

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180483960 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS **Data do acidente:** 07/03/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: 30/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000118591-1

Nr. da Autenticação 24EC9A6585D07E3B

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

Nº Sinistro: 3180483960

Vitima: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

Data do Acidente: 07/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180483960**.

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 13488295



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

12068633400

Nome completo da vítima

Jose Adao da Silva Moraes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Jose Adao da Silva Moraes

CPF titular da conta

12068633400

Profissão

Recusado

Endereço

R Jose de Azevedo

Número

186

Complemento

Casa 01

Bairro

Imaculada

Cidade

Bayeux

Estado

PB

CEP

58309-290

Email

Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ 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)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

0041859513

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Jose Pessoa 15 de Outubro de 2018

Local e Data

Jose Pessoa 15 de Outubro de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Agência: 1914

Operação: 013

Conta: 00118591-1

Nome: Jari Celso da Silva. Moraes



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



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Data e Hora do Registro do B.O: 13/03/2018 às 15h47min.

Local do fato: BAYEUX/PB.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 913/2018

NOTICIANTE

JOSÉ ADÃO DA SILVA MORAIS, brasileiro, natural de Cajueiro-AL, filho de Elival Moraes da Silva e Severina Leoncio da Silva, com 21 anos, nascido em 06.05.1996, união estável, eletricitista, com ensino médio, RG 4.395.975-SSP/PB e CPF 120.686.334-00, residente a rua José de Alencar 186/A, Imaculada, Bayeux-PB, (próximo ao Mercadinho Jesus de Nazaré), fone 98729-8116.

AFIRMA A NOTIFICANTE: QUE, por volta das 06h40min., do dia 07.03.2018, conduzia a sua **MOTOCICLETA** marca **HONDA/NXR BROS ESDD**, cor **vermelha**, ano e modelo **2018/2018**, placas **OFH-9652/PB**, chassi nº **9C2KD0810JR017135**, em seu nome, trafegando pela BR 230, próximo ao posto da PRF, Bayeux-PB, ocasião em que foi surpreendido com a colisão na sua moto causando danos, provocada pelo veículo de **marca FORD/ ECOSPORT FSL 1.6**, cor **prata**, placas **PEY-8235/PB**, ano e modelo **2013/2014**, chassi **9BFZB55P4E8844755** conduzido por **Hebnesser Rodrigues Ferreira**, tendo o notificante caído com a sua moto, sendo acidentado; QUE, o notificante foi socorrido numa ambulância do CORPO DE BOMBEIROS e deu entrada inicialmente no HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CAPITAL e, em seguida, foi transferido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY DA CAPITAL, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico.

. Por este motivo veio notificar o fato.

Assinatura da Notificante:

José Adão da Silva Moraes

Policial que registrou o BO: Josenildo de Lima Cardoso, escrivão, mat. 135.662-3.

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

15 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

José Adão da Silva Moraes

CPF da Vítima

120.686.334-00

Data do Acidente

07/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

José Pessoa 15 de Outubro de 2018
Local e Data

X José Adão da Silva Moraes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 19/03/18


Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

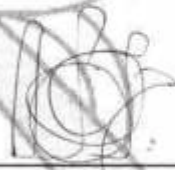
TEN. CEL. QOBM-521.280 4


BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 15 de Março de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0120/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 07/03/2018, conforme requerimento nº 123/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 06h56min o/a Sr.(a) **JOSE ADAO DA SILVA MORAIS**, CPF Nº 120.686.334-00, vítima de acidente de trânsito (*colisão (carro e moto)*), ocorrido na BR 230, Manguinhos – Bayeux/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44, tendo como chefe o **CABO BM FERNANDO DE CARVALHO FERREIRA**, Matrícula 521.872-1. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com escoriações na região lombar, laceração e abrasão no membro inferior. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN - MAT. 327.341-2
Chefe da 3ª Seção

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS


15 OUT. 2018

PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAIBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar,
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



EXERCÍCIO 2012 - DISTRIBUIÇÃO DE RENDIMENTOS
R-220, Km 25 - Estrada Redenção - Jd. Petrópolis - CEP 06071-000
CNPJ 08.082.189/0001-40 - Ins. Est. 16.018.602-1

InfoRouge - Orange Energy Services Inc. 128
Cde. rem. Dlt. Automatique pour garage

1094222445

5/1698358-7

Basta o cartão de Energia CN em qualquer ponto de venda ou no site. Você terá acesso a uma rede via da terra, mudando de lugar e de fornecedor sem a necessidade de energia e conexão. Outros serviços e informações sobre a rede de energia e conexão. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite estas facilidades.

Data	Lettura	Data	Lettura
20/04/18	1827	22/05/18	2048
CO - Consumo			
Quantità	Tariffa	Valore Base Corp.	Azienda
Consumo (kWh)	(€/kWh)	(€)	(€)
2001 - Consumo energia	221,600 0,951470	152,81	152,81
0801 - Ab. B. Amara		7,12	2,12
LANCIAMENTI E SERVIZI			
0807 - CONTRIB. SERV. ILLUMIN. PUBBLICA		9,50	3,00

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
15 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Hipercard

00156884



PC-00

MARIA TERCIA DA SILVA ARAUJO
R JOSE DE ALENCAR 186
MERCADINHO LINO
CASA 01 - IMACULADA
58309-290 BAYEUX - PB

Postagem: 09/09/2018

Vencimento: 23/09/2018

Emissão: 09/09/2018

090918

Fechamento próxima fatura: 18/10/2018

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	1.415,36
● Pagamentos efetuados	- 1.415,36
● Saldo financiado	0,00
● Lançamentos atuais	1.261,80
● Total desta fatura	1.261,80

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **MARIA TERCIA DA SILVA ARAUJO**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.5179**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

23/09/2018

A) pagamento total

1.261,80

B) pagamento mínimo

189,27

C) parcelas fixas

126,16
+23x 126,16

Veja outras opções na 2. folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	6.350,00
Limite utilizado no mês	1.261,80
Retirada de recursos País(saque)	310,00

Pagamentos efetuados

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
22/08	PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 900,00
22/08	PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 515,36
● Total dos pagamentos		- 1.415,36

Lançamentos: compras e saques

MARIA TERCIA S ARAUJO (final 5179)		
DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
25/01	MERCADOPAGO 08/08	112,84
	Osasco	
19/03	ARMAZEM PARAIBA 06/10	52,90
	BAYEUX	
03/04	ARMAZEM PARAIBA 06/10	87,48
	JOAO PESSOA	
18/04	SHOW MUSICAL 05/05	119,40
	João Pessoa	
26/04	ARMAZEM PARAIBA 05/05	52,56
	JOAO PESSOA	

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

34191.75355 48501.402043 00173.090002 9 000

Número do Documento

00135485014/0074933

Nome do Pagador/CNPJ/CPF

MARIA TERCIA DA SILVA ARAUJO - 110.661.214-00

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69

Endereço do Beneficiário

AV RUI BARBOSA, 251,1 A. GRACAS - RECIFE - PE

recibo do pagador

Nosso Número 175/35485014-0

Valor do documento R\$ 1.261,80

Vencimento 23/09/2018

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.75355 48501.402043 00173.090002 9 000	
Local de Pagamento					Data de Vencimento
Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.					23/09/2018
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF					Agência / Código Beneficiário
HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69					2040/01730-9
AV RUI BARBOSA, 251,1 A. GRACAS - RECIFE - PE					
Data do Documento	Número do Documento	Espécie DOC.	Acerto	Data do Processamento	Nosso Número
23/09/2018	00135485014/0074933	FT	N	09/09/2018	175/35485014-0
Linha do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	175	R\$			R\$ 1.261,80
Instruções de responsabilidade do beneficiário.					(-) Descontos / Abatimentos
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (I) pagar quantia a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (II) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.					(+) Juros / Multa
					(=) Valor Pago
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP					
MARIA TERCIA DA SILVA ARAUJO - 110.661.214-00					
R JOSE DE ALENCAR 186 - MERCADINHO LINO - CASA 01 - IMACULADA - 58309-290 BAYEUX - PB					
Sacador Avalista:					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Adão da Silva Moraes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 120.686.334-00 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima
José Adão da Silva Moraes inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.686.334-00 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.

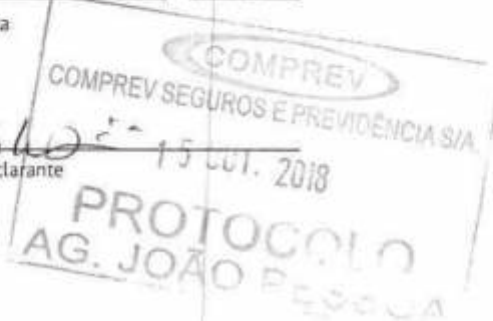
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. General Fiskal José L. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa de outubro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



86

CERTIDÃO

Nº. 0679/2018

Atendendo solicitação de **JOSE ADAO DA SILVA MORAIS** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº105734, e Prontuário de Nº 2018.03.000921 pertencente ao requerente que foi atendido dia 07/03/2018 às 10H10min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo e pé esquerdos.

Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 07/03/2018 com alta médica dia 09/03/2018.

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

João Pessoa, 08 de maio de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



URA 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: 108795 Atd: Nao Regula
Data: 07/03/2018
Hora: 10:10:06
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S/
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.03.000921

CNS: 700506156610855 Sexo: M CNH: 4395975 Fone: 986314028

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/05/1996 Id: 21 ano(s)

End.: RUA JOSE DE ALENCAR, 186

Bairro: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: SEVERINA LEONCIO DA SILVA

Pai: ELIVAL MORAIS DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ELETRICISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA- NAARA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO COM CARRO NA BR 230

Vitima de violencia por: PX A POLICIA FEDERAL AS 6:40HRS, CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

EM MIE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Recebi com queixa de queda de nuca com

trauma

Diagnostico

Conduta - Rodo MT 500 + Pó 500

Prescricao

Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

15 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO.(assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria

☐ Desistencia ☐ UTI
Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 07 / 03 / 11

Nome: João Adão do Filho
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: Do + deficiência + fratura em tornozelo

HDA: Receita com sistema de fixação em TAT com uma das
deficiências em membro lateral.

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-reposuço [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []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: _____

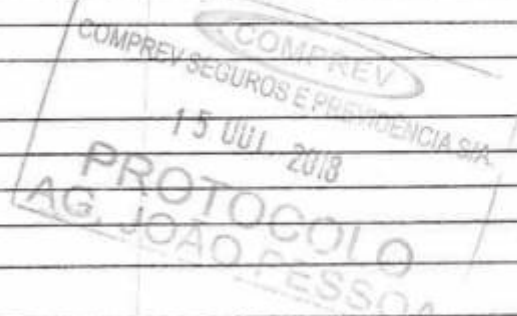
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: fm Exports do líquido lateralConduta: do bloco clínico.



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



Cruz Vermelha Brasileira



Hos
Sen

Receituário

Paciente: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

Data: 07/03/2018 09:07:26

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

Idade: 21

BAE: 1067426

ENCAMINHAMENTO:

AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA ENCAMINHO O PACIENTE SUPRACITADO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CONFORME PACTUAÇÃO SES-PB E SMS - JP PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA DEVIDO A FRATURA EXPOSTA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

PRESCRITO CEFALOTINA 2G , E SAT 5000 U .

STAFF DR JOÃO HENRIQUE

Dr. VICTOR LINHARES LUGUINHO
10894/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

R

Paciente: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

Data: 07/03/2018 09:07:26

Sexo:

ENCAMINHAMENTO:

AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA ENCAMINHO O PACIENTE SUPRACITADO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CONFORME PACTUAÇÃO SES-PB E SMS - JP PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA DEVIDO A FRATURA EXPOSTA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

PRESCRITO CEFALOTINA 2G , E SAT 5000 U .

STAFF DR JOÃO HENRIQUE

Dr. VICTOR

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DM sob bloqueio anestésico
- Assépsis + antiseptismo + aquecimento de campo estéril

Incisão:

- Lateral em região lateral

Achados:

- Fratura aberta do fêmur distal

Conduta:

- Realizado LMC com SF0,9% expansiva
- Realizado desbridamento de tecidos devitalizados
- Realizado encurtamento de músculos com auxílio de backhaul, do fragmento de fêmur unido à fíbula
- Aproximação de M. Pso
- Recuperação do F.O.
- Sutura da pele
- curativo
- Tala Bk

Fechamento:

OBS: Removerá internado para ATG terapêutica e avaliação de dor

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-PB 8877

MÉDICO/CRM

Data: 07/03/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CADERNETA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO: 4395975 SDCS PB

CPF: 120.686.334-00 **DATA NASCIMENTO:** 06/05/1996

FUNÇÃO: ELIVAL MORAIS DA SILVA
 SEVERINA LEONCIO DA SILVA

PERMISSÃO: PERMISSÃO **ACC:** **CATEGORIA:** AB

Nº REGISTRO: 06030408771 **VALIDADE:** 24/04/2019 **1ª EMISSÃO:** 24/04/2017

OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Portador:

LOCAL: JOAO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO:** 24/04/2017

Assinatura do Emissor: 15430759808 PB033251770

PARAÍBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1474424390

PROIBIDO PLASTIFICAR
1474424390

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 15 JUL. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR 1054562 SSP PB
	CNPJ / DATA NASCIMENTO 455.536.024-91 02/04/1967
	Função JOSEFA GERVASIO DA SILVA
	PERMISSÃO ACC. CATEGORIA A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z
MT. REGISTRO 00724153182	VALIDADE 10/11/2019
TP. HABILITAÇÃO 06/04/1989	
OBSERVAÇÕES	
Assinatura do Portador	
LOCAL JOÃO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 11/11/2014
Assinatura do Emissor Rodrigo Carneiro	
60378988469 PB029545609	
DETRAN - PB (JOÃO PESSOA)	

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1009001575

PROIBIDO PLASTIFICAR
1009001575

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
15 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813919420
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA- COD FENOM- CRT- 201800000069007-8

1 0114433812-0 00/00000000 2018

HOME

JOSE ADÃO DA SILVA MORAIS

CPF/CNPJ

12068633400

0EH9652/PB

PLACA ANT/UF

NOVO

ESPECIE TIPO

PAN/MOTOCICLETA/NAC

COMBUSTIVEL

ALCO/CASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB

2018

ANO MOD

2018

CAP/PO/CIL

2 P/162 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA UNICA

1PVA PAGO EM 00/00/0000

VENIC COTA UNICA

1º

FAIXA 1PVA

PARCELAMENTO/COTAS

0

VENIC COTAS

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

23/02/2018

DETRAN - PB

LOCAL

DATA

20/02/2018

9999999

8345

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE E IMPOSSIBILIDADE DE TRANSPORTE DAS OU NAC - SEGURO

PB Nº 013813919420 BILHETE

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

www.seguradoralider.com
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA- CPF/CNPJ

1 12068633400

RENAVAM- MARCA/MODELO

01144338120 HONDA/NXR160 B

ANO FAB

2018

2º INP

9

Nº CHAS

9C2KD0810JR017

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

PAGAMENTO

COTA UNICA

PARCELADO

SEGURADORA LIDER -

CNPJ 09.245.803/0001-04

8345-0830208-2018

PROCOLO
AG JOAO PESSOA

08/02/2018

DETRAN

CONTRIN

S/A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180483960 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS **Data do acidente:** 07/03/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375582/18

Vítima: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

CPF: 120.686.334-00

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/03/2018

Titular do CPF: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOSE ADAO DA SILVA MORAIS : 120.686.334-00

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: 15/10/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180483960 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS **Data do acidente:** 07/03/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura: