

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

Carta nº 13403894



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

João Carlos de Sousa Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
João Carlos de Sousa Lima		074.529.024-83		Recusado
Endereço		Número	Complemento	
Rua Dr. Debal Pinto		511	Cm 003	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
JD Europa	Santa Rita	PB	58919000	
Email			Telefone (DDD)	
			831986634900	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

0037

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

16868

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

(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.

João Carlos de Sousa Lima 24 de setembro de 2018

Local e Data

João Carlos de Sousa Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA

POUPANÇA

4392 6718 4932 3619

10/24

JOALISSON DE SOUSA LIMA
0037 013 00016868-1

VISA

Electron



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 Maricélia 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 Iti, tendo como ponto de referência Upa, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-0116.

Dados do(s) Fatos:

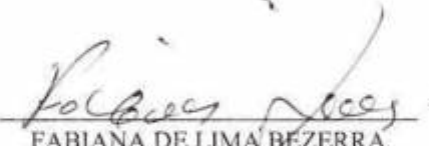
Local: Pb 066, Distrito Lagoa de Cariata, Perto de Um Povoado, Sentido Mogeiro/Itabaiana, Itabaiana/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 05/04/18 14:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia 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 DRª 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

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

Joallessom de Sousa Lima

CPF da Vítima

074 529 024 83

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.

João Pessoa 24 de Setembro de 2018

Local e Data

Joallessom de Sousa Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

FICHA N°		DATA:	5/4/18
PACIENTE:	Joãoilson de Souza Lima		
ORIGEM:	Regional de Itabaiana		
SOLICITANTE:	Dr. Roberto Meira	CLÍNICA:	Urgência

Motivos do Encaminhamento

Paciente com queixa de dor
dentuária no 16, apresentando res-
posta positiva do 3º quadrante
do E. Quando o 1º quadrante
do 3º quadrante.

Solicitado para ser da
cirurgia da mão.
mão direita

5/4/18

Roberto Meira
Médico
CRM-12228

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

Emissão: 22/08/2018 Referência: Ago/2018
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
 Rotômetro: 12-S-970-2630 HP medidor: 00001C98422



ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Cristo Redentor - Jd. São Fco. do PE - CEP 58071-880
CNPJ 09.036.113/0001-40 - Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Contas de Energia Elétrica Nº 011 396.773
Cód. para Dep. Automático: 00014674889

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPI/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	22/08/2018	20/09/2018	745.290.248-3

UC (Unidade Consumidora): 5/1467488-1

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
22/07/18	5000	22/08/18	8885	1	35	30

Demonstrativo									
Conta	Descrição	Saldo Inicial	Saldo Final	Saldo Inicial	Saldo Final	Saldo Inicial	Saldo Final	Saldo Inicial	Saldo Final
		Debitado	Creditado	Debitado	Creditado	Debitado	Creditado	Debitado	Creditado
Tributos Totais (R\$)				ICMS(R\$)	ICME			Par/Conto(R\$)	(1,045%) (4,955%)
0801	Consumo em kWh	35.000	0,526800	16,43	0,00	0	0,00	16,43	0,20
0801	Adic. B. Vermeia			1,88	0,00	0	0,00	1,88	0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			4,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 07/2018			0,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018			0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2018			0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC1 Código de Classificação do Item	TOTAL	28.03	0,00	0,00	20,29	0,22	1,01
-------------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

Aluguel do terreno (R\$ / m²)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
67	11/09/2018	R\$ 26,03

Histórico de Consumo (kWh)											
145	143	42	8	52	85	73	83	51	49	44	43
Agos/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18

RESERVADO APT 5779.2378.c684.a2f0.f0fd.5bd7.71d1

Indicadores de Qualidade			
	Limites da ANEL	Apurado	Limite do Tensão (V)
DEBORA:			
DIC TRIMESTRAL	11,10		NOMINAL 220
DIC ANUAL	22,21		
PIC MENSAL	9,42	0,00	CONTRATADA
PIC TRIMESTRAL	9,96		LIMITE INFERIOR 202
PIC ANUAL	19,70		LIMITE SUPERIOR 231
AMEC	3,20	0,00	
AMEC DISC	12,22		

ATENÇÃO		Paginas em atraso
<p>Nome do aluno: _____</p> <p>Matrícula: _____</p> <p>Assinatura do aluno: _____</p> <p>Assinatura do professor: _____</p> <p>Assinatura do coordenador: _____</p>	<p>Assinatura do aluno: _____</p> <p>Assinatura do professor: _____</p> <p>Assinatura do coordenador: _____</p>	<p>Assinatura do aluno: _____</p> <p>Assinatura do professor: _____</p> <p>Assinatura do coordenador: _____</p>

970-2620
 Matrícula: 1487488-2018-06-4

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

83610000000-6 26030054000-2 14674882018-1 08400009019-5

DRI/00-4

total

NET VIRTUA +	145,00
NET Fone	54,99
Itens Eventuais	-45,00

Valor total
154,99

5.8.00

Sub-Total Despesas Encargamentos	-45,00
Total Item Eventuais	-45,00

RECAPTULO DE ATENDIMENTO
30/10/2024 14:44:45 9071825431710M
9071825431710M 9071825431710M
9071825431710M 9071825431710M

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,031% e multa de 2%. Os encargos de aumentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Mencão efetua seus pagamentos nos bancos comerciais a seguir: BANCO BRASILEIRO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO NOROESTE S.A., BANCO DE BRASILIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARÁ, BANCO ITAL S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAIARA S.A., BANCO SANTANDER, BANQUE, PARANÁ, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPM

84640000001-0 54990296201-4 80810907000-9 00140585849-7

[illegible]

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 Alexandre Lucas Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joalisson de Souza Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.529.024-83, do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Joalisson de Souza Lima, 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		Complemento
<u>Agente Fiscal Jos E. Duarte</u>	<u>157</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Alamogobeira</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PR</u>	<u>58056-384</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

João Pessoa 10 de Setembro de 2018
Local e Data

Alexandre Lucas Duarte
Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 1050/2018


Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILO 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 média 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de agosto de 2018

Dr. Rossana de Fátima de A. Barbosa
Clínica Médica / UTI
CRM-PB 3533


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
PLENO 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
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENT
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOALISSON DE SOUSA LIMA

Num. Prontuario: 2018.04.000730

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:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

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

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: <u>Joelinton de Sousa Lima</u>				Registro:	
Idade: <u>29a</u>	Sexo: <u>m.</u>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>09.04.18</u>	Cirurgião: <u>Dr. André Almeida</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>Fx. cominutiva exposta da falange média do 3º</u>					
<u>dedo do pé esquerdo</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Tto. cirúrgico</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 () Sim 2 () Não					
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					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em D.D. sob anestesia.
- Anestesia + Antiséptico.
- Bloqueio de campos estéril.

Incisão:

- Não houve.

Achados:

- Base completa do aparelho articular do 3º dedo. Condição
- Base articular da região dorsal do 3º dedo - E.
- Ex. cominutiva da falange média com fôlego ciliar.

Conduta:

- LMC + desbridamento + lavagem extensiva com S.F.O. 910
- Colocação de fôlego articular (3 fôlegos).
- Realização radiográfica.

Fechamento:

- Fechamento por planos.
- Sutura + Curativo + Rx de controle.

OBS:

- Paciente internado para controle de dor + Antiespasmódico + Curativo com remissão ao peso

Data: 05 / 04 / 17

Dr. Fellipe Bezerra
MÉDICO
CRM-PB 11126
MÉDICO/CRM

R1 + Dr.
Andressa

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JOALISSON DE SOUSA LIMA

DOC. EXAMENADO / CDD. EXAMENADO LP
3234374 SSP PS

CPF
074.529.024-83 DATA EXCERTE
01/03/1989

FUNÇÃO
JOAO DE SOUSA LIMA
NETO
MARICELIA DE SOUSA
LIMA

SEXO
MACELO ACE CATIA
AD

DT. EXAMENADO
04/14/0767130

VALIDADE
22/10/2020

PR. EXCERTE
13/07/2007

CATEGORIA
HAB. COLETIVO;
EXERCE ATIV. REMUNERADA;

Joalisson de Sousa Lima
Assinatura do Titular

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EXCERTE
08/04/2016

0416530561Y
08031529907

DETRAN - PB (PARANÁ)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1280560757

PERMITE PLANTIFICAR
1280560757

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
DIRETORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE			
	DOC. IDENTIDADE / CNH / PASSAPORTE 2627716		CPF 046.502.754-74
	DATA NASCIMENTO 21/08/1982		
	PERIÓDICO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE		
	NÚMERO 01951289000		
NÚMERO 01951289000		VALIDADE 16/01/2019	1ª HABILITAÇÃO 29/06/2001
<div> <div>VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL</div> <div>894056231</div> </div>			
<div> <div>PROBADO PLASTIFICAR</div> <div>894056231</div> </div>			
<div> <div>LOCAL JOAO PESSOA, PB</div> <div>DATA EMISSÃO 17/01/2014</div> </div>			
<div> <div>Assinatura do Titular</div> <div>Assinatura do Emissor</div> </div>			
<div> <div>66588356744</div> <div>98027919595</div> </div>			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB Nº 013222102472
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
RUA VIA COD. RENAVAM PRT 201700000308547
E 1 0108527752-3 00/00000000 2017

NOME
JOALISSON DE SOUSA LIMA

CPF / CNPJ
07452902483

PLACA
QFK4274/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB 9C2JB0100GR207351

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/POP 1101 ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

CAP / POT / CIL 2 P/109 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA VENC COTA UNICA 00/00/0000 VENC / COTAS

IPV A FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 08/08/2017

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

SANTA RITA-PB

41947 DATA 11/08/2017 2005



CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS

PB Nº 0132221024

ESTE É O SEU BILHETE
PARA NOTIFICAR
AS CONDIÇÕES G

www.segura
SAC DPVA

VIA CPF / CNPJ
1 07452902483

RENAVAM
01085277523 HON

ANO FAB 2016 CALTARE 9 90

PRÊMIO
FNS (R\$) DEN

CUSTO DO BILHETE (R\$)

PAGAMENTO
S COTA UNICA

SEGURO

CNPJ 0

20052-110

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

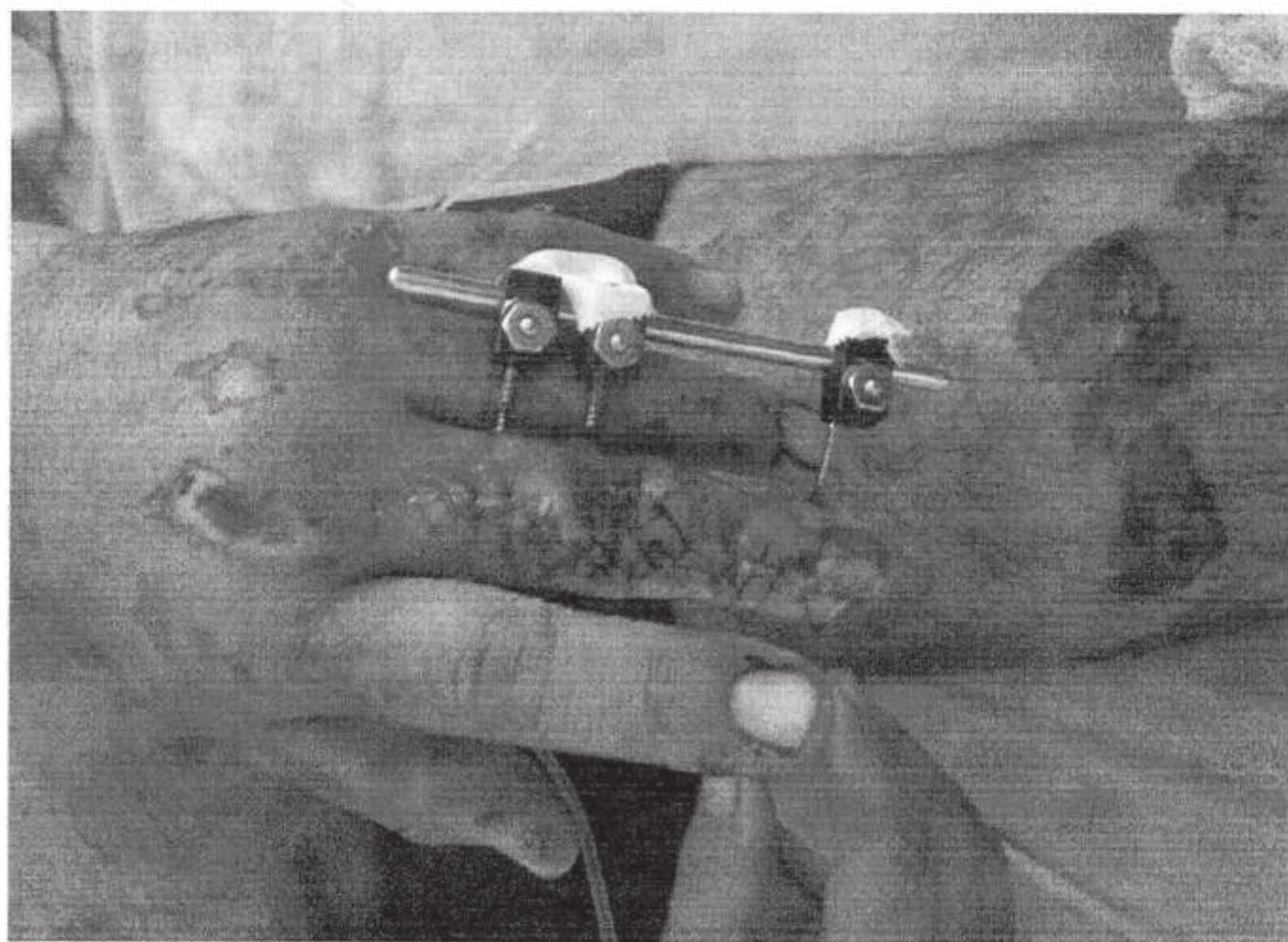
Grupo: EQ1

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:

Jualisson de Sousa Lima,
brasileiro(a), estado civil divorciado profissão
agente de seguros, CI RG nº 3234 371,
CPF/MF nº 074.529.024-83, residente e domiciliado(a) à Rua
R. DR Sabral Pinto, 519, JD Alameda,
Cidade de Santa Rita, Estado
Paraíba, CEP: 58919-000, telefone
99105-5363, 98663-4900.

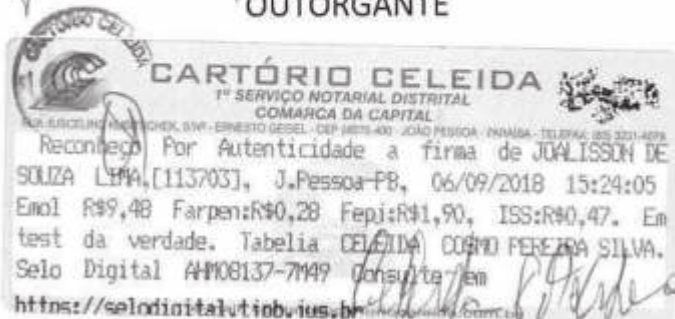
OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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.

João Pessoa, 06 de setembro de 2018:

Jualisson de Sousa Lima

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350073/18

Vítima: JOALISSON DE SOUSA LIMA

CPF: 074.529.024-83

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/04/2018

Titular do CPF: JOALISSON DE SOUSA LIMA

CPF de: Próprio

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA