
Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Nº Sinistro: 3180453171

Vitima: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180453171**.

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, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE EDILSON LIMA SILVA**

Sinistro: **3180453171**

Vítima: **JOSE EDILSON LIMA SILVA**

Data do Acidente: **29/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE RAMOS DE ARAUJO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

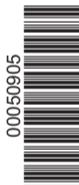
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180453171** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Nº Sinistro: 3180453171

Vitima: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180453171**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **29/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. 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 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 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 com 16 ou 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 ASI.

CPF da Vítima

045 715 374-02

Nome completo da vítima

José Edilson Lima Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Edilson Lima Silva	CPF titular da conta 045 715 374-02	Profissão Recurso
Endereço Sítio Espinheiros	Número 574	Complemento Zona Rural
Bairro	Cidade Guarapari	Estado PB
Email josemily86@outlook.com	CEP 58123-000	Telefone (DDD) (83) 99805-5108

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0237 C/AV 073 CONTA NRO. 00025132 DIV 0
(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	

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

Boa Vista, 10 de Agosto de 2018
Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

José Edilson Lima Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

**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: 3180453171
Nome do(a) Examinado(a): Jose Edilson Lima Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Espinheiro, S/N
Zona Rural Boa Vista PB CEP: 58123-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2536822
Data local do acidente: [29/04/2018]
Data local do exame: [15/10/2018] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

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

Tratamento: OSTEOSINTSE DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

Complicações: EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: 01/06/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PRESença DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E OCCLUSÃO DAS PALPEBRAIS NORMAIS.

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

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

() Sim **(X) Não**

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

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 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

(X) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
CRM/PB - 5523



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

José Edilson Lima Silva

CPF da Vítima

045.115.374-02

Data do Acidente

29/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

José Ramos de Araújo

CPF do Representante legal

409.289.644-71

E-mail

jmarangs16@outlook.com

Telefone (DDD)

(33) 99808-5108

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:

Assinatar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Boa Vista, 10 de Agosto de 2018
Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

X José Edilson Lima Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

AVA BORGESMA DE FARNAS LIMA
SIEPIN-EIRO, SN-AREARURAL
BOAVISTA/PIAÇA CSP: 98/23800 (AG: 401)



Binocao 18/01/2018 Referencia Jan/2018 ER29-AM105-Rio Grande-Tec. Ime: Camila Gomes/PI-CEP:8429-700
Cidade/Servico: PRESIDENTE FERNANDES/RESIDENCIAL MONOFASICO
Razao: S-408-620-0610 CIP/mezad: N3070884633

Nº da Fatura/Conta de Energia Elétrica: 07000 003316

Cód. para Dif. Automatizar: 00001000123

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energia.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da proxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAM
Jan / 2018	16/01/2018	15/02/2018	99657295491

UC (Unidade Consumidora):

4/108612-3

Canal de contato:

- Compartilhe sua energia com o seu também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook, sua página é no Twitter (@energisa), sempre vale perguntar gente. Queremos estar sempre disponíveis.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
001/2017	24849	001/18	25006	1
Demonstrativo				
001 Descrição Quantidade Total Valor Unitário Atualização Faturado Conta de				
0021 Consumo em kWh	100.000,00 102.500,00	1.000,00 1.000,00	27 24.00 70.00 0,00 0,00	0,00
0021 Ad. B Vermelha	0,00 0,00	0,00 0,00	27 0,01 0,00 0,00 0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUÍDIA PÚBLICA	11,76 0,00	0 0,00	0,00 0,00 0,00	0,00
0004 JUROS DE NORA 10/2017	2,99 0,00	0 0,00	0,00 0,00 0,00	0,00
0004 JUROS DE NORA 11/2017	1,86 0,00	0 0,00	0,00 0,00 0,00	0,00
0015 MULTA 10/2017	2,00 0,00	0 0,00	0,00 0,00 0,00	0,00
0015 MULTA 11/2017	2,42 0,00	0 0,00	0,00 0,00 0,00	0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017	4,71 0,00	0 0,00	0,00 0,00 0,00	0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017	1,28 0,00	0 0,00	0,00 0,00 0,00	0,00

001 Código de Classificação do Item TOTAL 127,71 103,43 27,02 103,43 0,00 0,00

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
185 23/01/2018 R\$ 127,71

Histórico de Consumo (kWh)
148 | 134 | 145 | 125 | 182 | 182 | 140 | 188 | 262 | 174 | 106
Jan/17 Feb/17 Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17

RESERVADO AO FISCO
50d1.00f3.5b68.fb30.1903.a2d2.1722.884a.

Indicadores de Qualidade		Média / Desv. P.		Comportamento do Consumo	
Limits das ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Desvio da média de Energia (kWh)	Valor (%)
0,0 VENOM	10,00	0,00	100000	± 6,72	20,14
0,0 TRIMESTRAL	22,28	0,00	220	± 1,39	22,72
0,0 ANUAL	21,08	0,00		± 0,82	2,65
0,0 MENSAL	2,54	0,00	CONTRATADA	± 1,11	8,48
0,0 QUADRIMESTRAL	15,19	0,00	LIMITE INFERIOR	± 1,05	44,67
0,0 ANUAL	22,29	0,00	LIMITE SUPERIOR	± 1,03	0,00
0,00 DCP	5,58	0,03		Total:	127,71 100,00
0,00 DCP	0,00				

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso não pague a fatura de 07/2018, o fornecimento pode ser suspenso a partir de 07/01/2019. Conforme Resolução 214 da ANEEL. O pagamento deve ser feito até a data limite estabelecida no contrato de fornecimento de energia. Caso o mesmo não seja cumprido, não se terá direito ao crédito de pagamento da fatura anterior, ou seja, não poderá ter direito ao ressarcimento da multa de atraso. Caso permaneça sem pagar a fatura de 07/2018, o fornecimento de energia será suspenso a partir da data limite estabelecida no contrato de fornecimento de energia.

Fatura em atraso
Dez/17 122,90

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-672 - CNPJ: 39.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME EST. NÚMERO:

69465903

N. 957

18693635

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

OTAVIO EMILIANO ALVES
RUA VITAL F DA SILVA, 63 - 1AND - CENTRO QUEIMADAS
PB 58475-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
030.008.395.0350.000	060	1 0 0 0	

Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto

LIGADO | POTENCIAL

Consta(n) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(s) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para detalhes informações, entre em contato com a CAGEPA pelas linhas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
HA1/2018	06/06/2018	37,91			
JL9/2018	03/07/2018	38,82			

EMISSÃO: 27/07/2018 Total a Pagar: R\$ 76,73

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 fazenda 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 Romildo Araújo, inscrito (a) no CPF/CNPJ 408289644197, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Edilson Lima Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.175.374/02 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima José Edilson Lima Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.175.374/02, 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.

Enderço	Bairro	Cidade	Número	Complemento
Rua Vital Francisco da Silva	Centro	Queimadas	63	12 andar
	Email		Estado	CEP
<u>josromuylb@outlook.com</u>			PE	58475.000

Resende, 12 de Agosto de 2018
Local e Data

José Romildo Araújo
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Eduardo Bonfim da Lima, RG de nº 1.793.142-2 2ª via data de expedição 17/12/2014 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 964.1077.1094191, com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de Pernambuco, onde reside na Rua/Avenida/Estrada/sítio) Sítio Emplacar, nº 551, Bairro Zona Rural, complemento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a Vítima Jani Edilson Lima Silva cujo o condutor era Jani Edilson Lima Silva.

Veículo PAS/CG 150 TITA;

Modelo Honda/CG 150 TITAN ESD

Ano 2015 / 2015;

Placa OFJ 5835/PB;

Chassi 9C2KC1650FR206177;

Data do Acidente 29/04/2018;

Lugar e Data 77 km Pernambuco 2018,

x Eduardo Bonfim da Lima

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO

Reconheço a firma de Eduardo Bonfim da Lima
de plena liberdade e inteiro conhecimento.
Boa Vista, 28 de 08 de 2018
Notaria Coronel
SELLO DIGITAL 24669648-5337
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

REGISTRO E NOTARIA
TARDEZINHO DE NOITE 2 - OFICIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE BOA VISTA
ESTADO DA PARAIBA - BRASIL
DATA DE EXPEDICAO: 21-A-2018
MATERIAL: AUTENTICO
NOTARIO: CORONEL
FOLHA: 001
Lote: 001
Data: 2018-08-28
Assunto: EDUARDO BONFIM DA LIMA
Nome: EDUARDO BONFIM DA LIMA
Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 1984-02-17
Local de Nascimento: BOA VISTA
UF: PB
RG: 1.793.142-2
CPF: 964.1077.1094191
Endereço: RUA ALEXANDRE FONSECA, 551
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: BOA VISTA
UF: PB
CEP: 58010-000
E-mail: eduardobonfim@gmail.com
Tel: (83) 98100-0000
Fax: (83) 3212-1234
Site: www.sabemi.com.br



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: <i>José Edilson Ferreira Silveira</i>	Bairro: <i>Brasilândia</i>
End: <i>57 Esplanada</i>	Documento de Identificação:
Data de Nascimento: <i>13/04/82</i>	Data do Atend.: <i>29/04/18</i>
Queixa: <i>Nasceram</i>	Horas: <i>17:25</i>
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequeñcia cardiaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

MOD. 110

SABEMI SEGURADORA S/A
27 SET 2018
RECEBIDO

Assinatura e carimbo do profissional

DR. ENERMEIRA

MPB 154.490

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	Nº FRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		Edison Lima 5114		IDADE	SEXO	COR	
50518		PRESA ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO E ANAMNESE		HEMOCÍTAS	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
		URINA					
AP. RESPIRATÓRIO					AQUA	ERÔNCITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DUSTÍVIO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL		ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFETO	
AGENTES ANESTÉSICOS	Q:	INDUÇÃO					
		Selv.: _____ Excit.: _____ Tosses: _____ Laringo espanho: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____					
LÍQUIDOS		MANUTENÇÃO					
		Soros: _____ Fenitoína 0,00 Coffexan 0,00 Recomendações: _____					
CÓDIGOS NP. ARTERIAL: O PULSO: O RESPIRAÇÃO: AX + ANESTESIA: O OPERAÇÃO:	ANESTESIA SATISFE.: Sim: _____ Não: _____ Não, porquê: _____						
	Reflexos na SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Brat.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Com cálculo: _____ Para o Leito Sim: _____ Não: _____ CONDIÇÕES: _____						
POSIÇÃO	Anatomia: _____ Peso: _____						
AGENTES							
TÉCNICA	Câmlas: _____						
OPERAÇÃO	Tumor fígado crônico (Varizes)						
CIRURGIÕES	Dr. Fernando						
ANESTESISTAS	Dr. Fernando						
DESSERVAÇÕES	C						



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente	Nº Prontuário	
<i>José Edilson Lima Siqueira</i>	1644634	
Data da Operação	Enf.	Leito
Operador <i>André Vajgel</i>	1º Auxiliar <i>Raymundo Fernandes</i>	
2º Auxiliar <i>Cássio Reis</i>	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>Quirúrgica R.</i>	Tipo de Anestesia <i>Geral</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Involução de campo zigomático (E)</i>	
Tipo de Operação	<i>Cirurgia de redução; FTE de fractura</i>	
Diagnóstico Pós-Operatório	<i>O membro</i>	
Relatório Imediato da Patologia	<i>Nenhuma</i>	
Exame Radiológico no Ato	<i>Nenhuma</i>	
Acidente Durante a Operação	<i>Nenhuma</i>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① Paciente sob anestesia geral com DODU
- ② Antisséptico tópico + apreensão do campo cirúrgico + tempo de esterilização
- ③ Injeção anestésica de fundo anestésico
- ④ Abre o membro distal e visualiza os ossos + enclavamento
- ⑤ Reduz a fratura em região de pilares zigomáticos e sutura interoperatoriaria
- ⑥ FTE (1 placa obital 5 furos 15 com 4 parafusos; 1 órbita para 4 furos 15 com 4 parafusos - 2 enclavadas)
- ⑦ Fixação copõe com SF 0.31
- ⑧ Reduz a com gancho de hastes de órbita zigomática
- ⑨ Sutura por planos
- ⑩ Remoção de jato por esferingula

Drº André Vajgel Fernandes

Cirurgia e Traumatologia

Buco-Maxilo-Facial

CRO-PE 7371

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

José Edilson Loura Silve Dn 13104182
 QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO
 Sala 05 S.U.S 36anos 1644555

GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

CIRURGIA

Redutor Tensão de Fratura do Zíoma

CIRURGIAO

Dr. Andu

ANESTESIA

Dr. Juvandi

ANESTESIA

Geral

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

INSTRUMENTADORA

Rozana

DATA

15/05/18

INICIO

08:00

FIM

10:10

CÓDIGO

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
01	Adrenalinamp.	01 Calet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
01	Diazepam amp.	Compressa Grande -		Catgut cromado Sertix
	Dimora amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolanlina amp.	Cotonoides		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenacem amp.	Dreno Kerr 10°		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso
	Fluox ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond
	Ketasar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaline % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nutratim amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
01	Protigmine amp	Esparadrapo Larco 3m		Fio de Algodão Sulupak
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak
01	Quacidin ml	Gase Pacote d/ 10 unidades		Fita cardíaca
	Rapifit amp.	H.O. ml	02	Mononylon 5.0
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix
02	Aqua Desidratada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix
02	Dipirona amp.	02 Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flexidol amp.	01 Luvas 7.5	01	Vicryl Sertix 5.0..
	Febocortil amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Ceramicina amp.	01 Luvas 8.5 Plicad.		
	Oligose amp.	01 Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.	Potilix		
	Haemacel ml.	01 PVPI Degammante ml		
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakinamp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	01 Saco coletor p/ líquido		SG Galact. + 500 ml
	Medrofazol.	01 Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plas' amp.	01 Seringa desc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml
	Prolamina	01 Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml ..
	Revitan amp.	Sonda		
	Stupuranor amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	Cefalotaxima 2g	Sonda Nasogástrica		
02	TELUKINACA	Sonda Uretral nº		
		Sterycrem ml		
		Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaseline ml		
01	Aguha desc. 25x7 40122	Gecon 18		
	Aguha desc. 28x28	02 Latex		
	Aguha desc. 3x4,5	05 Sustentador		
	Aguha p/ facie n°	01 Sal concreto		
01	Álcool de Enfermagem	01		
	Álcool Iodado ml			
01	Atacuras de Crepon			
	Atacuras ce Gessada			
	Azul metileno amp.			

EQUIPAMENTOS

- () Oxímetro de Pulso
- () Foco Auxiliar
- () Serra
- () Eletrocautério
- () Desfibrilador
- () Oxícapiógrafo
- () Foco Engasta Fixo
- () Cardiomonitor
- () Fonte de Luz
- () Perfurador Elástico

CIRCULANTE RESPONSAVEL

Rosangela



Tecnologia e Qualidade a Serviço da Vida.

Gonzalez e Cadena Com. E Serv. Ltda - CNPJ: 09.398.270/0001-77
Av. Comendador Calaça, 1178 - Poco - Maceió - AL - CEP: 57025-640
www.qualityhospitalar.com - E-mail: quality.hospitalar@hotmail.com
Fone/fax: (82) 3223.2280 - 3313-8255 - 3313-8256

Paciente: Lor Edilson Lima Silva Data da Cirurgia 15/05/2018
Hospital: União Emergências e Trauma Prontuário: 7664555
Médico: Dra. Ana Gisele DR Rafael Stalla Convênio: SVS
Procedimento: Ressecção de lesão de testis Código Proc.

Controle Cirúrgico

001748

Verificare se:

P.D. 2003 Circulante: *P.D. 2003* Médico:



GOVERNO
DA PARAÍBA

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Evolução Psicológica

Nome: José Edilson Lina Silveira
Setor: Ma mukulomoxile Leito: 2-4



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

6

1

OK

1

1

N

11

1

4

6

一一

1

1

Diagnóstico



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

That he complete his studies



'GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

C. L. M. 17

Diagnóstico



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

ESTADO DE SANTOS

67.



