
Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO COSMO**

Nº Sinistro: **3180320329**

Vitima: **MARCOS ANTONIO COSMO**

Data do Acidente: **25/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180320329**.

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



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO COSMO**

Nº Sinistro: **3180320329**

Vitima: **MARCOS ANTONIO COSMO**

Data do Acidente: **25/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180320329**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO COSMO**

Sinistro: **3180320329**

Vítima: **MARCOS ANTONIO COSMO**

Data do Acidente: **25/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180320329** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

E 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 AST:

CPF da Vítima

885 303 374-68

Nome completo da vítima

Elaine Antonio Cosmo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Elaine Antonio Cosmo	CPF titular da conta 885 303.374-68	Profissão agricultor
Endereço Rivaldo Virginio Cabral	Número 23	Complemento
Bairro Centro	Cidade Cruz do Espírito Santo	Estado PB
Email zduardosilva@hotmail.com	CEP 58337-000	Telefone (DDD) (83) 993 421170

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

RECUSO INFORMAR SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00

R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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

BRADSCG (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº:

0037

CONTA

Nº:

358453

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

AGÊNCIA

Nº:

CONTA

Nº:

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)



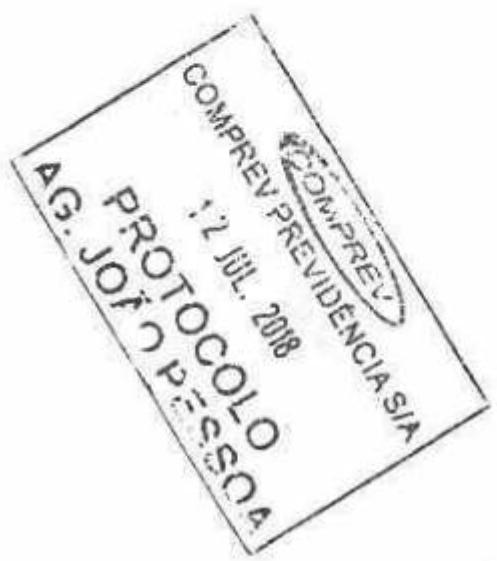
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Santa Rita, 10 de outubro de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01108.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01108.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:55 horas do dia 11 de junho 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 José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Marcos Antonio Cosmo**, CPF nº 885.303.374-68, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria do Socorro Cosmo e Antonio Segundo Cosmo, natural de Cruz do Espírito Santo/PB, nascido(a) em 01/01/1973 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rivaldo Virginio Cabral, bairro Centro, tendo como ponto de referência Borracharia do Manoel, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 99641-8088.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Saída de Pilar Br 230, Pilar/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 25/08/17 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 25/08/2017, por volta das 16:30 horas, quando saia da Cidade de Pilar/PB, precisamente na BR 230, quando conduzia o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG/150, FAN ESDI, de cor vermelha, placa: PDZ 8144/PB, ano e modelo: 2015, chassi nº 9C2KC1680FR209327, registrado em nome de: Francisco Antonio Cosmo, CPF nº 980.986.404-34; QUE segundo o notificante conduzia normalmente pela BR acima citado, quando a mesma colidiu com uma pedra de paralelipípedo e o mesmo veio a cair; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0033/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 09/01/2018, de o Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo por terceiro Que não deseja representar criminalmente; 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, 11 de junho de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MARCOS ANTONIO COSMO
Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Flávia Antônio Coimbra</i>	CPF da Vítima 885.303.374-68	Data do Acidente 25/08/17
--	---------------------------------	------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Name 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 atende 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.

Santo Rito, 10 de outubro de 2017

Local e Data

Deyene Antônio Coimbra
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
DALL001 VOL1/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COMPRÉV PREVIDÊNCIAS
1 JUL. 2018

COMPRÉV

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: 24/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO COSMO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000118453-2

Nr. da Autenticação 89E93616E04D3C81

2009.01.17

MARCOS ANTONIO COSMO
115. RAYALDO VASCONCELOS 31.000
CRUZ DE ESPAÑA - 0401-0000-0000-0000
Entrevista 07/08/2015 Referencia 001-104
Classe/Série: RESOL 146 - PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Número: 2-53-216-7100

Atendimento ao Cliente Energisa **0800 083 0196** | Aceite: 00000000000000000000000000000000

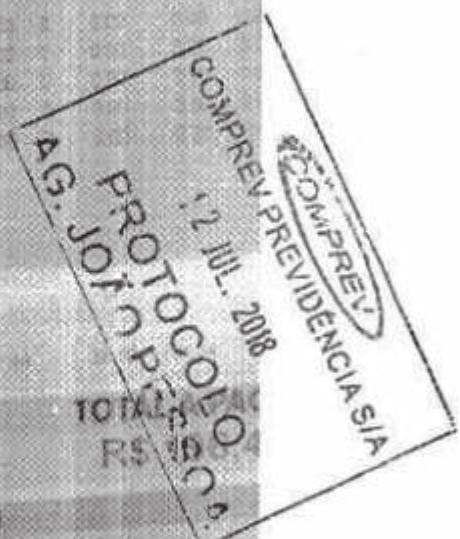
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPN / LNP
Jun / 2018	07/06/2018	09/07/2018	88530337

UC (Unidade Consumidora): 5/380927

[Canal de contacto](#)

ATENÇÃO - REVISÃO CARACTERIAL 2018
Sociedade de Eletricidade e Gás de São Paulo
Av. das Nações Unidas, 100 - Centro - São Paulo - SP - CEP 01237-000

VENCIMENTO
14/06/2018



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 José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcos Antônio Bonin inscrito (a) no CPF sob o Nº 885.303.374-68 do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima Marcos Antônio Bonin inscrito (a) no CPF sob o Nº 885.303.374-68 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

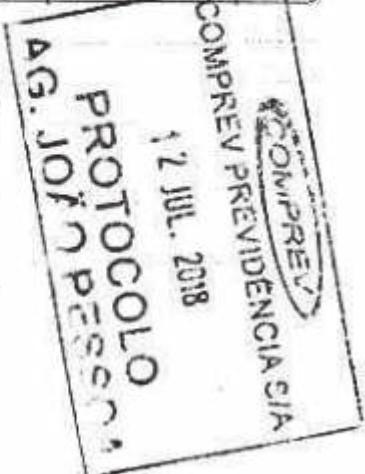
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>José - Maria Roser</u>		Número	58	Complemento
Bairro	<u>Mamainha</u>	Cidade	<u>Das Rosas</u>	Estado	PR
Email	<u>zeduardosilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	99342-1170	Telefone celular (DDD)
				98663-5500	

Das Rosas, 09 de Julho de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante





SAUDE
SISTEMA UNICO DE SAUDE

CERTIDÃO

Nº. 0033/2018

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA e 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 Nº55919 e Prontuário Nº 2017.08.003863 pertencentes a MARCOS ANTONIO COSMO que foi atendido dia 25/08/2017 às 19h55min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de punho direito. Retornou dia 25/09/2017 às 10h48min com ficha nº 63732, apresentando fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/9/2017.

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

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3883



COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
CEP: 58056-384 JOAO PESSOA Pode: (83)3214-1980
FAX: - CNPJ:

Data: 25/08/2017
Hora: 19:55:27
Repcionista: MILENE SILVA DE FREITAS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARCOS ANTONIO COSMO Num. Frontuario: 2017.08.003863

CNIS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1628362 Fone: 983136935

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/01/1973 Id: 44 ano(s)

End: R- RIVALDO VIRGINIO CABRAL,27

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB

Mae: MARIA DO SOCORRO COSMO Pai:

Pais: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Respi.: MARCOS ANTONIO COSMO

Tel/Cel. Responsavel: 983136935 / IDENTIDADE: 1628362

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: QUEDA DE MOTO

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: PR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PCP: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Pesco: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Silvemis: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Queixa Principal

trauma no punho D

- [] Vomito [] Convulsao
[] Obstrucao [] Disponibilidade
[] Hemorragia [] Agitado
[] Diarreia [] Chocado
[] Regular [] Convulsao

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Enxaque no rosto com traumas D

Diagnóstico

Conduta pedir exames e indicar
ATO conservador

Enxaque nos dentes D

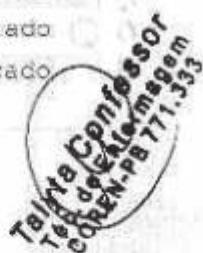
Horario da medicacao

Daniel Braga Cavalcante

MÉDICO

CNPJ 9248 PB

Dr. Alvaro
+ /



COMPREV PREVIDENCIA SAÚDE
21 JUL. 2018

PROTOCOLO
PAC

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura da Enfermagem

EFICACIÃO REBAIXADA

030404002-2
030404004-1
030404002-3
030404004-5 (502)

DESTITUÇÃO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

NIF: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
9996-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: - CNPJ:

Hora: 10:48:00

Recepçionista: JUSSARA MANUELA BE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: MARCOS ANTONIO COSMO

Num. Prontuario: 2017.08.003863

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1628362 Fone: 983136935

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/01/1973 Id: 44 an(s)

End.: R- RIVALDO VIRGINIO CABRAL, 27*NAO POSSUI CNS, ORIENTADO

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB

Mae: MARIA DO SOCORRO COSMO

Pai: ANTONIO SEGUNDO COSMO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Resid.: O MESMO

Lugar. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: RETORNO

Vitima de violencia por: NAO

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AZUL

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PCP: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

IMC: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

QTT: QTT:

[] Regular [] Chocado

QD: la Principal

Observacao

TURNO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Existe dor no peito por sensação de refluxo de fach do estômago.
Nenhum sinal sugere envolvimento da parede torácica.
Sensação de fach.

Conduita - Internação
- Ortopedia

Prescrições

Horário da medicacão 17:00h
MEDICO Dr. G. M. T. Andrade
Data 02/08/2018

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Unidade	Vigilamentos	Dose	Horário	Evolução
PROTÓCOLO AG. JOHN PESSON	12 JUL. 2018	COMPREV PREVIDÊNCIA		Reservado p/ liberação

DESENHO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Luis Henrique Antônio</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dra. Fábia</i>			1º Assistente:	<i>.../...</i>
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descreva:	COMPREV PROTÓCOLO AG. JORGE PESSOA	

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 () Não

Piôpsia 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:

deitado

Incisão:

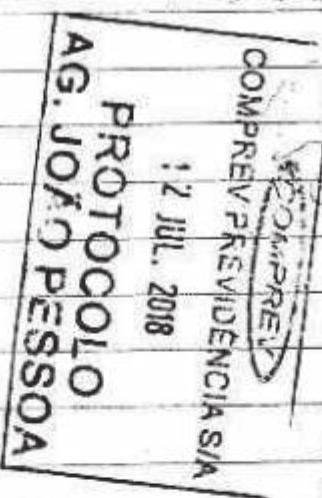
lateral

Achados:

adipose

Conduta:

exér. lipo.



Fechamento:

OBS:

Data:

DR. FIDIAS G. DOPOROREM
TEOR: 9876
CRM: PB: 5396
CRM: PE: 14654

MÉDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] JHAS [] JDM [] JTB [] JHEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoholismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♥ _____

Exame Físico:Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

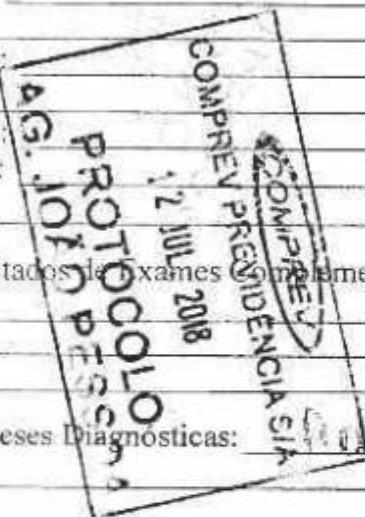
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames complementares: _____



Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

- _____

Leonardo Miranda
MEDICO
CIMEPB MDT

Dra. Arleide Andrade Medeiros
CRM/PB 11.289

Paciente: MARCOS ANTONIO COSMO.

LAUDO MÉDICO.

O paciente MARCOS ANTONIO COSMO, foi vítima de acidente de trânsito em 25/08/2017, em decorrência do qual sofreu trauma em membro superior direito, fratura de punho direito e fratura de rádio distal direito, como foi constatado pelo exame de imagem.

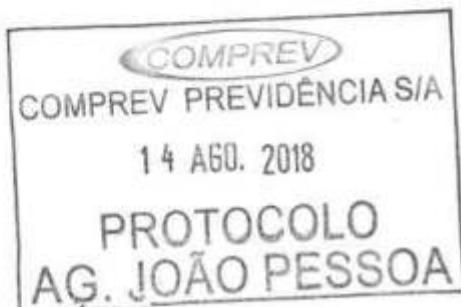
Foi submetido a procedimento cirúrgico em 30/09/2017 para tratamento das fraturas, onda foi apostila placa metálica em T e parafusos como evidencia relatório cirúrgico.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se limitação nos movimentos face da extensão das lesões diagnosticadas, revelando sequelas no membro superior direito insuscetíveis de amenização por medidas terapêuticas ordinárias, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais.

CID: S52.5, S62, T92.2, T92.0

João Pessoa, 13 de agosto de 2018.


Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289





COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	2 JUL. 2018
PROTÓCOLO	AG. INÍCIO DE SOUZA

Comprev



ORDEM DOS ADVOGADOS DO RJ

CONSELHO JUDICIAL DA FEDERAÇÃO
IDENT. DADO DE 13/1/2014

JOSE SANTOS DA COSTA E SILVA

NOTÁRIO

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

MULHER

JOÃO PESSOA - PB

1. COE SEQ - SEPIPE

PROFESSOR DE CRIMES E PENA

NÃO

REGISTRO PROFISSIONAL N.º 12578

DATA DE EMISSÃO: 13/01/2014

VALIDADE: 10 ANOS

RENOVADA: 13/01/2019

RENOVADA: 13/01/2024

RENOVADA: 13/01/2029

RENOVADA: 13/01/2034

RENOVADA: 13/01/2039

RENOVADA: 13/01/2044

RENOVADA: 13/01/2049

RENOVADA: 13/01/2054

RENOVADA: 13/01/2059

RENOVADA: 13/01/2064

RENOVADA: 13/01/2069

RENOVADA: 13/01/2074

RENOVADA: 13/01/2079

RENOVADA: 13/01/2084

RENOVADA: 13/01/2089

RENOVADA: 13/01/2094

RENOVADA: 13/01/2099

RENOVADA: 13/01/2104

RENOVADA: 13/01/2109

RENOVADA: 13/01/2114

RENOVADA: 13/01/2119

RENOVADA: 13/01/2124

RENOVADA: 13/01/2129

RENOVADA: 13/01/2134

RENOVADA: 13/01/2139

RENOVADA: 13/01/2144

RENOVADA: 13/01/2149

RENOVADA: 13/01/2154

RENOVADA: 13/01/2159

RENOVADA: 13/01/2164

RENOVADA: 13/01/2169

RENOVADA: 13/01/2174

RENOVADA: 13/01/2179

RENOVADA: 13/01/2184

RENOVADA: 13/01/2189

RENOVADA: 13/01/2194

RENOVADA: 13/01/2199

RENOVADA: 13/01/2204

RENOVADA: 13/01/2209

RENOVADA: 13/01/2214

RENOVADA: 13/01/2219

RENOVADA: 13/01/2224

RENOVADA: 13/01/2229

RENOVADA: 13/01/2234

RENOVADA: 13/01/2239

RENOVADA: 13/01/2244

RENOVADA: 13/01/2249

RENOVADA: 13/01/2254

RENOVADA: 13/01/2259

RENOVADA: 13/01/2264

RENOVADA: 13/01/2269

RENOVADA: 13/01/2274

RENOVADA: 13/01/2279

RENOVADA: 13/01/2284

RENOVADA: 13/01/2289

RENOVADA: 13/01/2294

RENOVADA: 13/01/2299

RENOVADA: 13/01/2304

RENOVADA: 13/01/2309

RENOVADA: 13/01/2314

RENOVADA: 13/01/2319

RENOVADA: 13/01/2324

RENOVADA: 13/01/2329

RENOVADA: 13/01/2334

RENOVADA: 13/01/2339

RENOVADA: 13/01/2344

RENOVADA: 13/01/2349

RENOVADA: 13/01/2354

RENOVADA: 13/01/2359

RENOVADA: 13/01/2364

RENOVADA: 13/01/2369

RENOVADA: 13/01/2374

RENOVADA: 13/01/2379

RENOVADA: 13/01/2384

RENOVADA: 13/01/2389

RENOVADA: 13/01/2394

RENOVADA: 13/01/2399

RENOVADA: 13/01/2404

RENOVADA: 13/01/2409

RENOVADA: 13/01/2414

RENOVADA: 13/01/2419

RENOVADA: 13/01/2424

RENOVADA: 13/01/2429

RENOVADA: 13/01/2434

RENOVADA: 13/01/2439

RENOVADA: 13/01/2444

RENOVADA: 13/01/2449

RENOVADA: 13/01/2454

RENOVADA: 13/01/2459

RENOVADA: 13/01/2464

RENOVADA: 13/01/2469

RENOVADA: 13/01/2474

RENOVADA: 13/01/2479

RENOVADA: 13/01/2484

RENOVADA: 13/01/2489

RENOVADA: 13/01/2494

RENOVADA: 13/01/2499

RENOVADA: 13/01/2504

RENOVADA: 13/01/2509

RENOVADA: 13/01/2514

RENOVADA: 13/01/2519

RENOVADA: 13/01/2524

RENOVADA: 13/01/2529

RENOVADA: 13/01/2534

RENOVADA: 13/01/2539

RENOVADA: 13/01/2544

RENOVADA: 13/01/2549

RENOVADA: 13/01/2554

RENOVADA: 13/01/2559

RENOVADA: 13/01/2564

RENOVADA: 13/01/2569

RENOVADA: 13/01/2574

RENOVADA: 13/01/2579

RENOVADA: 13/01/2584

RENOVADA: 13/01/2589

RENOVADA: 13/01/2594

RENOVADA: 13/01/2599

RENOVADA: 13/01/2604

RENOVADA: 13/01/2609

RENOVADA: 13/01/2614

RENOVADA: 13/01/2619

RENOVADA: 13/01/2624

RENOVADA: 13/01/2629

RENOVADA: 13/01/2634

RENOVADA: 13/01/2639

RENOVADA: 13/01/2644

RENOVADA: 13/01/2649

RENOVADA: 13/01/2654

RENOVADA: 13/01/2659

RENOVADA: 13/01/2664

RENOVADA: 13/01/2669

RENOVADA: 13/01/2674

RENOVADA: 13/01/2679

RENOVADA: 13/01/2684

RENOVADA: 13/01/2689

RENOVADA: 13/01/2694

RENOVADA: 13/01/2699

RENOVADA: 13/01/2704

RENOVADA: 13/01/2709

RENOVADA: 13/01/2714

RENOVADA: 13/01/2719

RENOVADA: 13/01/2724

RENOVADA: 13/01/2729

RENOVADA: 13/01/2734

RENOVADA: 13/01/2739

RENOVADA: 13/01/2744

RENOVADA: 13/01/2749

RENOVADA: 13/01/2754

RENOVADA: 13/01/2759

RENOVADA: 13/01/2764

RENOVADA: 13/01/2769

RENOVADA: 13/01/2774

RENOVADA: 13/01/2779

RENOVADA: 13/01/2784

RENOVADA: 13/01/2789

RENOVADA: 13/01/2794

RENOVADA: 13/01/2799

RENOVADA: 13/01/2804

RENOVADA: 13/01/2809

RENOVADA: 13/01/2814

RENOVADA: 13/01/2819

RENOVADA: 13/01/2824

RENOVADA: 13/01/2829

RENOVADA: 13/01/2834

RENOVADA: 13/01/2839

RENOVADA: 13/01/2844

RENOVADA: 13/01/2849

RENOVADA: 13/01/2854

RENOVADA: 13/01/2859

RENOVADA: 13/01/2864

RENOVADA: 13/01/2869

RENOVADA: 13/01/2874

RENOVADA: 13/01/2879

RENOVADA: 13/01/2884

RENOVADA: 13/01/2889

RENOVADA: 13/01/2894

RENOVADA: 13/01/2899

RENOVADA: 13/01/2904

RENOVADA: 13/01/2909

RENOVADA: 13/01/2914

RENOVADA: 13/01/2919

RENOVADA: 13/01/2924

RENOVADA: 13/01/2929

RENOVADA: 13/01/2934

RENOVADA: 13/01/2939

RENOVADA: 13/01/2944

RENOVADA: 13/01/2949

RENOVADA: 13/01/2954

RENOVADA: 13/01/2959

RENOVADA: 13/01/2964

RENOVADA: 13/01/2969

RENOVADA: 13/01/2974

RENOVADA: 13/01/2979

RENOVADA: 13/01/2984

RENOVADA: 13/01/2989

RENOVADA: 13/01/2994

RENOVADA: 13/01/2999

RENOVADA: 13/01/3004

RENOVADA: 13/01/3009

RENOVADA: 13/01/3014

RENOVADA: 13/01/3019

RENOVADA: 13/01/3024

RENOVADA: 13/01/3029

RENOVADA: 13/01/3034

RENOVADA: 13/01/3039

RENOVADA: 13/01/3044

RENOVADA: 13/01/3049

**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.

Número do Sinistro: **3180320329**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS ANTONIO COSMO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RIVALDO VIRGINIO CABRAL, 21 - CENTRO - Cruz do Espírito Santo - PB - CEP 58337-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1628362**

Data e local do acidente: [**25/08/2017**] **BR 230 PB**

Data e local do exame: [**20/08/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 25-08-2017 AO EXAME:CICATRIZ NA FACE VOLAR DE PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DE 50% DE FLEXÃO DORSAL E VOLAR DO PUNHO

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

CIRURGIA EM 30-08-2017 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO DIREITO

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320329 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO COSMO **Data do acidente:** 25/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME: CICATRIZ NA FACE VOLAR DE PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DORSAL E
médico pericial: VOLAR DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE EM 25-08-2017.
CIRURGIA EM 30-08-2017 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/08/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320329 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO COSMO **Data do acidente:** 25/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.
REDUÇÃO DA CAPACIDADE PARA O EXERCÍCIO NORMAL DAS ATIVIDADES HABITUais (CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE).

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320329 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO COSMO **Data do acidente:** 25/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.
REDUÇÃO DA CAPACIDADE PARA O EXERCÍCIO NORMAL DAS ATIVIDADES HABITUais (CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE).

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320329 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO COSMO **Data do acidente:** 25/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320329 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO COSMO **Data do acidente:** 25/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME: CICATRIZ NA FACE VOLAR DE PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DORSAL E
médico pericial: VOLAR DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE EM 25-08-2017.
CIRURGIA EM 30-08-2017 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/08/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320329 **Cidade:** Pilar
Vítima: MARCOS ANTONIO COSMO **Data do acidente:** 25/08/2017
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME: CICATRIZ NA FACE VOLAR DE PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DORSAL E
médico pericial: VOLAR DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE EM 25-08-2017.
CIRURGIA EM 30-08-2017 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/08/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJMAN

CRM do médico: 40115

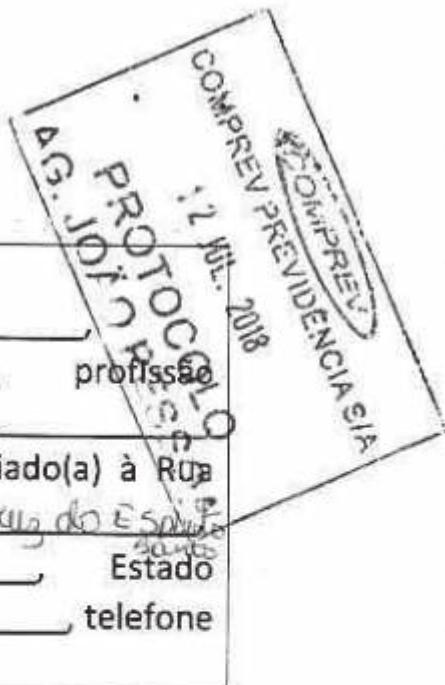
UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Alcione Antônio Cosmo,
brasileiro(a), estado civil casado, profissão
agricultor, CI RG nº 1628362
CPF/MF nº 885.303.374-68, residente e domiciliado(a) à Rua
R. Renáldo Virginio Calval, 21 centro Cruz do Espírito Santo
Cidade de Cruz do Espírito Santo, Estado
Paraíba, CEP: 58337-000, telefone
(83) 99342 5130, (83) 98663 4900.



OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, 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.

DOURADO
DE AZEVEDO

Santa Rita, 10 de outubro de 2017.

OUTORGANTE

