

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOALISSON DE SOUSA LIMA
Nº Sinistro: 3180444476
Vitima: JOALISSON DE SOUSA LIMA
Data do Acidente: 05/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180444476**.

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

074.529.024-83

Joalison de Souza Soíma

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Joalison de Souza Soíma	CPF titular da conta 074.529.024-83	Profissão Recurs
Endereço Rua Dr. Jofrual Pinto	Número 511	Complemento C003
Bairro Jd Europa	Cidade Santa Rita	Estado Pb
Email	CEP 58919-000	Telefone (DDD) (83)986634900

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0037	CONTA NRO. 36868	AGÊNCIA NRO. []	CONTA NRO. []
D/V []	D/V []	D/V []	D/V []
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa, 24 de outubro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01712.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01712.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:19 horas do dia 06 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Joalisson de Sousa Lima**, CPF nº 074.529.024-83, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agente de Combate às Endemias, filho(a) de Maricelia de Sousa Lima e João de Sousa Lima Neto, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 01/03/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Lucena, Nº 131, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Upa, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-0116.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 066, Distrito Lagoa de Cariata, Perto de Um Povoado, Sentido Mogeiro/Itabaiana, Itabaiana/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 05/04/18 14:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduz a MOTOCICLETA HONDA/POP 110I, VERMELHA, 2016/2016, PLACA QFK4274/PB, CHASSI 9C2JB0100GR207351, registrada em nome do noticiante, quando bateu em um cachorro que atravessou a rodovia, vindo o noticiante a perder o controle da moto e cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1050/2018, EXPEDIDO PELA DR^a ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 08.08.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que após o acidente conseguiu subir na moto e ir até o Hospital de Itabaiana, de onde foi transferido de ambulância para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

JOALISSON DE SOUSA LIMA
Noticiante

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 *Jacallen de Souza* **CPF da Vítima** *07452902483* **Data do Acidente** *05/04/2018*

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.

Jacallen de Souza 24 de Setembro de 2018

Local e Data

Jacallen de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Jacallen de Souza
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

FICHA N°: _____ DATA: 5/4/18

PACIENTE: Joaquina de Souza Lima

ORIGEM: Regional de Itabaiana

SOLICITANTE: Dr. Ro de Souza. CLÍNICA: Unimed

Motivos do Encaminhamento

Posse de artéria de origem da artéria de safeno, afrouxada perto do topo da do 3º quinzel, filo exposto e expõe dor de dor crônica.

Solicito para ser da clinica da maternidade municipal

5/4/18 RG

Roberto Meira
Médico
CRM-1133

Medicação administrada

Encaminhamento para: _____

Serviço Social

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOALISSON DE SOUSA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000016868-1

Nr. da Autenticação 03B45FB11097F8B6

JOALISSON DE SOUSA LIMA
RUA DR SOBRAL PINTO, SIN / CS 003 - JD EUROPA
SANTA RITA / PB CEP: 58816000 (AG. 1)

Emissão: 22/08/2018 Referência Ago/2018

Classe/Subsí: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-000
Roteiro 12 - S- 970-2630 NP medidor: 00001C98422



ENERGIA PARA VIDA! DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ/MF 08.113.700/0001-40 - Inscrição Estadual 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°011.396.773
Cód. para Dib. Automática: 00014674891

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da Prox. leitura CPF/CNPJ/RANI
Ago / 2018 22/08/2018 20/09/2018 745.290.248-3
Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1467488-1

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Data			
23/07/18	22/08/18	5885		
			1	25
				30

Detalhamento	Unidade de Medida	Unidade de Conta	Alíquota	Base	Valor	Consumo
0801 Consumo em kWh	35.000	0,526800	16,43	0,00	0,00	16,43
0801 Adic. B Vermelha	1,98	0,00	0,00	0,00	0,00	1,98
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRIB SERV. LUM PÚBLICA	4,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 08/2018	0,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35
0804 JUROS DE MORA 07/2018	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09
0805 MULTA 08/2018	0,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49
0805 MULTA 07/2018	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04

CCO Código de Classificação do item TOTAL 28,03 0,00 0,00 20,29 0,22 1,01

Multa (décimos/mês) (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
0,00 11/09/2018 R\$ 26,03

Histórico de Consumo (kWh)													
148	143	42	8	62	68	73	83	51	49	44	43	148	148
Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18		

RESERVADO PARA: 2797.5779.2378.c684.a2f0.f0fd.5bd7.71d1

Indicadores de Qualidade		
	Límites de Ajuste	Ajustado
DIANAL	0,00	NOMINAL
DICRIMINAL	11,10	320
DICANUAL	22,21	
PICMENSAL	3,42	0,00
PICTRIMESTRAL	6,85	CONTRATADA
PICMANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR 202
DMC	3,20	0,00
DICI	12,22	LIMITE SUPERIOR 231

Composição do Consumo Discriminado	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	6,82	25,42
Compra de Energia	9,66	35,80
Serviço de Transmissão	1,02	3,92
Encargos Setoriais	1,84	7,07
Impostos Diretos e Encargos	5,87	21,79
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	26,03	100,00

Valor da EUD (Ref. 6/2018) R\$ 11,56

ATENÇÃO	Parcelas em atraso
Este documento é de responsabilidade da Energisa S/A. Caso haja alguma dúvida, entre em contato com a Energisa S/A.	

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
11/09/2018 R\$ 26,03

83610000000-6 26030054000-2 14674682018-1 08400009019-5

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Alejandro Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.592.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joalissom de Souza Bemte inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.529.024-83 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Joalissom de Souza Bemte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.529.024-83, 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		Número	157
Bairro		Estado	PR
Alambaribeira	Cidade	CEP	58056-384
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

João Ribeiro de Setembro de 2018

Local e Data

Alejandro Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 1050/2018

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA** 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 Nº 117421 e prontuário de Nº2018.04.0730 pertencentes a **JOALISSON DE SOUSA LIMA** que foi atendido dia 05/04/2018 às 16h24min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta da falange media do 3º dedo da mão esquerda. Realizado cirurgia dia 09/04/2018 e alta médica dia 15/04/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de agosto de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

Dr. ROSSANA de Fátima de A. Barbosa
Clínica Médica / UPA
CRM-PB 3533

FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
PLANO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58055-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 117421 Atd: Nao Regul
Data: 05/04/2018
Hora: 16:24:44
Repcionista: JUSSARA MANUELA BENT
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOALISSON DE SOUSA LIMA Num. de vezes atendido: 1

CNS: 703004847938770 Sexo: M IDENTIDADE: 3234374 SSP PB Fone: 988300487

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/03/1989 Id: 29 ano(s)

End.: R-LUCENA,131

Bairro: VILA TIBIRI Cidade: SANTA RITA UF :PB

Mae: MARICELIA DE SOUSA LIMA Pai: JOAO DE SOUSA LIMA NETO

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: FUNCIONARIO PUBLICO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SEPARADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: A MAE

T. Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL ITABAIANA (PB)

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO (CONDUTOR) AS 2:30HS

Vitima de violência por: *EM LAGOA DE CARIATA-DIST.DE ITABAIANA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

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
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	-- O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			

Quxa Principal

Observacao

TRAUMA NA MAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZZATO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Reciante/Receptor:

Assinatura e Carimbo do Medico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>João Pedro da Soárez Faria</u>				Registro:	
Idade: <u>29</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>Clínica:</u>		EMP:	LR:
Data: <u>05/04/18</u>	Cirurgião: <u>Dr. André Moreira</u>			1º Assistente:	<u>Dr. Felipe Borges</u>
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Fr. cominutiva exposta da falange média do 3º dente da série anártica</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>C. SENSIBIL</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>TTO CIRÚRGICO</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Descreva:
Biópsia de Congelação:			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em D.O. no anestesiado.
- Antissepsic + Antirreum.
- Blocose de campo estéril.

Incisão:

- Nas nasas.

Achados:

- Bexiga competente no aparelho urinário no 3º degrau. Enquadrado.
- Fissura urinária da região dorsal no 3º degrau. F.
- Fissura urinária da pelve média com falso círculo.

Conduta:

- LMC + Desvridamento + Enxugagem escavatura com 3 F.O. 30°.
- Encarcerar as fistulas urinárias (3 F.O.).
- Biópsia grande Radioscópica.

Fechamento:

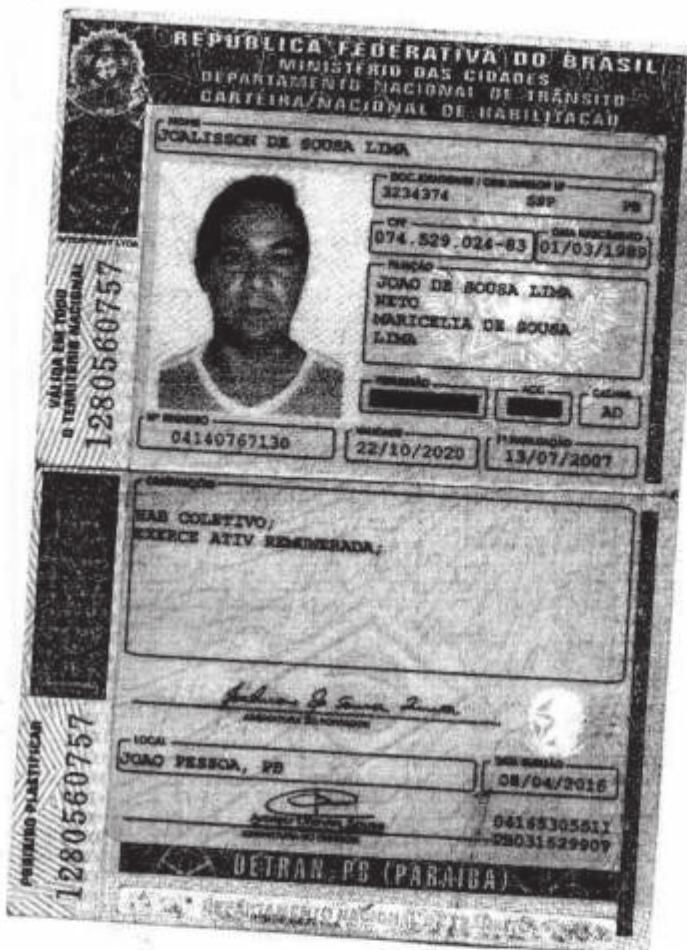
- Fechoamento por planos.
- Sutura + curativo + Rx de controle.

OBS:

- Paciente intubado para controle de dor + Antiespasticos terapêuticos + curativo com sombração da ferida

Data: 05/04/17

Dr. Fellipe Bezerra
 MÉDICO
 CRM-PB 11126
 RI + Dr.
 Andrade
 MÉDICO/CRM







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444476 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOALISSON DE SOUSA LIMA **Data do acidente:** 05/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA/DEBRIDAMENTO/FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO 3º QUIRODÁCTILO 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

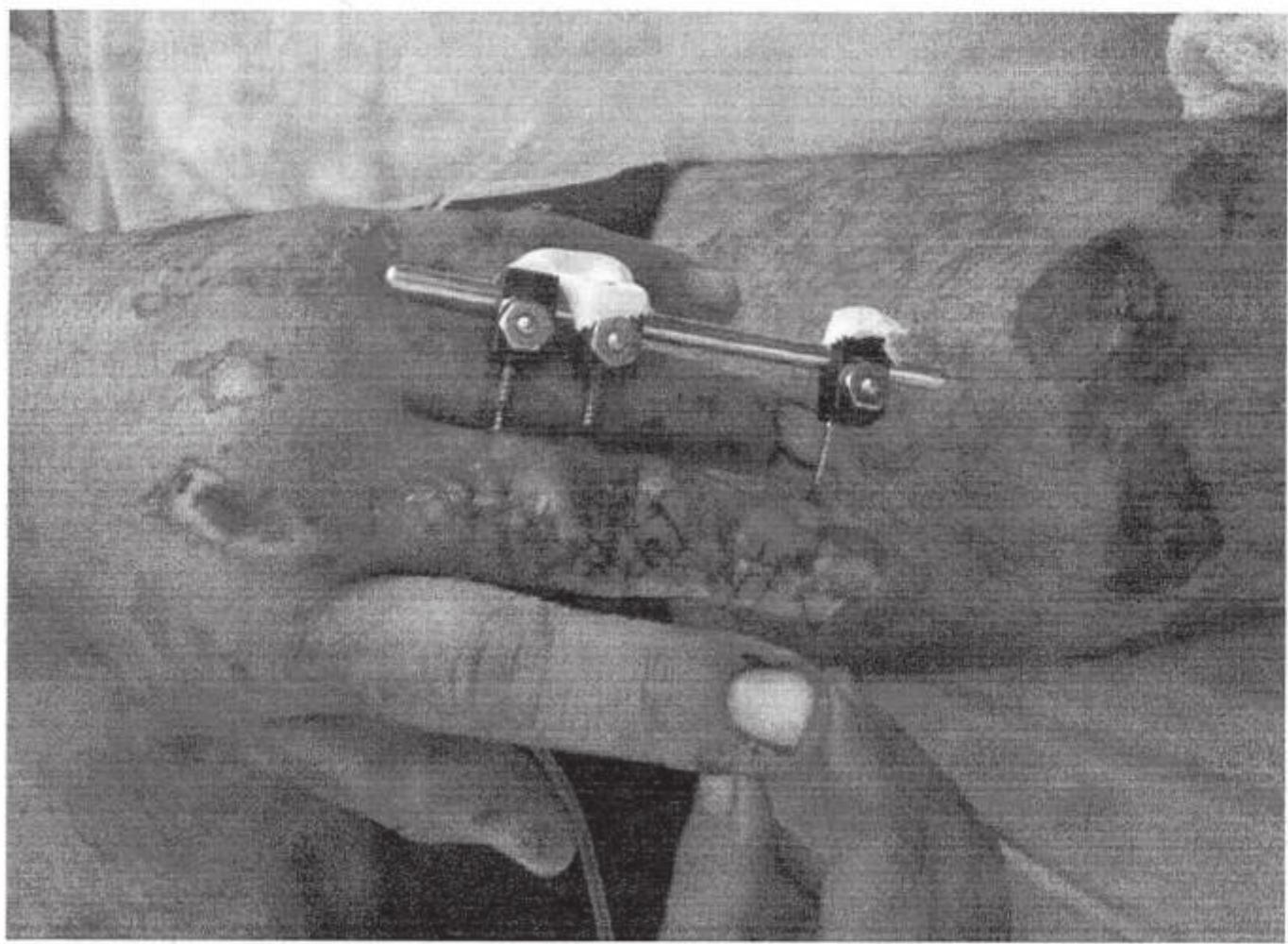
Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444476 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOALISSON DE SOUSA LIMA **Data do acidente:** 05/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA/DEBRIDAMENTO/FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO 3º QUIRODÁCTILO 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444476 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOALISSON DE SOUSA LIMA **Data do acidente:** 05/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA/DEBRIDAMENTO/FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO 3º QUIRODÁCTILO 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

PROCURAÇÃO

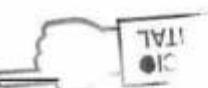
OUTORGANTE:

Joáliosson de Souza Lima,
brasileiro(a), estado civil divorciado profissão
agente de eletroinstalações, CI RG nº 3239376,
CPF/MF nº 074.529.024-83, residente e domiciliado(a) à Rua
R. DR Sával Pinto, 511 3º Andar,
Cidade de Santa Rita, Estado
Paraíba, CEP: 58919-000, telefone
99105-5363, 98663-4900.

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

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

Joáliosson de Souza Lima, 06 de de 2018:

Joáliosson de Souza Lima 

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350073/18

Vítima: JOALISSON DE SOUSA LIMA

CPF: 074.529.024-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2018

Titular do CPF: JOALISSON DE SOUSA LIMA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOALISSON DE SOUSA LIMA : 074.529.024-83

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: 24/09/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ALEXANDRA CESAR DUARTE

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA