSTA SERRAN
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE CARLOS DE PAIVA

Num. Prontuario: 2018.05.000780

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

Localização: 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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

()xa Principal

[] Vomito

Observacao

COLISAO MOTO X MOTO. REFERE DOR NAS COSTELAS AO RESPIRAR, TRAUMA EM MAO ESQUERDA E MID.

NEGA PANCADA EM CABECA, DESMAIO E VOMITO.

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

ACIDENTE VITIMA DE TRAUMA EM

MOTORCYCLE COM LESAO PELVE COMPREV

diagnóstico: FRACTURA DE QUILHO CONDUTA COMPRESA COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A

exposto DE 40QML CONDUTA FRACTURA DE 5CM

Conducta FRACTURA DE 5CM

rescrição: 12 NOV. 2018

Horário da medicadao

PROTÓCOLO
INTERNAÇÃO JOÃO PESSOA

CGM 76181701151
Operações de Emergência e Resgate
Páginas 1/1

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

ELIZANGELA MARCIA DA SILVA PAIVA
RUA EDMAR FREIRE DE AMORIM 85 - VALEN
JOAC PESSOA / PB CEP: 56083-299 (AD T)

Emissa 17/10/2018 Referencia 201 2046
Classificada P/RESIDENCIAL BAIKA RENATA

 energisa

Nota Fim - Conta de Energia Elétrica nº 14.004-421
Cód. para DB. Automática: 00004030758

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** | Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da proxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	17/10/2018	16/11/2018	806.480.104-49

UC (Unidade Consumidora):

5/403875-8

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Eléctrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2001.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leritura	Data	Leritura						
17/06/18	11024	04/07/18	11156					10	
Demonstrativo									
CCN	Descrição	Lançamento	Tarifa	Unid. Básica	Consumo(R\$)	Base(Cod. Padrão)	Cálculo(R\$)		
					Tarifa Total(R\$) CCMF(R\$) ICMS	Parte(Cod. Padrão)	(em R\$)		
0001	Consumo ate 50kWh-BR	30.000,00	0,278265	8,94	8,94-27	7,25	8,94	0,05	0,05
0001	Consumo -31 a 100kWh-BR	70.000,00	0,477010	33,39	33,39-27	9,07	33,39	0,22	1,03
0001	Consumo >100 a 220kWh-BR	38.000,00	0,315620	20,03	20,03-27	5,41	20,03	0,13	0,97
0001	Adic. B Vermelha			5,98	5,98-27	1,31	5,98	0,05	0,17
0010	Subtotal			47,60	47,60-27	12,85	47,60	0,32	1,47
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIB.SERV.IULM.PÚBLICA			2,69	2,69-0	0,00	2,69	0,00	0,00
0008	Descrição Suíte2			-27,99	-27,99-0	0,00	-27,99	0,00	0,00

CII - Código de Classificação do Item TOTAL 8487 11434 3123 11839 0 0 0

MÉDIA ÚLTIMOS MESES (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

- 1 -

24/10/2018

Rs 84.67

Histórico de Consumo (kWh)

Digitized by srujanika@gmail.com

55e6 cf1a e288 74de 95fc 5e0a bd7f 7cc5

Indicadores de Qualidade

7/2019 - Page 16

	Límites da ANEEL	Apurado	Límite de tensão (V)
DIC/MENSAIS	± 3%	0,08	
DIC/TRIMESTRAIS	± 1,5%		NORMAL
FICANUAL	± 1,5%		
PICTEMENIAL	± 3,0%	1,00	CONTRATADO
FIC/TRIMESTRAIS	± 3,0%		LIMITESUPERIOR
FICANUAL	± 3,0%		LIMITESUPERIOR
DIFC	± 3,0%	0,06	

Discrimination	Value (%)	Total
Demographic	100.00	100
Gender	100.00	100
Race	100.00	100
Age	100.00	100
Marital Status	100.00	100
Education	100.00	100
Employment Status	100.00	100
Total	84.67	100.00

ATENÇÃO

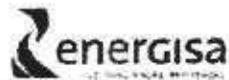
T10 RE-172

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo

Documento não é arquivável de forma

Informações para pagamento: Número da Conta: 012.740.077
Nº 012.740.077



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR-710, KM 15 - Centro (Rodovia João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 05.090.102/0005-40 - Ins. Est. 16.012.022-0

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



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotativo: 12-005-282-0450

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/09/2018	R\$ 178,94	1698358-2018-094



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Aleondra Gervai Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.751-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Barbosa de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 569.963.344-53, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima João Barbosa de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 569.963.814-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____
12 NOV. 2018

Recuso Informar

**COMPREV
SEGUROSEPROTEGEMASIA
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

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 João L. Duarte</u>		Número	<u>157</u>	Complemento
Bairro	<u>Mangabeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PR</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

Aleondra Gervai Duarte
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

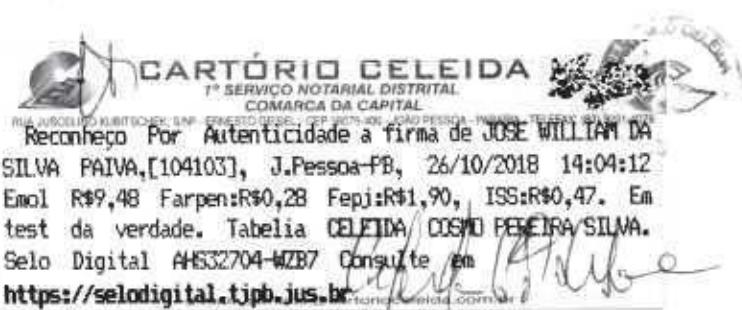
Eu, José William da Cunha Paiva,
RG nº 3785735, data de expedição 23/03/05,
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 11481319493, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Comarca Fazenda de Amaro, nº 65, -
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima 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: 9C2KD0550CR529387
Data do Acidente: 06/05/18
Local e Data: Joao pessoa 26/10/18



José William da Cunha Paiva
Assinatura do Declarante

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



CERTIDÃO

Nº. 1285/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO 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

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido

Alta a pedido Enfermaria

I | Desistencia

Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Moore

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carijunto do Medico

ia	<input type="checkbox"/> UTI
estado	<input checked="" type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML
	COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA ASIA
	12 NOV. 2018
a e Carimbo do Medico	
	PROTÓCOLO
	PESSOA



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOSÉ CARLOS Data da Admissão: 06/05/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 07/01/69
QPD: 1º SMC PORTO COMPOST EM MFC + DOR
HDA: Paciente visto no ato de
MOTOCICLETA com FX em 5ºC
& FX exposta no 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
[]Dispneia []Palpações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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 MIL + 4º QDC []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HEP

[]HAS []DM []TB []Dislipidemia []Banco 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: ~~FRATURA EXP. DE 40 GDC + TX DOS MTC~~ _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____ 17 NOV 2018

Rx _____ PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOAHipóteses Diagnósticas: ~~FRATURA EXP. DE 40 GDC~~

d S FORMIC _____

Conduta: ~~INTERNO P/ 110 C2 DURANTE~~(3) ~~PNT BIOTEC - PBPA~~(4) ~~SOLICITO PRÉ-OP.~~~~Dr. Tomásio A. R. Pinto
Cirurgião e Traumatólogo
CRM PB 0001007 15747~~

 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 2 3 9 9 6 2 8	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY			4 - CNES 2 3 9 9 6 2 8	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Gonçalves de Paiva</i>			6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO / /	
10 - NOME DA MÃE			9 - SEXO Masc. 1 Fem. 3 DOD	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			16 - CEP	
<input type="checkbox"/> 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	
26 - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>04 - Frio de Kishin na t.5</i>				
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 12 NGV 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO () CNS () CPF		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ORGÃO EMISOR	
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF			48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NA SALA DE CIRURGIA

PRONT:

NOME: José Carlos Souza

Tipo de Cirurgia:

Cirurgião: Dr. Ricardo Souza

2º Auxiliar:

Anestesista:

Início: 14:55

1º Auxiliar:

Instrumentador(a):

Tipo de Anestesia: total

Término:

Duração:

MEDICAMENTO	Q.	MEDICAMENTO	Q.	MATERIAL	Q.
Adrenalina (amp.)		Oxido nitroso (N_2O)		Escalpe	
Água dest. (amp.)		Oxigênio (O_2)		Espadrapo	
Aminofilina (amp.)		Pancuron (amp.)		Espadrapo hipod.	
Atropina (amp.)		Plasil (amp.)		Fio de algodão	
Bicarbonato de sódio (amp.)		Propofol (amp.)		Efluxor artroscp.	
Bupivacaína 0,5% (fr.)	<u>10ml</u>	Prostigmine (amp.)		Gorro descartável	<u>L</u>
Bupivacaína 0,75% (fr.)		PVP1 deger.		Lamina de bisturi	
Captopril (compr.) 12,5 mg		PVP1 tinctura	<u>10ml</u>	Lamina gilete	
Cedilanide (amp.)		Quelicin (amp.)		Luvas de procedimentos	<u>L</u>
Cloreto cálcio (amp.)		Rapifen		Luvas estéreis (par)	
Cloreto potássio (amp.)		Revivam (amp.)		Malha tub 10 cm	
Clorexidina 2%		Rocefin Ig (amp.)		Mascara descartável	
Cloridrato de tramadol		Sevocris		Mononylion	
Cloridrato nalorfina (amp.)		Sol. Ringer c/ lact. 500 ml	<u>1</u>	Propé descartável	<u>L</u>
Decadron (amp.)		Soro fisiológico 1000 ml		Serin. descartável 1 cc	
Dexametazona (amp.)		Soro fisiológico 500 ml	<u>1</u>	Serin. descartável 10 cc	<u>1</u>
Diazepam (amp.)		Soro glicosado 500 ml		Serin. descartável 20 cc	<u>1</u>
Dimorf (amp.)		Sulo-cortef 500 mg		Serin. descartável 5 cc	
Dipirona (amp.)		Fenitoína sódica		Sonda foley	
Dolantina (amp.)		Tilatil (amp.)		Sonda nasogastrica	
Dolosal (amp.)		Voltarem (amp.)		Sonda uretral	
Dormonid (amp.)				Vicryl	
Efortil (amp.)					
Éter					
Etimidato		MATERIAL		TAXA/EQUIPAMENTO	
Fenergan (amp.)		Abbccath ou Gelco		Artróscopio	
Fenocris		Aciflex		Aspirador elétrico	
Fentanil		Água oxigenada		Bisturi elétrico	
Flumazenil		Aguilha desc. p/ raque		Intensif. de Imagem	<u>100m</u>
Glicose (amp.)		Alcool iodado		Monitor	<u>100m</u>
Haloperidol		Atad. Gessada Cremer/Jonson		Oxímetro pulso	<u>500m</u>
Halothano (fr.)		Atadura algodão 20 cm		Perfurador elétrico	<u>100m</u>
Hidrocortizona 500 mg		Atadura de crepom 15 cm		RX	<u>100m</u>
Isoforane ml		Bola de algodão			
Kanakion (amp.)		Bolsa de colostomia			
Kefazol (fr.)		Camisa p/ microscópio			
Keflin (amp.)		Cateter p/ oxigênio			
Ketalar (fr.)		Cateter p/ peridural			
Lasix (amp.)		Cateter p/ subclávia			
Lidocaina 2%	<u>10ml</u>	Catgut cromado			
Lidocaina 2% (gélia)		Catgut simples			
Neocaina 5% pes. (amp.)		Catgut simples agulhado			
Liquemine		Cera óssea			
Metildopa (compr.)		Coletor urina fechado			
Metronidazol 500 mg		Compressa cirúrgica			
Midazolan		Compressa gaze			
Narcan		Dreno de Kher			
Neocaina 0,5% hipb (amp.)		Dreno penrose			
Neocaina 0,5% isob (amp.)		Electrodo desc.			
Nilperidol		Equipo macro			
		Equipo micro			

Data: 10/05/18

Galana

ENFERMEIRA

Assinatura e Carimbo

Circulante

Assinatura e Carimbo

V-02
P-080



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETAÇÃO DE SEGURANÇA DA FEDERAÇÃO
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL DA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



José Carlos de Paiva
CARTERA 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 LUIΣ DE FRANÇA PAIVA
NEREIDE MARIA ONOFRE PAIVA

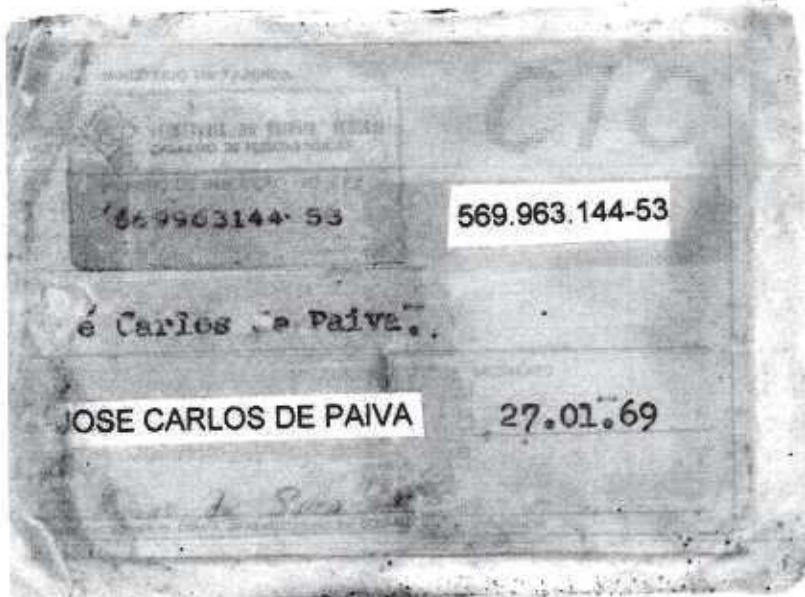
NATURALIDADE GURINHÉM-PB DATA DE NASCIMENTO 27/01/1969

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

CPF 569.963.144-53

*Anaúas AB Lacerda
Marcus A. B. Lacerda Jr.
Cpf do Nascido 27/01/69
Maior Chá e Cia Ltda*

B +





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?

[**X**] 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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (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
() 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
() 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

Valorização 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:

José Carlos de Paiva,
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 FRIZIER DE AMORIM N° 65 VALENTINA
Cidade de João Pessoa - PB, Estado
Paraíba, CEP: 58067-299, telefone
(83) 99505.5363, 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.

GONPREV
GONPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa-PB, 24 de outubro de 2018.

*1º OFÍCIO
DISTRITAL*

José Carlos de Paiva
OUTORGANTE



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSÉ CELÍNIO KURTSCHER, 519 - FERNANDO DÍEZ - CEP 58010-000 - JOÃO PESSOA - PB
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE CARLOS DE PAIVA, [115280], J.Pessoa-PB, 24/10/2018 16:27:26 Emol R\$9,46 Farpen:R\$0,28 Fepj:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO FERREIRA SILVA, São Digital AHS32293-GNAG Consulte em <https://selodigital.tjpb.mt.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411816/18

Vítima: JOSE CARLOS DE PAIVA

CPF: 569.963.144-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2018

Titular do CPF: JOSE CARLOS DE PAIVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCELA DO CARMO DE LIMA