

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: 04/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOEL FERREIRA SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000020623-6

Nr. da Autenticação 464E056693087A43

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170374325 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOEL FERREIRA SOARES **Data do acidente:** 03/12/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / PUNHO DIREITO: 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações: CIENTE DE SINISTRO ANTERIOR SEM RELAÇÃO COM A SEQUELA ATUAL.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170374325 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOEL FERREIRA SOARES **Data do acidente:** 03/12/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: QUEIXAS DE DORMÊNCIA DOS QUIRODÁCTILOS DIREITOS. AO EXAME VITIMA APRESENTA CICATRIZES OVALARES EM PUNHO DIREITO, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM REDUÇÃO DISCRETA DA FORÇA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA PERCUTÂNEA COM FIOS DE AÇO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

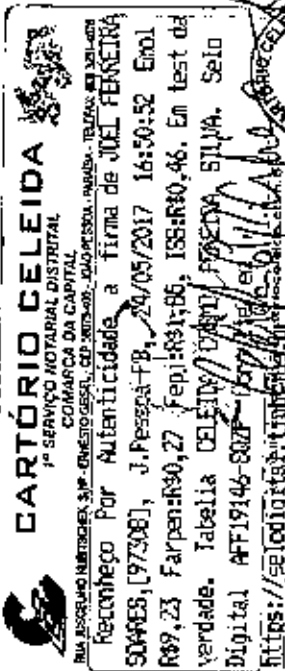
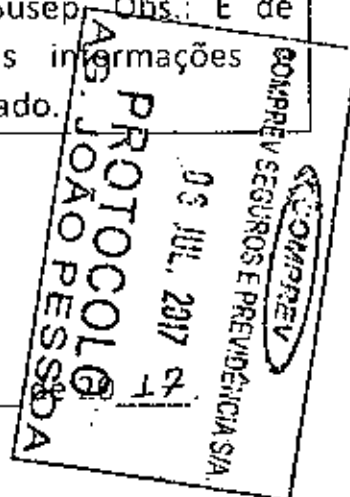
OUTORGANTE:

Joel Ferreira Soares
 brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
Motorista, CI RG nº 2501942 SSP/PB,
 CPF/MF nº 029.330.844-65, residente e domiciliado(a) à Rua
B. Cidade Verde Rua - cidade de Belém Nº 21 apto 101
 Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58083-558, telefone
988877659 (83)35128500 *

(83)986602858

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 Av. João Machado, 399, centro, 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.



OFÍCIO
CAPITAL

Maio de 24

Joel F. Soares

OUTORGANTE

**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

Nome do(a) Examinado(a): **JOEL FERREIRA SOARES** Sinistro: **3170374325** Data: **03/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Cidade de Cajazeiras, S/N - Indústrias - João Pessoa - PB - CEP 58083-502**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **2501172**

Data local do exame: [**26/07/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA LUXAÇÃO DISTAL DO RÁDIO DIREITO. QUEIXAS DE DORMÊNCIA DOS QUIRODÁCTILOS DIREITOS. AO EXAME VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES OVALARES EM PUNHO DIREITO, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM REDUÇÃO DISCRETA DA FORÇA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA PERCUTÂNEA COM FIOS DE AÇO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11309791

A/C: JOEL FERREIRA SOARES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170374325 ASL-0259210/17

Vitima: JOEL FERREIRA SOARES

Data Acidente: 03/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2017

Carta nº: 11340920

A/C: JOEL FERREIRA SOARES

Sinistro: 3170374325 ASL-0259210/17
Vítima: JOEL FERREIRA SOARES
Data Acidente: 03/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11461814

A/C: JOEL FERREIRA SOARES

Sinistro: 3170374325 ASL-0259210/17
Vítima: JOEL FERREIRA SOARES
Data Acidente: 03/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **JOEL FERREIRA SOARES**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000001010**

Conta: **000000020623-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

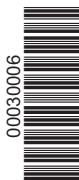
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOEL FERREIRA SOARES
 PORTADOR(A) DO RG Nº 250.1172 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 02/01/2013
 CPF 0.29.330.844-65 / CNPJ 00000000-00000000 PROFISSÃO motorista
 E RENDA MENSAL DE recursos NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joel Ferreira Soares, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- C/P do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTES: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO — Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) — Nº da CONTA (com dígito, se existir) —

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 020623-6

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

Joel Ferreira Soares de maio de 2017

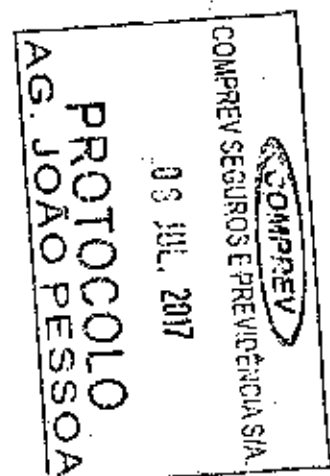
LÓCAL E DATA

Joel Ferreira Soares

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00484.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00484.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:36 horas do dia 10 de março de 2017, 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, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu Joel Ferreira Soares, CPF nº 029.330.844-65, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Moto Boy, filho(a) de Maria Lindalva Ferreira Soares e Antonio Augusto Soares, natural de Píripituba/PB, nascido(a) em 02/08/1976 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av. Cidade Cajazeiras, Nº 493, complemento casa, bairro Cidade Verde(bairro das Indústrias), tendo como ponto de referência Proximo Ao Psf, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98887-7659.

Dados do(s) Fatos:

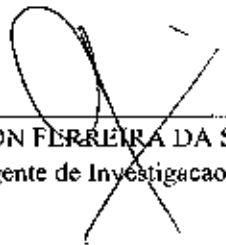
Local: Rua Professor Jose Holmes, Outros, João Pessoa/PB, bairro Ernani Sátiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/12/16 14:30h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

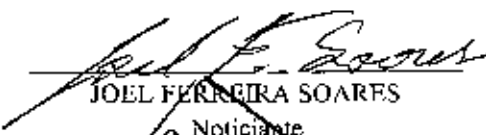
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG150 FAN ESDI, DE COR VERMELHA, ANO 2014/2014, DE PLACA QFA-3746-PB, CHASSI Nº 9C2KC1680ER555300, EM NOME DE LUCIANA MATIAS DE SOUZA, QUANDO FOI COLIDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, LESIONADO-SE CONFORME CERTIDÃO Nº 0216/2017, FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE Nº 910491, E PRONTUÁRIO Nº 2009.03.006186, ASSINADO PELO MÉDICO DE CRM 3137/PB, DATADO DE 06/02/2017. O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

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

João Pessoa/PB, 10 de março de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


JOEL FERREIRA SOARES
Noticiante



Procedimento Policial: 00484.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Joel Ferreira Soares, portador da carteira de identidade nº 250.1172 e inscrito no CPF sob o nº 029.330.844-65 residente e domiciliado na Av. Cidade de Cataguias, 51/N Indústrias, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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:

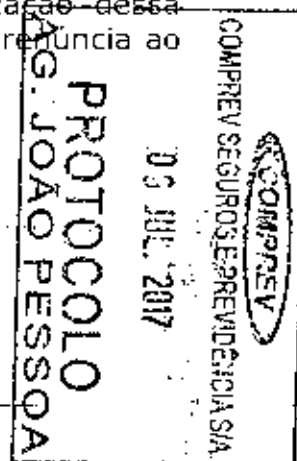
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

* Joel F. Soares
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa 24 maio 2017
Local e data





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



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
R. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP: 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

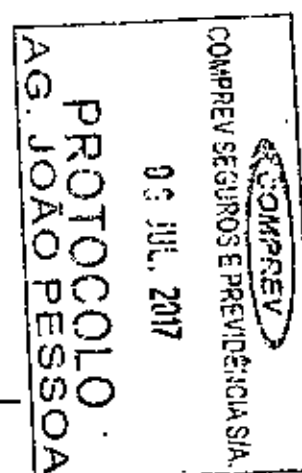
O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 703/031, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1522439, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente JOEL FERREIRA SOARES idade 40 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão Queda de Moto) no dia 03/12/2016, na Rua Professor Jose Holmes, Bairro: Ernani Sátiro - João Pessoa - aproximadamente às 14:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burlity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 13 de Março de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS: Região: 10171

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





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

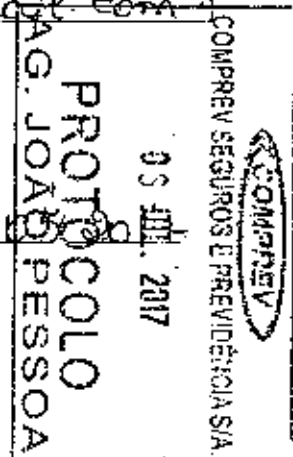
Eu, Joel Ferreira Soares

RG nº 250.472, data de expedição 02/01/2013,
 Órgão SSP-PB CPF nº 029.330.844-65 venho perante a este
 instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
 nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Cidade de Cajazeiras</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Industriais</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58083-502</u>
Telefone de contato	<u>98660-2858/98732-6361/3512-8500</u>
E-mail	<u>alexandreacarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, PB, 24/05/2017



Joel F. Soares

Assinatura do Declarante



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Falcão Lima, 220 - Jaguaripe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
EXCUSE ESTE DEBITO

69064660

N.º SP

13704852

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO

LIDIANE SILVA CLEMENTINO
AV. CIDADE DE CAJAZEIRAS S/N
INDÚSTRIAS
JOÃO PESSOA 58083-502

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.33.585.0493	0	1	0	0	0	51284
Hidrômetro Y11X091267	Data de Instalação 01/09/2011	Localização 4	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL		

Consta(m) em nosso(s) registro(s) pendência(s) de pagamento de contas anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeito(m) o imóvel a suspensão do fornecimento de água. Se o débito já estiver sido pago, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou call center (115) gratuito.

REFERENCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
DEZ/2016	31/12/2016	32,78
JAN/2017	31/01/2017	34,81

EMISSION: 09/02/2017

Total a Pagar: R\$67,59

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03 JUL 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

vivo



CITIZENSHIP FOR
ALEXANDRA CESAR QUARTE
AV JOAO MACHADO, 399
SL 01
58013-520 JOAO PESSOA - PB

011912

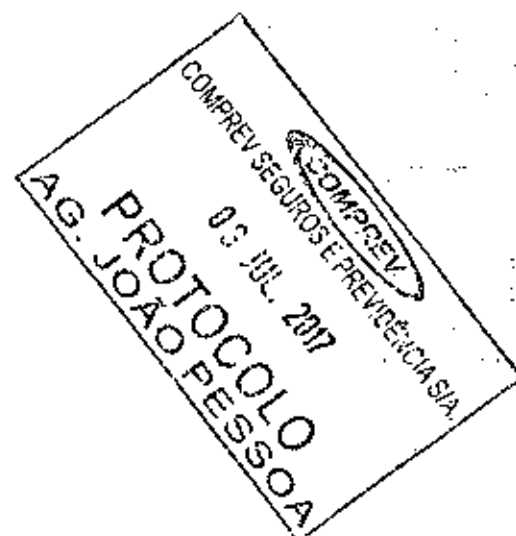


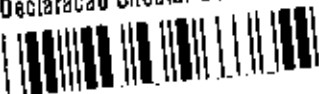
Comprovante de residencia



Data de Postagem: 09/06/2016

vivo Conexão como nenhuma outra.





DECLARAÇÃO

Circular Suscep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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

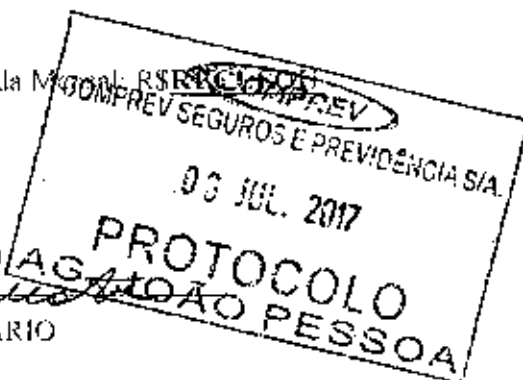
Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Joel Ferreira Soares do sinistro de DPVAT da natureza **INVALIDEZ** da vítima Joel Ferreira Soares, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO

Documentos comprobatórios: RECUSOC

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Renda Mensal: R\$ RECUSOC



RESEARCH DESIGN

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu. LUCIANA MOTIAS DE SOUZA

RG nº 2260850, data de expedição / / .

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 027.490.274.54, com

domicílio na cidade de FOZ DE IGUAÇU, no Estado de

PARAIBA - PB, onde resido, na (Rua/Avenida/Estrada)

DOUTOR ARISTIDES VILLAR - FUNCIONARIOS 2, nº 524.

complemento CBS2 PRÓPRIA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Wesley E. Soares, cujo o condutor era

Paul F. Spares

Veículo: *MOTD*

Modelo: HONDA CB150 FAN ESDI ALCO/BASOL-COR VERMELHA

Ano: 2004

Placa: 0FA-3746

Chassi: **GC2KC1680ERS3300**

Data do Acidente: 03-12-2016

Local e Datas:

CARTORIG

Assinatura do Declarante

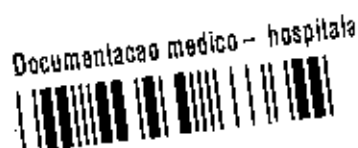
VIEIRA BATISTA

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

Serviço Notarial: "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
 Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituto
 R. Das Palmeiras 4066, 40 - Mangabeiras/Foz de Iguaçu - Paraná - Fone/Fax: 3234-9900 / 3236-6777

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: **LUCIANA MATIAS DE SOUZA**
 Em test. da verdade. João Pessoa-PB 23/05/2017 11:59:58
 Fábio Roberto C. Batista - ESCRIVENTE AUTORIZADO
 [2017-023943]EMUL. nº 19, 23 FIMPEM nº 0, 27 FEPV nº 1, 05 CSE nº 004
 SELD DIGITAL: AF091428-0625

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO

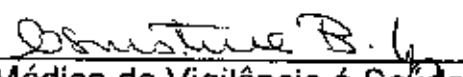
Nº. 0216/2017

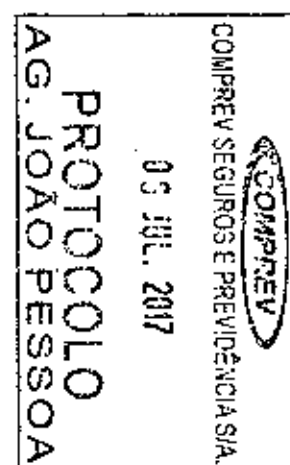
Atendendo solicitação de **JOEL FERREIRA SOARES**, de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de N°910491 e Prontuário N° 2009.03.006186, pertencentes ao requerente, que foi atendido dia 03/12/2016 às 15H15min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do punho direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/12/2016 com alta médica dia 06/12/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 06 de Fevereiro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



RA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

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

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 910491 Atd: Nao Regulado

Data: 03/12/2016

Hora: 15:15:21

Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOEL FERREIRA SOARES

Num. de vezes atendido: 4

Num. Prontuario: 2009.03.0061B6

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2501172 Fone: 88877659

Natural: PIRIPITUBA/PB Data Nasc.: 02/08/1976 Id: 40 ano(s)

End.: RUA CIDADE DE CAJAZEIRAS, 493 CNS 1263939944800081

Bairro: BAIRRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: ANTONIO AUGUSTO SOARES

Mae: MARIA LINDALVA FERREIRA SOARES

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOEL FERREIRA SOARES

Tel/Doc. Responsavel: 88877659 / IDENTIDADE: 2501172

Procedencia: BAIRRO E. SATYRO-PROX. POSTO IPIRAN

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO+MOTO (CONDUTOR) HA 30MIN.

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

Queda de moto(sic)-da MSD

nao e abrigado

Luizelle Cristina V.C. Freire
ENFERMEIRA
COREN-PB 141.821

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de colisao moto-moto ha 30min apresenta dor em punho direito com dificuldade a mobilizacao. Nega TCE, trauma toracico e abdominal. Ao exame abdome flavelo e indolor.

Diagnostico

[] Conduta Alta da cir. geral

Avaliacao da estadia

Prescricao

[] Horario da medicacao

DRE. MARCELO ALVES
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074

15:40 W

ROT

COLISÃO ROTO X ROTO NO 20 PCW
PCT APRESENTA FORTISSIMO LUXAÇÃO
PUNHO DIR.

WD: SSR

CD: INTEROVARIA. CIRURGIA DE
URGENTE

Data e Hora : PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

1- TRORADO 100 PC - 01 DTP
500X EV.

Dr. Tereza Henrique
CRM-PB 10541

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde!	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: SOLI FERREIRO SOARES						Registro:					
Idade:		Sexo:		Cor:		Clínica:		EMP:		LR:	
Data: 03/12/10		Cirurgião: TERCIO FARFAS		1º Assistente:							
2º Assistente:				3º Assistente:				Instrumentador:			
Anestesista: HILBERIO				Tipo Anestesia:				Horário: I:		T:	
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO									CID		
FRATURA RADIO ULNA									S.S.2		
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO									CID		
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)									CÓDIGO		
REDUÇÃO INCERTA + FIXAÇÃO											
COM KESSELS											
Acidente durante Ato Cirúrgico						1 () Sim 2 () Não		Descreva:			
Biópsia de Congelação:						1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico											



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOEL FERREIRA SOARES Data da Admissão: 02/12/16
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

OPD: TRAUMA CONTUSO PUNHO A/D
HDA: ACIDENTE POTENCIALMENTE, FRATURA DE
DE FLEXÃO PUNHO.
INTERO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
DE URGÊNCIA

Dr. Tércio Henrique
CRM-PB 0541

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

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



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Joel Ferreira Soares</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>40</u>	SEXO: <u>M</u>	COR:	CLÍNICA: <u>Ortol</u>	BNP: <u>12</u>	LEITO: <u>144</u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>03/12/16</u>		DATA DE ALTA: <u>06/12/16</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u>03 dias</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Exatidão/la resção no 12</u>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>6 - 4 - 0</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: <u>RT</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Redução + fixação (03/12)</u>					
TERAPIA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO					
COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ APEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
<u>Paciente admitido de dor de</u> <u>costa, com dor no</u> <u>de 12/12/16, com dor</u> <u>no 12/12/16, com dor</u> <u>no 12/12/16, com dor</u>	

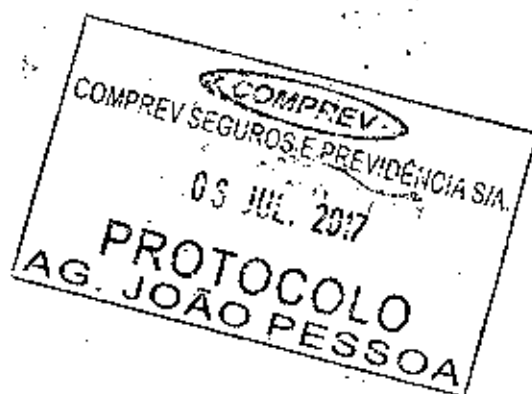
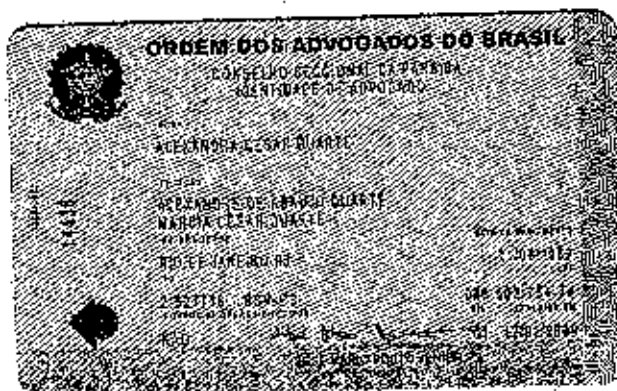
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.
---------	---

DATA: <u>06/12/16</u>	
ASS. MÉDICO / CRM: _____	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

Documentos de identificacao



vivo



CTC RECIFE PEJPA F/L3
ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV JOAO MACHADO, 399
SL 01
58013-520 JOAO PESSOA - PB

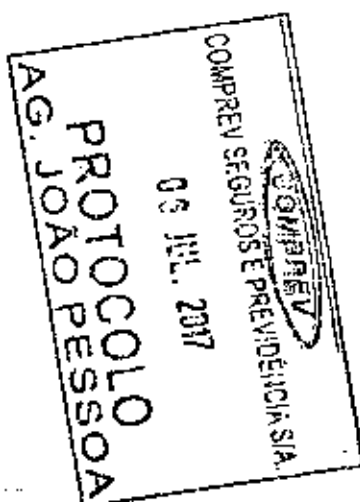
011512



50 13148850 77422 03000011812 30 050816

Data de Postagem: 09/06/2016

vivo Conexão como nenhuma outra.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259210/17
Vítima: JOEL FERREIRA SOARES
CPF: 029.330.844-65

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/12/2016
Titular do CPF: JOEL FERREIRA SOARES

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
Outros

Outros



ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOEL FERREIRA SOARES : 029.330.844-65

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.

Portador da documentação entregue

Data: 06/07/2017
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF/CNPJ: 046.502.754-74

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 06/07/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170374325 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOEL FERREIRA SOARES **Data do acidente:** 03/12/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / PUNHO DIREITO: 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações: CIENTE DE SINISTRO ANTERIOR SEM RELAÇÃO COM A SEQUELA ATUAL.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170374325 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOEL FERREIRA SOARES **Data do acidente:** 03/12/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: QUEIXAS DE DORMÊNCIA DOS QUIRODÁCTILOS DIREITOS. AO EXAME VITIMA APRESENTA CICATRIZES OVALARES EM PUNHO DIREITO, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM REDUÇÃO DISCRETA DA FORÇA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA PERCUTÂNEA COM FIOS DE AÇO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

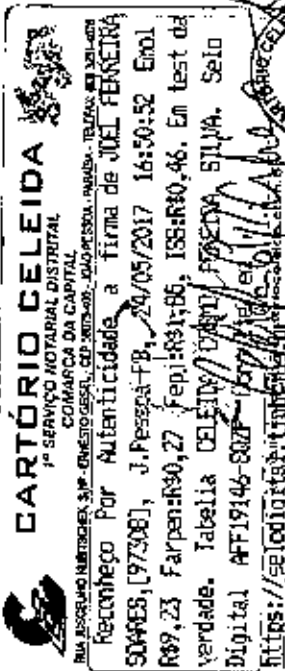
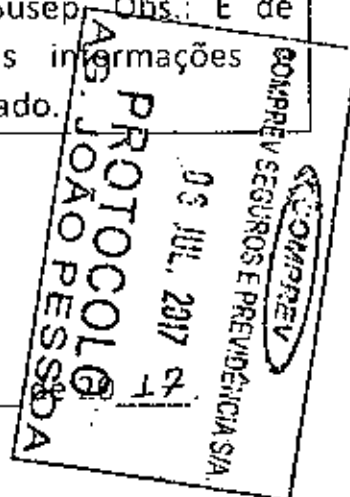
OUTORGANTE:

Joel Ferreira Soares
 brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
Motorista, CI RG nº 250142 SSP/PB,
 CPF/MF nº 029.330.844-65, residente e domiciliado(a) à Rua
B. Cidade Verde Rua - cidade de Belém Nº 21 apto 101
 Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58083-558, telefone
988877659 (83)35128500 *

(83)986602858

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 Av. João Machado, 399, centro, 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.



OFÍCIO
 CAPITAL

Maio de 24

Joel F. Soares

OUTORGANTE

**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

Nome do(a) Examinado(a): **JOEL FERREIRA SOARES** Sinistro: **3170374325** Data: **03/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Cidade de Cajazeiras, S/N - Indústrias - João Pessoa - PB - CEP 58083-502**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2501172**

Data local do exame: [**26/07/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA LUXAÇÃO DISTAL DO RÁDIO DIREITO. QUEIXAS DE DORMÊNCIA DOS QUIRODÁCTILOS DIREITOS. AO EXAME VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES OVALARES EM PUNHO DIREITO, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM REDUÇÃO DISCRETA DA FORÇA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA PERCUTÂNEA COM FIOS DE AÇO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB