

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2017

Carta nº: 11170620

A/C: EDSON VALENTINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170327915 ASL-0227841/17

Vitima: EDSON VALENTINO

Data Acidente: 12/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2017

Carta nº: 11181399

A/C: EDSON VALENTINO

Sinistro: 3170327915 ASL-0227841/17
Vítima: EDSON VALENTINO
Data Acidente: 12/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11312731

A/C: EDSON VALENTINO

Sinistro: 3170327915 ASL-0227841/17
Vítima: EDSON VALENTINO
Data Acidente: 12/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta nº: 11419363

A/C: EDSO N VALENTINO

Sinistro: 3170327915 ASL-0227841/17
Vítima: EDSO N VALENTINO
Data Acidente: 12/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **EDSO N VALENTINO**

Valor: **R\$ 1.181,25**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000130648-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.181,25

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0037 - TRINHEIRAS. PB

DATA: 05/06/2017

HORA: 14:06:49

TERMINAL: 1001

NSU: 001524

AUT.: 0086

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM DOC : 000037

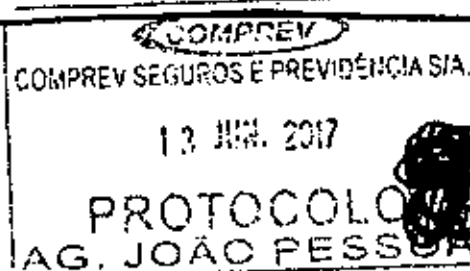
AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1914/013/00.130.648-4

NOME: EDSON VALENTINO

DEPOSITANTE:

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:



Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83489409
Comunicação: C2040034
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: [1371084 - MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE] Data/Hora do Acidente (hora local): [12/08/2016 10:00] BR: [230] KM: [84,9]
Município/UF: [BAYEUX/PE] Tipo de Acidente: [Colisão Transversal] Sentido da Via: [Decrescente]
Fase do dia: [Pleno dia] Condições da Pista: [Seca] Restrições de Visibilidade: [Inexistente]
Sinalização existente: [Vertical, Horizontal] Sinalização luminosa: [Inexistente] Condição meteorológica: [Ceu Claro]
Houve danos ao patrimônio da União? [Não] Data e horário da solicitação: []
Houve solicitação de perícia? [Não] Data e horário do []
A perícia compareceu ao local do sinistro? [Não]

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? [Não]

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

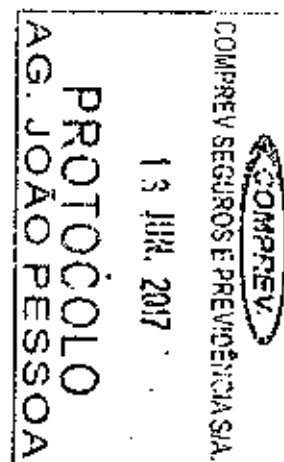
Houve danos ao ambiente? [Não]

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: [Urbano] Tipo de Localidade: [Não edificada]
Existe acostamento? [Sim] Estado de Conservação: [Bom] Há desnível? [Não] É pavimentado? [Não] Largura (m): [2,3]
Possui defesa? [Não existe] Possui meio-fio? [Danificada(o)] Possui sarjeta? [Não existe]
Existe canteiro central? [Sim] Estado de Conservação: [Ruim] Largura (m): [10] Tipo de inclinação: [Elevação]
Obstáculo ao Cruzamento: [Meio-Fio] Estado de Conservação do Obstáculo: [Ruim]
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: [Ruim] Ocupação: [Livre]
Cerca: [Danificada] Pista de Rolamento - Estado de Conservação: [Bom] Tipo: [Dupla] Qtd. de Faixas: []
Tipo de Pavimento: [Asfalto] Perfil: [Rampa >= 3%] Traçado: [Reta] Curva Vertical: [Não Existe] Superelevação: [Não]
Superlargura: [Não] Largura da Pista (m): [14] Estreitamento: [Não Existe]

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/06/2017 12:02:48
NÚMERO DE CONTROLE: aa3dbc086ad9dbc9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83489409

Comunicação: C2040034

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

Local Preservado Situa Irregular

RA-374
2411
0034.0

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinação ou Denegação
- Depois da Colisão

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

No dia 12/06/2016, às 10:00h, em Bayeux/PB, no km 34,9 da BR 230, constatou-se através dos vestígios, principalmente das marcas deixadas no pavimento e orientação dos danos nos veículos, que o veículo VOLVO/FH 450 6X2T, de placas OPM2167/MG, V1, trafegava na faixa central da via, na sua mão de direção, quando o V2 BICICLETA, que vinha do retomo e cruzava a via colidiu na sua lateral esquerda, conforme croqui.

OBS.:

- 1 Condutor do V2 encaminhado ao hospital de Traumas da Capital, pelo SAMU com lesões grave.
- 2 As condições ambientais eram boas no momento do acidente
- 3 Foi feito teste de etímetro no condutor do V1, com resultado 0,0mg/l.

COMPANHIA
13 JUN 2017
PROTOCOLADO
JOÃO PESSOA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/06/2017 12:02:48
NÚMERO DE CONTROLE: aa3dbcd86ad9dbc9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83489409

Comunicação: C2040034

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: OPM-2167 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9BVAG20C1DE798873 Renavam: 00526179384
Marca/Modelo: VOLVO/FH 460 BX2T Cor: PRATA Ano: 2013 Tipo: Caminhão-Trator Emplacamento: CONTAGEM/MG
Ocupantes: 1 Espécie: Tração Categoria: Anquil
Proprietário: GERALDO PIMENTA ESTEVAM EPP CPF/CNPJ: 88.451.762/0001-20
Endereço: CEP:
Município/UF: Telefones:
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: OPM-2008 CONTAGEM/MG Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro Objeto Móvel Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULO ENVOLVIDO

Placa: Sequencial: V2 Descrição: BICICLETA SEM MARCA Chassi: Renavam:
Marca/Modelo: Cor: Ano: Tipo: Bicicleta Emplacamento:
Ocupantes: 1 Espécie: Categoria:
Proprietário: EDSON VALENTINO CPF/CNPJ: 071.358.924-87
Endereço: REGENDE FEIJOR, 102 - VARZEA NOVA CEP:
Município/UF: SANTA RITA/PB Telefones: 83-988195764
Celular: (83) 988195764

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Cruzando a pista Saída de pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/06/2017 12:02:48
NÚMERO DE CONTROLE: aa3dbc086ad9dbc9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83489409

Comunicação: C2040034

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/OPM-2187

Nome/Apelido: JOSE ANDRADE VALADARES JUNIOR

Data de Nascimento: 16/10/1974 Sexo: Masculino Estado Civil: Casado

Nome do Pai: JOSE ANDRADE VALADARES

Nome da Mãe: GILDA MARIA DOS SANTOS VALADARES

Endereço: RUA 2, APTO 202, BI 814- SANTA MARIA

Município/UF: CONTAGEM/MG

Telefones: 31-98283303/

Celular: (31) 99283303/

Grau de Instrução: Fundamental

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL

Ocupação Principal:

CPF: 000.701.076-10

Documento de Identificação: M6364860

Orgão Expedidor: SSP/MG /MG

Origem: Destino:

Estado Físico: Ileso

Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado

Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AE Registro CNH: 01935662396/MG Primeira Habilitação: 13/01/1993

Validade CNH: 24/08/2017 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/ BICICLETA SEM MARCA

Nome/Apelido: EDSON VALENTINO

Data de Nascimento: 01/11/1984 Sexo: Masculino Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe: SEVERINA SEBASTIANA VALENTINO

Endereço: REGENTE FEIJOR, 102 - VARZEA NOVA

Município/UF: SANTA RITA/PB

Telefones: 83-988195764

Celular: (83) 988195764

Grau de Instrução:

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL

Ocupação Principal:

CPF:

Documento de Identificação:

Orgão Expedidor:

Origem: Destino:

Estado Físico: Lesões Graves

Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável

Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:

Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/06/2017 12:02:48

NÚMERO DE CONTROLE: aa3dbc086ad9dbc9



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES TRATORES

Veículo: V1 / VOLVO/FH 460 6X2T	Placa: OPM-2167
Nome do Agente/Assinatura: MIRA FRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83489409
Registro/Matrícula do Agente: 1371084	Data: 12/08/2016 10:00

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias externas sem afetar: coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	P		X	
2	Carroceria com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento de carga.	P		X	
3	Avarias em para-lamas(s) (dianteiro ou traseiro), porta-estepes, para-choque dianteiro ou partes laterais do chassi (se houver)	P		X	
4	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
5	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes da unidade da base da carroceria com o chassi.	M		X	
6	Para-choque traseiro danificado.	M		X	
7	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
8	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
9	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
11	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
12	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais.	M		X	
13	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	G		X	
14	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	G		X	
15	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longitudinais.	G		X	
16	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
17	Chassi afetado termicamente na região da suspensão.	M		X	
18	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

P: Item que individualmente implica em Dano de Pequena Monta

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta

ITENS NÃO PONTUÁVEIS		Sim	Não
19	Rodas/pneus		X
20	Para-brisa		X
21	Vidros laterais/traseiros		X
22	Retrovisores externos (direita e/ou esquerda)		X
23	Faróis		X
24	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
25	Carenagens		X
26	Lonas (siders)		X

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

☐ Dano de Pequena Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P

☐ Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

☐ Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

"Dano de pequena monta" é o menos grave e "dano de grande monta" é o de maior gravidade

A classificação do dano do veículo terá a mesma classificação do item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente NÃO = Item não danificado ou não existente NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/06/2017 12:02:48
NÚMERO DE CONTROLE: aa3dbcc086ad9dbc9



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES TRATORES

Veículo: Reboque 1 do V1 / VOLVO/FH 460 6X2T	Placa: OPQ2006 (Reboque 1)
Nome do Agente/Assinatura: MIRA FRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83489409
Registro/Matrícula do Agente: 1371084	Data: 12/08/2016 10:00

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias externas sem afetar: coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	P		X	
2	Carroceria com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento de carga.	P		X	
3	Avarias em para-choque(s) (dianteiro ou traseiro), para-choque dianteiro ou perfis laterais do chassi (se houver)	P		X	
4	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
5	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
6	Para-choque traseiro danificado.	M		X	
7	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
8	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
9	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
11	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
12	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X	
13	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
14	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
15	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G		X	
16	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
17	Chassi afetado termicamente na região de suspensão.	M		X	
18	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

P: Item que individualmente implica em Dano de Pequena Monta

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	Sim	Não
19	Rodas/pneus		X
20	Para-brisa		X
21	Vidros laterais/traseiros		X
22	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
23	Faróis		X
24	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
25	Caranabona		X
26	Lonas (oldes)		X

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

- ☐ Dano de Pequena Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P
- ☐ Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M
- ☐ Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

"Dano de pequena monta" é o menos grave e "dano de grande monta" é o de maior gravidade

A classificação do dano do veículo terá a mesma classificação do item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

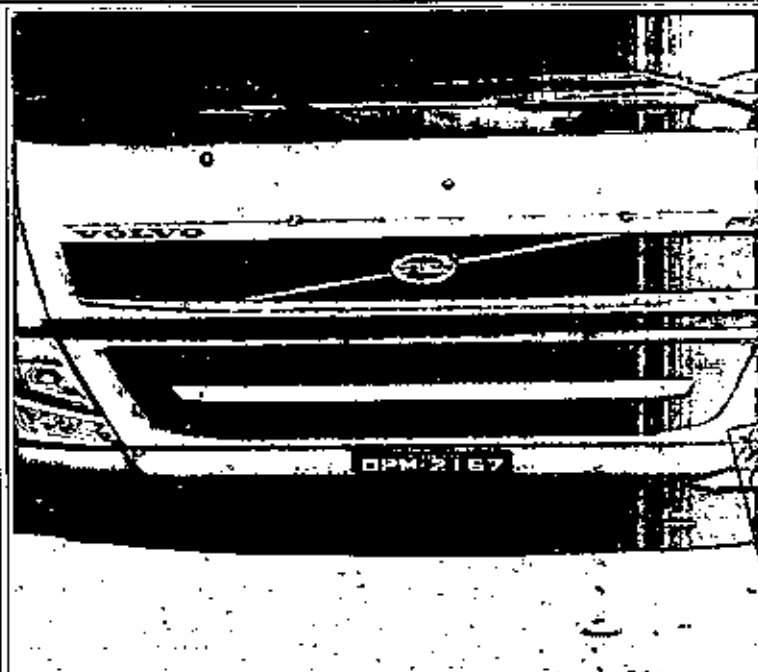
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/08/2017 12:02:48
NÚMERO DE CONTROLE: aa3dbc086ad9dbc9

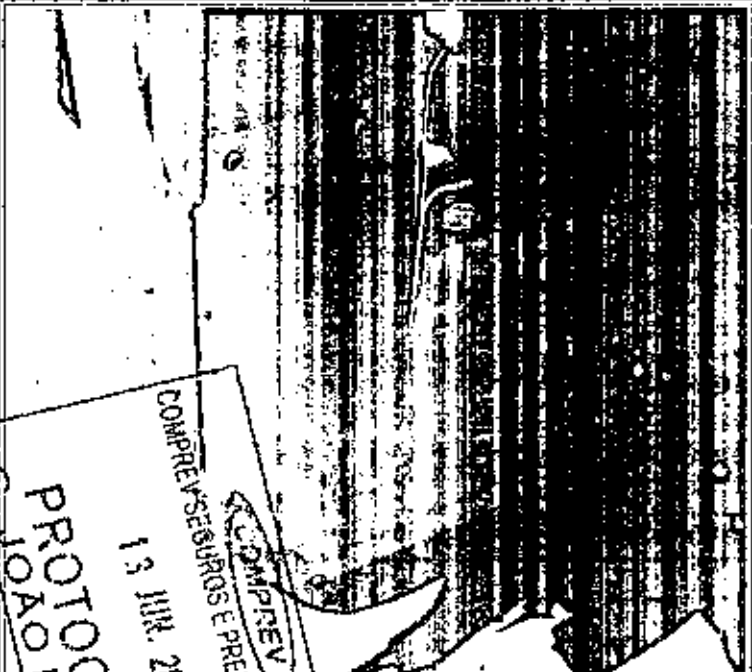


RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES

Veículo: V1 / VOLVO/FH 480 6X2T	Placa: OPM-2167
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83489409
Registro/Matrícula do Agente: 1371084	Data: 12/08/2016 10:00



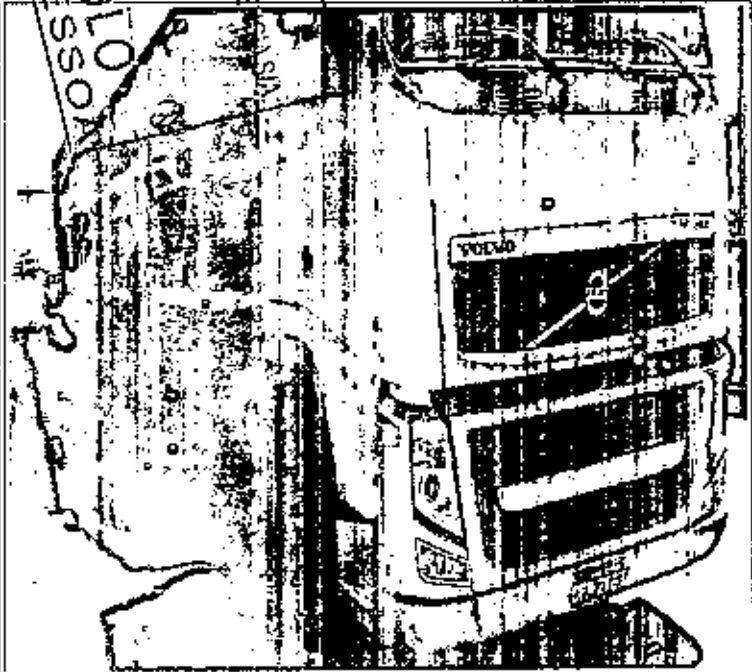
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

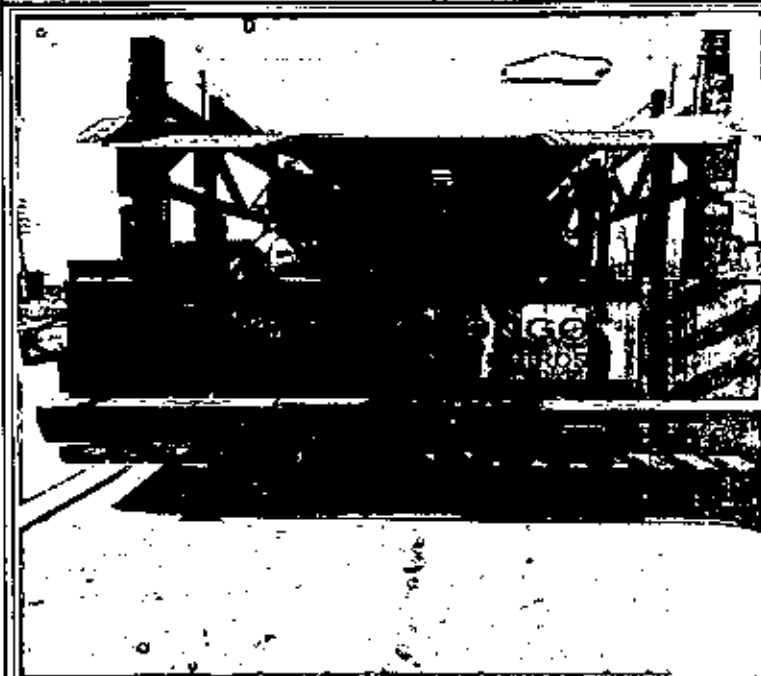
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/06/2017 12:02:48
NÚMERO DE CONTROLE: aa3dbc086ad9dbc9

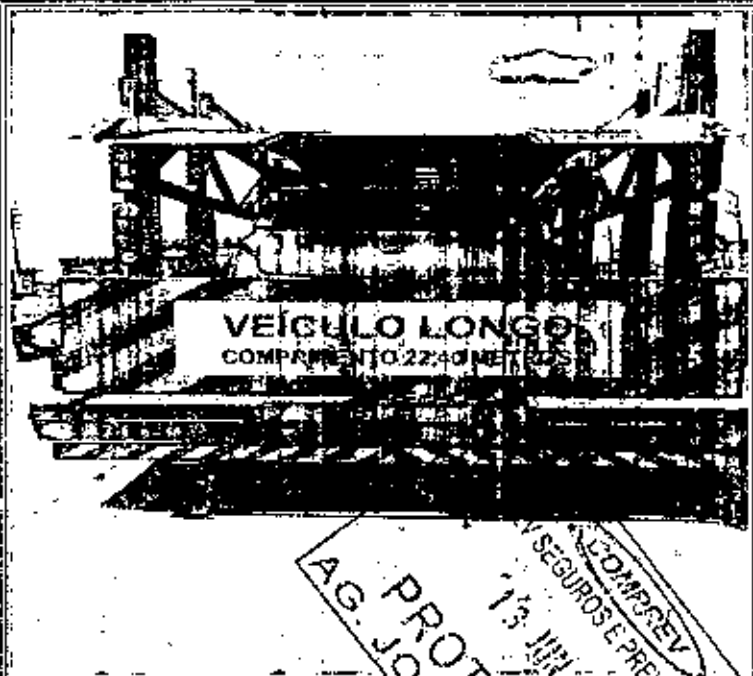


RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES

Veículo: Reboque 1 do V1 / VOLVO/FH 460 6X2T	Placa: OPQ2006 (Reboque 1)
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83489409
Registro/Matrícula do Agente: 1371084	Data: 12/08/2016 10:00



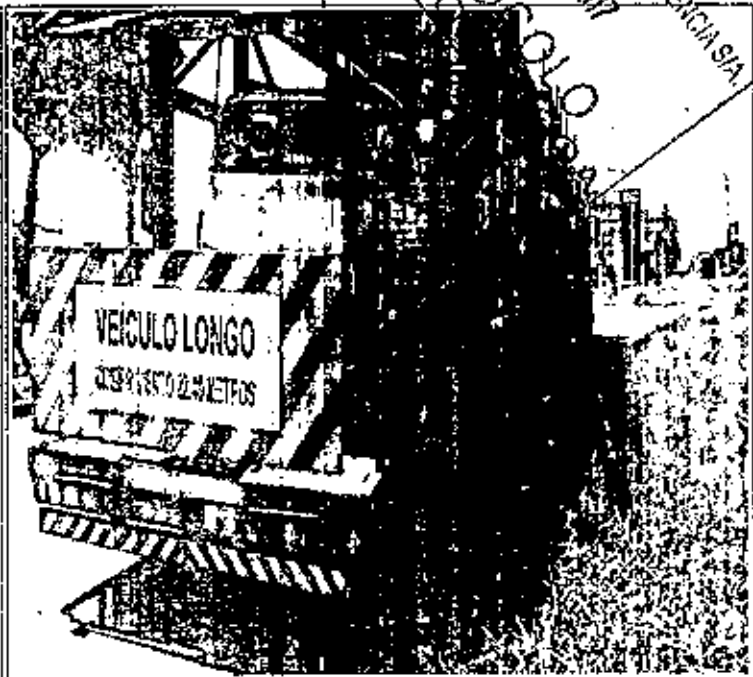
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 05/06/2017 12:02:48
NÚMERO DE CONTROLE: aa3db086ad9dbc9

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, EDSON VALENTINO, portador da carteira de identidade nº 3291129 e inscrito no CPF/MF sob o nº 071.308.624-67, residente e domiciliado na RUA CARLINA AMORIM, 371, LOT. BOA VISTA, VAREZA NOVA, Cidade SANTA RITA, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

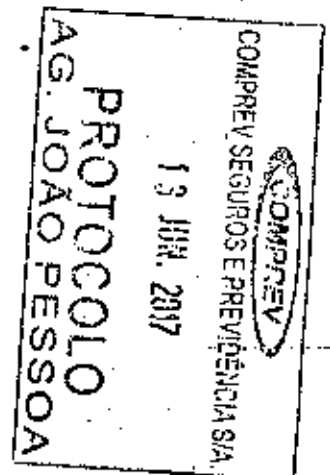
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edson Valentino

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 06 DE JUNHO DE 2017

Local e data



DOCUMENTO 3 *T3%*



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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

SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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

DECLARAÇÃO

(ATO DECLARATÓRIO)

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 701/034, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1383072, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **EDSON VALENTINO** idade 32 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão caminhão x bicicleta) no dia 12/08/2016, na BR 230, após a subida do Aeroporto - Santa Rita - aproximadamente às 10,50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

SAMU 192 REG.

João Pessoa, 10 de Janeiro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Escritário
CRE/Sº Regº: 10171

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

SAMU 192

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 JAN. 2017



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: 28/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.181,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON VALENTINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000130648-4

Nr. da Autenticação 89646076668EB4CD



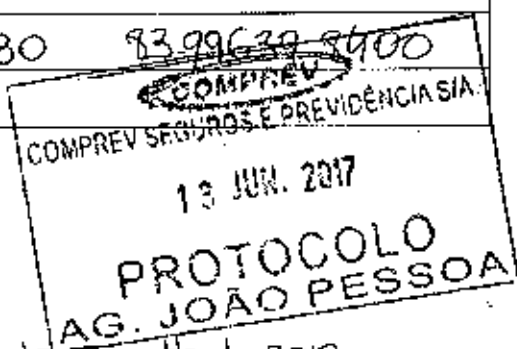
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDSON VALENTINORG nº 3.291129, data de expedição 07/02/17, Órgão SSDS - PB,

CPF nº 071.308.624-67, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CARLINDA AMORIM</u>
Número	<u>371</u>
Apto / Complemento	<u>LOTEAMENTO BOA VISTA</u>
Bairro	<u>VARZEA NOVA</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58300-970</u>
Telefone de Contato	<u>83 98630 - 1130</u> <u>83 99639 8400</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São Pessoa, 06 de Junho de 2017Assinatura do Declarante: x Edson Valentino

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARANÁ
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguarina João Pessoa - PB
CEP: 55.215-570 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA COPIAR COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO**MATRÍCULA****46630236****REFERENCIA****MAI/2017****CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS**

SEVERINA S VALENTINO
RLA CARLINDA AMORIM 371 - 00000

LOT BOA VISTA **58300- 970**
VARZEA NOVA

Inscrição	SIM	Quantidade de Economias				Responsável
146.03.290.0050	0	Residencial	Comercial	Industrial	Público	46630236
0	0	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
0	31/12/1999	0	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3) | NUM. DE DIAS | PROXIMA LEITURA
0 | 0 | 0 | 30 | 20/06/2017
MIST. DE CONS./ANDR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

NÚMERO DE AMOSTRAS

PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

TURBIDEZ 39 40 40

COLIFORMES 39 40 40

CLORO 39 40 40

COLIFORMES 0 0 0

MEDIA(M) 0 DADOS REFERENTES A: MAR/2017

DATA DA LEITURA: 24/05/2017 HORA DA LEITURA: 09:46:47
DESCRICAO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10M 10 36,84 R\$38,84

047-JUROS DE MORA

050-ACRESCIMOS MES(ES) ANT.

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$3,41 PIS E COFINS. LEI 7412.

VENCIMENTO:

04/06/2017

Total a Pagar:**R\$38,18**

v.16.11 R. 1.0

CONECÇÃO DE LEITURA: NÃO REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: SEM HIORTIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)

EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

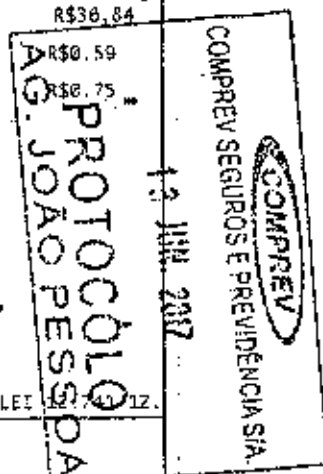
INFORMACOES GERAIS:

Em conformidade com art.3 da lei 12.007/2009, informamos que não
há pendência ou fatura vencida para esta matrícula.
Esta declaração substitui a comprovação
das faturas pagas com vencimento até 31/12/2016.



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
46630236	MAI/2017	04/06/2017	R\$38,18

82670000000-7 78180010824-7 6630236052P-2 17000000002-7





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MEDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	EDSON VALENTINO
DATA DE NASCIMENTO	01/11/84
NOME DA MÃE	SEVERINA SEBASTIANA VALENTINO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	939,916
DATA DO ATENDIMENTO	12/08/16
HORA DO ATENDIMENTO	11:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE FALANGE DISTAL DE 3º PODODÁCTILO ESQUERDO + FRATURA DE SEIO MAXILAR DIREITO + FRATURA DE ESFENOIDE + FRATURA DE TEMPORAL DIREITO
CID 10	S92.5 + S02.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de trânsito (bicicleta x caminhão(sic)), referindo dores intensas no joelho direito e na cabeça. Abdomen sem alterações. Glásgow 15. Presença de ferimento corto-contuso em 2º e 3º pododáctilos esquerdos. RX evidencia fratura de falange distal de 3º pododáctilo esquerdo. Exame BMF: ferimento corto-contuso região frontal D + ferimento couro cabeludo + scalp. TCC: fratura nas paredes do seio maxilar direito + fratura de esfenoide + fratura do osso temporal direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de pé esquerdo AP/Ob
RX de coluna cervical P
RX de torax AP
RX de joelho direito AP/P
RX de bacia AP
RX de joelho esquerdo AP/P
Tomografia computadorizada de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Aspectos radiológicos normais.
TCC: sinais de fraturas nas paredes do seio maxilar direito, na asa maior direita do esfenoide e no osso temporal direito.

TRATAMENTO:

Sutura de ferimentos. Tratamento conservador das fraturas.

ALTA HOSPITALAR:	13/08/16
DATA DA EMISSÃO:	07/12/16

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PE

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

PROTÓCOLO
13 JUL 2017
COMPREENSIVOS E PREVENÇÃO
G. JOÃO PESSOA



Unidade de Pronto Atendimento

ACOLHIMENTO: 085 323310 - Tel

Boletim de Atendimento: 939916



Rx, TC

Identificação do paciente

Idade: 1069352
Data de nascimento: 01/11/1984
Nome: EDSON VALENTINO
Sexo: M
Data de nascimento: 01/11/1984

Nome: SEVERINA SEBASTIANA VALENTINO
Escolaridade: FUNDAMENTAL INCOMPLETO

DDD: 85
Tipo de documento: NAO INFORMADO
Local de procedência: SANTA RITA
Cidade: BAYEUX

Endereço

CEP: 58303420
Número: 102
Município: SANTA RITA
Complemento: R REGENTE FILIO B VAREZA NOVA

Admissão

Data e Hora: 12/08/2016 11:04:35
Número da pulseira: 1000004211013

Especialidade: CLINICA GERAL

Classificação de risco:

Caráter do atendimento: URGENCIA
Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Indicadores e Transporte

Caso notável: Não
Vitalidade: Não

Método de transporte: SAMU

Sinais Vitais

PA: _____ X _____ mmHg

Exames complementares

Rato K [] Sangue [] Urina [] TC [] Ligam [] Glic [] Urina-quantitativa []

Diagnóstico:

Atendido por: MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Alta

CRHC / Nauri / C351 / SEVERINA DAPARAIBA

URUBO ESTAVEL

JOSE JOAO VALENTINO

AV. JOSE JOAO VALENTINO

URUBO

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

11/11/2016

CLINICA FARMACIA E GERAL

AV. JOSE JOAO VALENTINO

RUA

AV. JOSE JOAO VALENTINO

VEICULO X MOTOC

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

Sim

13/08/16

12/08/16

14/8/2016 #NCR
05:15:00

Vítima de
politrauma por
acidente com
bicicleta
sem perda de
consciência
sem vômitos
Glasgow 15

Rx cervical (até C5)
sem fratura ou
desalinhamento

TCC mostrou fratura
temporal @ unec
sem coleção intracraniana
Trauma de face ossado

CH - Retino color e
prontcha

13/8/2016
Exame do 100% de
observação neurológica

Dr. George A. C. Mendes
Neurocirurgia / Neurologia
Intervista Crista
CRM - 60246

12/8/16
(19:55)
Cirurgia 18
sem déficit

Liberação do
fascioma
Ressecção do nó
Ampliação para
4,55 cm de diâmetro

Dr. George A. C. Mendes
Neurocirurgia / Neurologia
Intervista Crista
CRM - 60246

13/8/16 #NCR
21h15

Glasgow 15
sem déficit motor

12 Segundo controle
transcrânico

Dr. George A. C. Mendes
Neurocirurgia / Neurologia
Intervista Crista
CRM - 60246

13/08/2016 #NCR
23h26

TCC sem evidências
de coleção intracraniana
sem mudança do quadro
neurológico

Glasgow 15

Dr. George A. C. Mendes
Neurocirurgia / Neurologia
Intervista Crista
CRM - 60246



Primeiro Atendimento Médico

L000004001013 BE: 839919
 BOSCH VALENTINO
 DT: 04/05/2014
 HME: SEBASTIÃO SEBASTIÃO VALENTINO
 END: PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO
 V. SICH - JUIZ DE FORA
 NOME: DITTA
 PONE: 11
 CELULAR: (031) 97047501
 IDADE: 31
 DT: ENTRADA: 12/05/2014 10:04 PM



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

DADOS CLÍNICOS / MECANISMOS DO TRAUMA
 Paciente relatando acidente de trânsito
 (colisão com um veículo) através do qual
 sofreu lesões no joelho direito e cabeça.
 Sem perda de consciência, sem vômitos ou
 sangramento. Sem dor no local da lesão.
 Sem dor no local da lesão.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS
 AÉREAS: ☐ Patentes ☐ Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
 TRAQUEIA NA LINHA-MEDIANA: ☐ Sim ☐ Não
 RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
AUSCULTA PULMONAR:
 1 - MURMÚRIO VESICULAR:
 HTO: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
 HTE: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
 2 - RÍGIDOS:
 HTO: ☐ Sim ☐ Não
 HTE: ☐ Róncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Preta ☐ Preta
TEMPERATURA DA PELE: ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Furo ☐ Ausente
AUSCULTA CARDÍACA:
 RÍTMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
 BULHAS: ☐ Normofônicas ☐ Hipofônicas
☐ Hipofônicas ☐ Ausente
 SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente
 BEQU B4: ☐ Sim ☐ Não
 FC: ____ bpm PA: ____ X ____ mmHg T: ____ °C
 ECG: _____

ABDOMEN:

Abdomem: livre, dor a
palpação (moderada)

DEFECIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotoreagente ☐ Paralisadas ☐ Isotóricas ☐ Anisocóricas (diferença = ____ mm)

Escala de Glasgow:

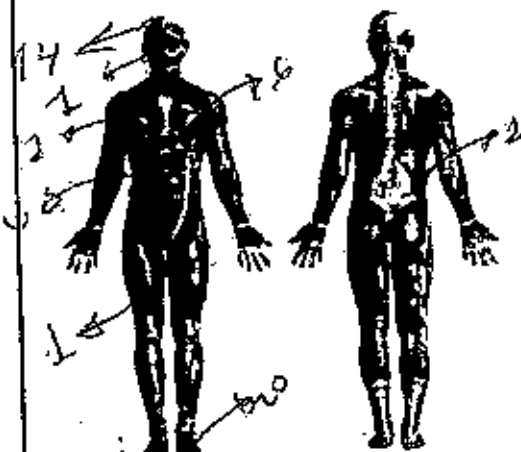
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Choro, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Incoerente (perissantes)	3	Retira o membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Incoerente	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão anormal (decorticação)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Injúria Nervosa |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encaixado |
| 11 Equimose | 29 Otorrágia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Parestia |
| 14 F. Contuso | 32 Parotomia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorrágia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Esquema |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma)

% Graus de queimadura.

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS:

- ☐ Radiografia
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

- ☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tioxigênio sanguíneo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1. Avaliação		
2	2. Exame físico		
3	3. Exame físico		
4	4. Exame físico		
5	5. Exame físico		
6	6. Exame físico		
7	7. Exame físico		
8	8. Exame físico		
9	9. Exame físico		
10	10. Exame físico		

SOLICITAÇÃO DE APOIO MÉDICO

Solicitado parecer de: Neurologia, Traumatologia do dia 10/05/2018
 Solicitado parecer de: Neurologia, Traumatologia do dia 10/05/2018

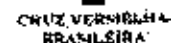
DESTINO DO PACIENTE

DATA: 10/05/2018
 SAÍDA: 10/05/2018
 HORAS: 10:00

☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavaliar ☐ Assistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVD

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____

DATA: _____

HORA: _____

LOCAL: _____

PROCEDENCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☒ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Morte ☐ Automóvel ☐ Outros ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: _____

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Escorpião ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encaixado ☐ Ferimento contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas): _____

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: 42/08/16

EXAME FÍSICO PA: _____ mmHg P: _____ bpm SpO2: _____ Tax: _____

Sistema Neurológico: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado
 Nível de Consciência: _____
 Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Míope

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☒ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rítmica ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros: _____

Sistema Digestório: ☐ HIDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
 Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergia ☐ Cirurgias
☐ Intoxicações ☐ Outros: _____ Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____

IMUNIZADO CONTRA O TETANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

DESTINO: _____

ENFERMEIRO: _____

COREN: _____

BE : 9267
LWTOU8421013
-DNDON VOLUNTARY
OP MISC 01/17/1984
HIBI SEVERE A CONCENTRATION OF
400... AND 1500 DATA HQ TOLISTED
4. 102 - MINIMUM 1100
SANTA RITA
POWER 40
JANUARY 1984 01/17/1984
2000... 11
OF ENTIRELY SEVERE A CONCENTRATION

Nome do paciente

FINGLENF.D18-1

255

245274

0184 27.06.1944

CSO-CENTRO SAÚDE OCUPACIONAL

AVENIDA MAXIMIANO FIGUEIREDO, - JOAO PESSOA - PB
 Telefone: (83)8816-4603 Fax: (83)8816-4603

Paciente: EDSON VALENTINO

Empresa: PARTICULAR

Nascimento: 01/11/1984 (32 anos e 5 meses)

RG: 3291129

Cargo: NDC

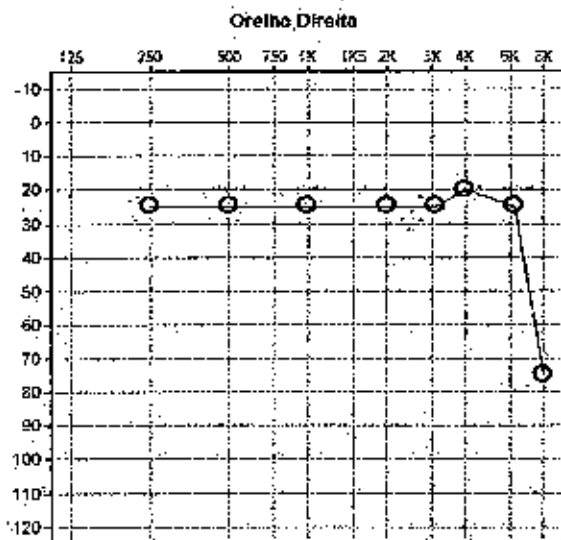
Repouso acústico:

Examinador: Kamila Medeiros de Oliveira

Data: 31/03/2017

Hora: 10:31

Equipamento: MIRACLE 2C Fabricante: 3J Tecnologia Calib.: 14/09/2016



AUDIOMETRIA

OD LEGENDA

VIA AÉREA

○ Sem mascaramento

△ Mascaramento

× Ausência

△ Ausência mascarado

CAMPO LIVRE

○ Sem mascaramento

△ Ausência

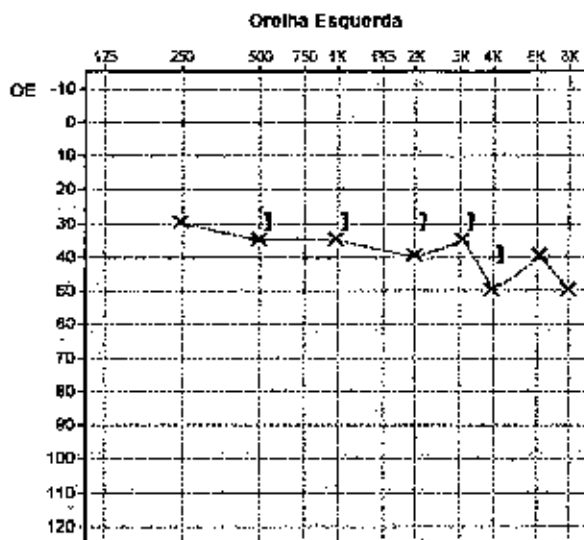
△ OSSEA

< Sem mascaramento

[Mascaramento

× Ausência

● SAL



AUDIOMETRIA - LIMAR TONAL (DB)

	125 Hz	250 Hz	500 Hz	750 Hz	1 KHz	1.5 KHz	2 KHz	3 KHz	4 KHz	6 KHz	8 KHz
VA	—	25	25	—	25	—	25	25	20	25	75
OE	—	30	35	—	35	—	40	35	50	40	50
VO	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
OE	—	—	30	—	30	—	30	30	40	—	—

LOGOaudiometria - OD / OE

LDF	0 dB	0 dB
LRF	0 dB	0 dB
IRF	M 100 % 0 dB	M 100 % 0 dB
	Palavras: 25	Palavras: 25
	D 100 % 0 dB	D 100 % 0 dB
	Palavras: 25	Palavras: 25

Mascaramento:

LAUDO DO EXAME

Condições do Paciente:

Resultados Obtidos: PERDA AUDITIVA RESTRITA A FREQUÊNCIA DE 8 KHz NA OD. PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL DE GRAU LEVE NA OE.

Conclusões:

Kamila Medeiros de Oliveira

Fonoaudióloga

CRFa 4-12167

Kamila Medeiros de Oliveira
 CREFa 4-12167

Edson Valentino

EDSON VALENTINO
 Paciente

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.291.129 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/02/2017

NOME EDSON VALENTINO

FILIAÇÃO JOSÉ JOÃO VALENTINO FILHO
SEVERINA SEBASTIANA VALENTINO

NATURALIDADE BAYEUX-PB DATA DE NASCIMENTO 01/11/1984

DOC ORIGEM NASC.N.26041 FLS.122 LIV.A-25
CARTORIO BAYEUX-PB

CPF 071.308.624-67

Assinatura: [Assinatura]

Cartão nº 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTO 5 *T5%



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
13 JUN. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-917
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **EDSON VALENTINO** Sinistro: **3170327915** Data: **12/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **rua carlinda valentino, 371, LOTEAMENTO BOA VISTA - Centro - Santa Rita - PB - CEP 58300-970**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3291129**

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

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura de falange distal do 3º pododáctilo esquerdo + TCE (fratura de osso temporal direito, fratura de seio maxilar direito, fratura de esfenóide, ferimentos face e couro cabeludo). No momento sem déficit cognitivo. Sem déficit motor, refere cefaléia episódica. Refere perda parcial auditiva ouvido esquerdo.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Paciente submetido à sutura de ferimentos no couro cabeludo e face e dedo pé esquerdo, e tratamento conservador de TCE e fratura de falange do 3º pododactilo esquerdo.

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

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

Perda parcial da acuidade auditiva à esquerda, Perda parcial da acuidade auditiva à direita

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Ouvído esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 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):
Ouvído direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

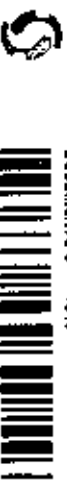
c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB



DOCUMENTO 6 - 1896

Seguradora Líder - DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

01/11/1984

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edson valentino

DATA DO ACIDENTE 12/08/2016 DA VÍTIMA 071.308.624-63

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM _____

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Carlinda Amorim

Nº 371 COMPLEMENTO lofamente BAIRRO Boa Vista

CIDADE Parazoa Nova CEP 56300-970

E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO MÉDICO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) SAMU 16xama

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO Deposito

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ 1 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ 1 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ 1 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ 1 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01/08/2017

IDENTIDADE 3.291.129

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170327915

Cidade: Bayeux

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDSON VALENTINO

Data do acidente: 12/08/2016

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de falange distal do 3º pododáctilo esquerdo. TCE (fratura de osso temporal direito, fratura de seio maxilar direito, fratura de esfenóide, ferimentos face e couro cabeludo).

Descrição do exame médico pericial: No momento sem déficit cognitivo. Sem déficit motor, refere cefaléia episódica. Refere perda parcial auditiva ouvido esquerdo.

Resultados terapêuticos: Paciente submetido à sutura de ferimentos no couro cabeludo e face e dedo pé esquerdo, e tratamento conservador de TCE e fratura de falange do 3º pododactilo esquerdo.

Sequelas permanentes: Perda parcial da acuidade auditiva à esquerda, Perda parcial da acuidade auditiva à direita.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/07/2017

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 17,5 %	8,75%	R\$ 1.181,25
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