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Oct
94

After the symposium

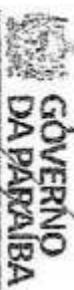


GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



GOVERNO
DA PARÁBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

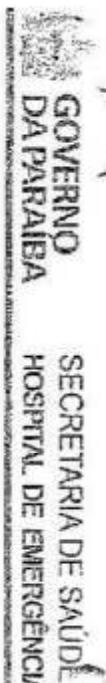


GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAJAMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESS**

Diagnóstico

Ind. of regenerated tel.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

Nome:	José Carlson Lima Silva	DN:	R.01.1502	Pront. N°:	1697555
Naturalidade:		Procedência:			
Admissão:	24.09.2018	Alta:	16.05.2019		

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Trauma de face, por acidente de moto
Fratura óssea em friso

2. Resultado dos principais exames

Fratura do complexo zygomatico

3. Evolução e complicações

N/DN

4. Terapêutica realizada

- Medicinação
- Redução da Fratura
- Fixação da Fratura com 2 placas 1.5 + 2 parafusos

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Mescôndilo

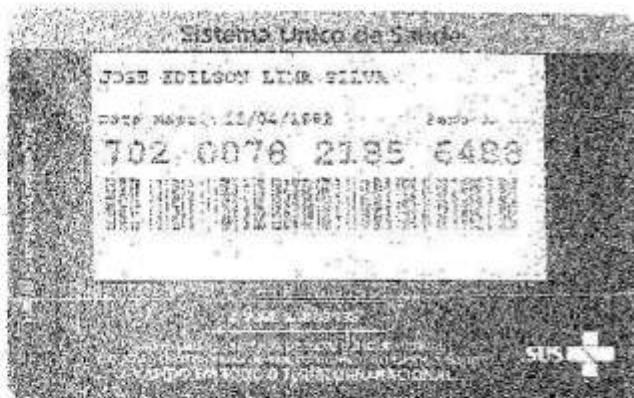
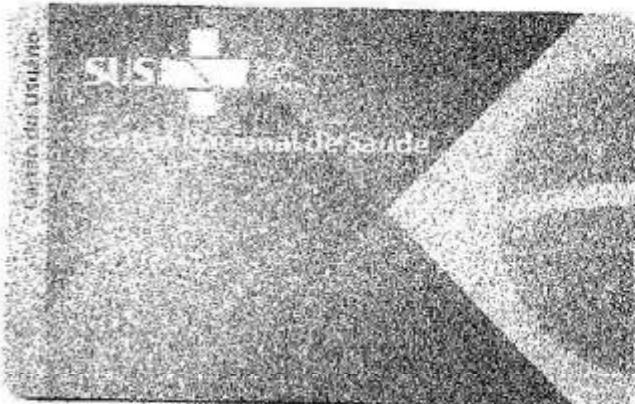
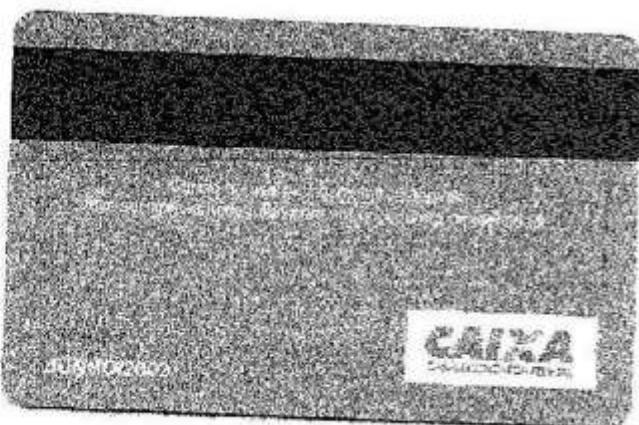
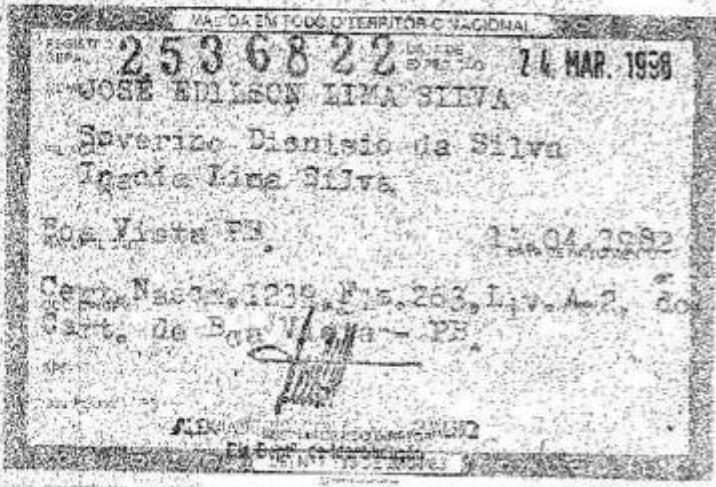
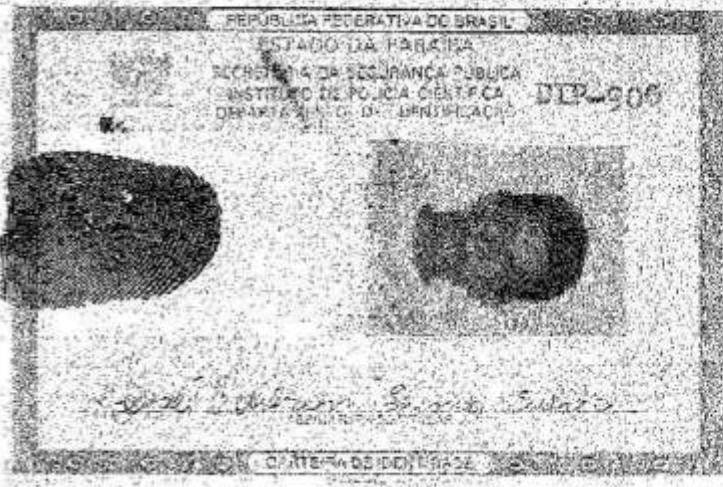
6. Orientações médicas para pacientes / egresso

- Recuperação domiciliar
- Recuperação da sutura após 07 dias
- Monitoramento 1x
- Curado - 7 dias
- Internar procedimento com 10 dias

7. Condições de alta

- Curado A pedido Óbito Melhorado Inalterado
- Transferido para: _____

Reginaldo Fernandes
Cirurgião Dentista
CRD/RN 5104





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N.º 011545378023

CERTIFICADO DE REGISTRO E PLACARIMENTO DE VEÍCULO
PRF 20150100055461-5

1 0105076734-6 00/00000000

EVANDRO BORBOREMA DE LIMA
RUA PROJETADA 548
CENTRO
58123000 BOA VISTA - PB

96401109491 QFJ5835/PB

GRAN MOTÓ & GRANDE MOTORES LTDA

NOVO PB 9C2KC1650FR206171

PAS/MOTOCICLETA/NÃO APLÍC ALCO/GÁSOL

HONDA CG 150 TITAN ESD

2 0/149 /CI PARTIC VERMELHA

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : KC1655P206111

BOA VISTA-PB 0105076734-6 29/05/2015

33375 33353

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N.º 011545378023
CERTIFICADO DE REGISTRO E PLACARIMENTO DE VEÍCULO
PRF 20150100055461-5

1 0105076734-6 00/00000000 2015

EVANDRO BORBOREMA DE LIMA

96401109491 QFJ5835/PB

NOVO PB 9C2KC1650FR206171

PAS/MOTOCICLETA/NÃO APLÍC ALCO/GÁSOL

HONDA CG 150 TITAN ESD 2015 2015

2 0/149 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 28/05/2015 VENC/COTAS

TAXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2^a
***** 0 3^a

PRÉMIO TARIFÁRIO 10% PREÇO TOTAL R\$ 1.350,00 DATA DE PAGAMENTO:
***** SEGURO PAGO 28/05/2015

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
A VÍTAGENS DE VIAGEM, PRESTRE OU PER SUE CARGA, PESSOAS E
TRANSPORTADAS CUSTO DE SEGURO DPVAT

PB N.º 011545378023 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NOVAMENTE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradora.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 29/05/2015

96401109491 QFJ5835/PB

01050767346 HONDA CG 150 TITAN ESD

2015 00/00 9C2KC1650FR206171

PRÉMIO TARIFÁRIO

PVS (R\$) CUSTO DE BILHETE (R\$) SABEMI SEGURADORA S/A

***** *****

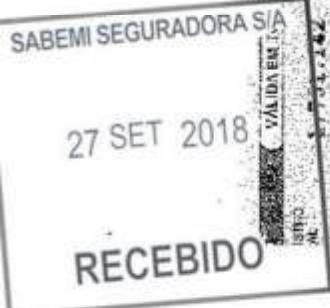
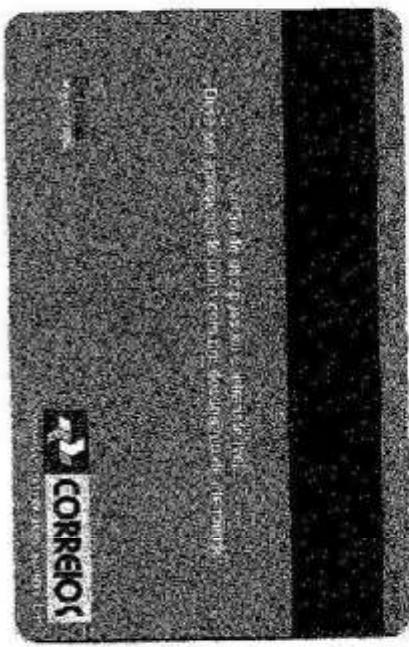
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0% PREÇO TOTAL PAGO 27 SET 2018

***** SEGURO PAGO 20/05/2015

SITUAÇÃO PAGAMENTO PAGO 27 SET 2018

***** PAGO 20/05/2015

CONTRATO DE SEGURO DPVAT
RECEBIDO





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180453171 **Cidade:** Cabaceiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDILSON LIMA SILVA **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180453171 **Cidade:** Cabaceiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDILSON LIMA SILVA **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Paula Dias Carneiro

CRM: 52730980

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180453171 **Cidade:** Cabaceiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDILSON LIMA SILVA **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E OCCLUSÃO DAS PALPEBRAIS NORMAIS.

Resultados terapêuticos: EXCELENTE CONSOLIDAÇÃO SEM DEFORMIDADES APARENTEIS NA FACE

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 15/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 5523

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180453171 **Cidade:** Cabaceiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDILSON LIMA SILVA **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E OCCLUSÃO DAS PALPEBRAIS NORMAIS.

Resultados terapêuticos: EXCELENTE CONSOLIDAÇÃO SEM DEFORMIDADES APARENTEIS NA FACE

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 15/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 5523

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180453171 **Cidade:** Cabaceiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDILSON LIMA SILVA **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E OCCLUSÃO DAS PALPEBRAIS NORMAIS.

Resultados terapêuticos: EXCELENTE CONSOLIDAÇÃO SEM DEFORMIDADES APARENTEIS NA FACE

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 15/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 5523

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA

Name: José Edilson Lima Silva

Nacionalidad Brasil Est. Civil União Estadual

Indentidade 2.532.822 CPF 045.115.374-02

Endereço Sítio Espinhais Nº S/N

Bairro Zona Rural Cidade Boa Vista Est. Pará

PROCURADOR:

Nome : José Ramos de Araújo Profissão: Téc. Em Radiologia

Nacionalidade: brasileira Est. Civil : Divorciado

Identidade : 718.406 SSP-PB

Endereço : Rua Vital Francisco da Silva N° 63 1º andar Centro Quicimadas - PB

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Credito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário medico, juntão a qualquer hospital. Para tanto requerer o que necessario for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da Vitima: *Ass. Edilson Lima Silveira*

77 de Agosto de 2018

Loca e Data

Jani Edithon Keina Silla

Assinatura do Beneficiario/Vitima

(reconhecer firma por autenticidade)

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO

<p>TABELIONATO DE NOTAS E OFICIO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS MATERIAIS DA VIDA VERA</p> <p>Notariais - Tabelionato de Notas e Ofícios</p>	<p>MUNICIPIO DA VILA COMARCA DE CAMPINAS - SÃO PAULO - BRASIL RUA VIEIRA DE OLIVEIRA, 1000 CEP 13050-000 Fone/Fax: (19) 3520-0000</p>
<p>Referência a firma de <u>para testemunha de nome</u> <u>Liberal, para auto certificado.</u></p>	
<p><u>Belo Horizonte</u> de <u>08</u> de <u>20</u> <u>18</u></p>	
<p><u>Notariais</u> <u>Belo Horizonte</u> R. Sem.</p>	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356421/18

Vítima: JOSE EDILSON LIMA SILVA

CPF: 045.115.374-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2018

JOSE EDILSON LIMA
SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91

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

JOSE EDILSON LIMA SILVA : 045.115.374-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/09/2018
Nome: JOSE EDILSON LIMA SILVA
CPF: 045.115.374-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDILSON LIMA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO