

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





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

32068633400

Nome completo da vítima

José Adão da Silva Moraes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Adão da Silva Moraes	32068633400	Recurso
Endereço	Número	Complemento
R José de Alencar	186	Casa 01
Bairro	Estado	CPF
Imaculada	PB	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

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

3914

CONTA

004185913

(Informar dígito se existir)

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome:

AGÊNCIA

Nº:

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

09/2018

PROTÓCOLO

DE PESSOA

D/V

CONTA

Nº:

(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.

Local e Data

José Pessoa 15 de Outubro de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Agência: 1914
Número: 013
Cont: 0011 8591-1
Name: José Pedro da Silveira
Morais



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

NOTIFICANTE

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, eletricista, 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 Rodrigenes 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 div.036.916ersa 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



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 Adão da Silva Lira | CPF da Vítima: 32068633400 | Data do Acidente: 04/03/2018

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 Pessa 15 de Outubro de 2018
Local e Data

Foré Adão da Silva Lira
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 N°. 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
2-TEM-MAT. 527.341-2
Chefe da 3ª Seção

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS

15/03/2018

PROTÓCOLO
FAX: JOÃO PESSOA

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

Hipercard



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

PC -00

090918

Postagem: 09/09/2018
Vencimento: 23/09/2018
Emissão: 09/09/2018
Fechamento próxima fatura: 18/10/2018

Titular **MARIA TERCEIA 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 Páis(saque)	310,00

Pagamentos efetuados

DATA	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 TERCEIA S ARAUJO (final 5179)	VALOR EM R\$
DATA ESTABELECIMENTO	
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/CPF/CNPJ

MARIA TERCEIA DA SILVA ARAUJO - 110.661.214-00

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

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

Endereço do Beneficiário

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

rebito do pagador

Número Número 175/35485014-0

Valor do documento 151.261,80

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/ CPF/CNPJ							Agência / Código Beneficiário				
Data do Documento	Número do Documento	Espécie DOC.	Acete	Data do Processamento	Nossa Número		2040/01730-9				
23/09/2018	00135485014/0074933	FT	N	09/09/2018	175/35485014-0						
Uso do Banco	Carteira	Especie	Quantidade	Valor	(+) Valor do Documento						
	175	RS					RS 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 TERCEIA 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

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.029-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Adão da Silva Moraes inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.686.334-00 do sinistro de DPVAT cobertura invalididade 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 Lider-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	Regimento Fiscal José R. Duarte	Número	157	Complemento
Bairro	Mangabeira	Cidade	João Pessoa	Estado
Email		Telefone comercial (DDD)	58056-3844	Telefone celular (DDD)

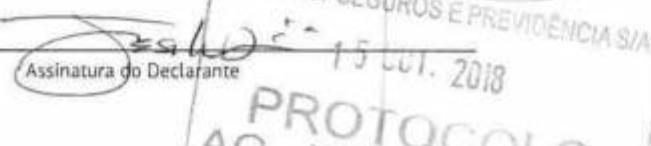
João Pessoa, 01 de outubro de 2018

Local e Data


COMPREV
COMPRA, VENDA E PRESTACAO DE SERVICO

Assinatura do Declarante

15 out. 2018


PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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, data 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

Ficha Nr: 108795

Atd: Nao Regula

PLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 07/03/2018

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 10:10:06

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepctionista: ANA CLAUDIA XAVIER SP

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

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

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: ELETRICISTA SEM ESPECIFICACAO

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 violência 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:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
		Observacao

Queixa Principal

EM MIE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Recente caca intenso de queijo de reto caca farto 17/03/2018
JOAO PESSOA

Diagnostico

| Conduta - Rx do MT 500 + PG 500

Prescricao

| Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO.(assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

~~Assinatura da Enfermagem~~

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia

[] Alta a pedido

Transferido

Enfermaria

Desistencia UTI

[] UTI

Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

* Maria de Araújo Moreira

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 07 / 03 / 14

Nome: José Adão do Ribeiro Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento 11/01/1980

QPD: De + definitie doelst. vindt een toezegging era
HDA: brengt een visie op de toezegging era, even dient de definitie era te valide maken.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: *...I am the King of the World.*

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

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

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

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

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitacão [] 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 []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: _____

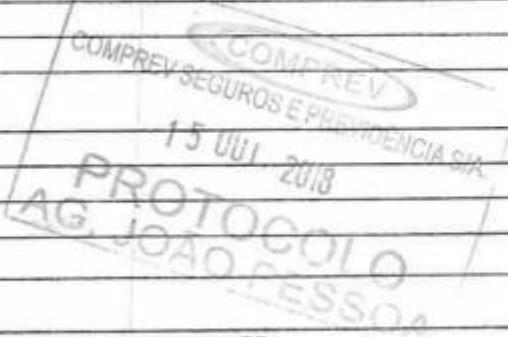
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: for doença do Mal de Malásia

Conduta: ao bloco cirúrgico



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 MOTOCICLÍSTICO, 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. VÍCTOR 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

Paciente: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

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

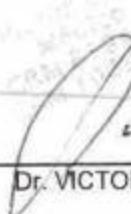
Sexo:

ENCAMINHAMENTO:

AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA ENCAMINHO O PACIENTE SUPRACITADO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, 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



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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Zoiel Melo dos Santos</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>07/03/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. André Bortolomeu</i>			1º Assistente: <i>Dr. Henrique R.</i>	
2º Assistente: <i>Dr. Pedro Henrique R.</i>	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Guizélio</i>	Tipo Anestesia: <i>Loxap</i>			Horário: 1:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Fract. exposta do maléolo lateral esq.

CID

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

O ómulo

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

RIFI esq m. b.

COMPRE
15 JUL. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COMPRE
SEGURAS E PREVIDÊNCIAS
PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		
1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em ORT sob loquuntario
- Aspiração + enxaimento + aspiração de escroto interno

Incisão:

- Porta de malíolo lateral era

Achados:

- Fratura avulsa do fíbula distal era

Conduta:

- Realizado WEC com SF0,9% expontânea
- Realizado desbridamento de tecidos desvitalizados.
- Realizado reanomia de tecidos com avulsos de bactoalum, elo porquinho de fíbula malíolo fibular era
- Aplicação de 02 fios de
- Sutura de f.Os.
- Sutura de plâstico
- Cerradis
- Talo fixo.

Fechamento:

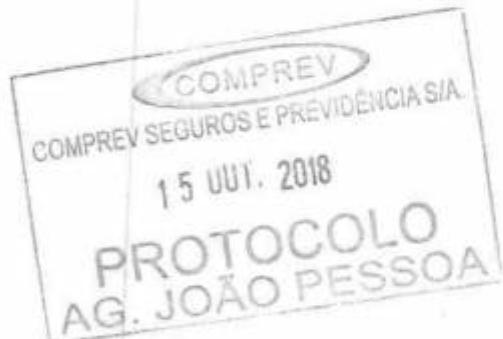
OBS: Removido instrumento para KTS ferapor e verificação de pulpa
viva

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-PB 8871

MÉDICO/CRM

Data: 07 / 03 / 18





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 013813919420
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. HENAN: 20180000069007-8

1 0114433012-0 00/00000000 2018

HOME

JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

CPF/CNPJ: 12068633400 PLACA: OFH9652/PB

PLACA ANT/UF: 01144338120 CHASSI: 9C2KD0810JR0178

MOTOCICLETA / T-18

ESPECIE TIPO: PASS/MOTOCICLETA / NAC

MARCA/MODELO: HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANOS FAB: 2018 ANO MOD: 2018

CAP/POV/CL: 2 P/162 /CI CATEGORIA: PARTIC

COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

CONTRIBUINTE: VERMELHA

COTA UNICA: 1º VENC. COTA UNICA: VENC. COTA UNICA:

IPVA PAGO EM 00/00/0000 2º

FAIXA IPVA: 0 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

A.F. ECO PANAMERICANO SA

DOCUMENTO DE FORTALECIMENTO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

DATA: 26/02/2016

LOCAL: BAYEUX - PB

DATA: 26/02/2016

99999999 8345

DETAN - PB N° 013813919420

SEGURADORA LIDER -

CNPJ 00.248.803/0001-04

9345-0630208-2018

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE E IMÓVEIS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO

PB N° 013813919420 BILHETE DE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EJERCICIO
2018

VIA: 1 12068633400 CPF/CNPJ:

01144338120 MARCA/MODELO:

2018 ANO FAB: 9 ANO MOD: 9C2KD0810JR0178

CHASSI: 9C2KD0810JR0178

PREMIO TARIFARIO:

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 23/02/2018

DETAN (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAC (R\$) DATA DE PAGAMENTO

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:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

José Edião da Silva Moraes
brasileiro(a), estado civil únio(s) civil(s), profissão
eletricista, CI RG nº 4395975,
CPF/MF nº 120.686.334-00, residente e domiciliado(a) à Rua
R Joaçá Alencar, 186. Imaculada,
Cidade de Bayeux, Estado
Paraíba, CEP: 58309-290, telefone
(83)98663 4900, 18398660.2858.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o nº 455.536.024-91 e RG
sob o nº 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte,
157, Sala 06 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.

15/01/2018

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Bayeux - PB, 14 de setembro de 2018.

CHITÓRIO
14/01/2018

José Edião da Silva Moraes
OUTORGANTE

Santiago Pereira
Assessoria e Consultoria

Av. Olinda 5.345 - Bairro
Praia da Costa - 58055-000
Fone: (83) 3232-7766

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375582/18

Vítima: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

CPF: 120.686.334-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/03/2018

Titular do CPF: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

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

Valorização 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:

