

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2017

Carta nº: 11936585

A/C: COSMO SILVA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170589890 ASL-0423525/17

Vitima: COSMO SILVA DOS SANTOS

Data Acidente: 22/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2017

Carta nº: 11950107

A/C: COSMO SILVA DOS SANTOS

Sinistro: 3170589890 ASL-0423525/17
Vítima: COSMO SILVA DOS SANTOS
Data Acidente: 22/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Carta nº 12043282

A/C: COSMO SILVA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170589890 ASL-0423525/17
Vitima: COSMO SILVA DOS SANTOS
Data Acidente: 22/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Carta n°: 12448991

A/C: COSMO SILVA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170589890
Vitima: COSMO SILVA DOS SANTOS
Data do Acidente: 22/07/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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: COSMO SILVA DOS SANTOS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000904

Conta: 0000048059-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

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





Seguradora Líder - DPVAT

Autorização do pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Cosmo Silva dos SantosPORTADOR(A) DO RG Nº 183419489EXPEDIDO POR SSP - PBEM 17/07/89CPF 53363486372 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ recurso (R\$ recurso) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Cosmo Silva dos Santos. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurado, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de serem apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou ETDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 0904 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000 335-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 0904 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000 335-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

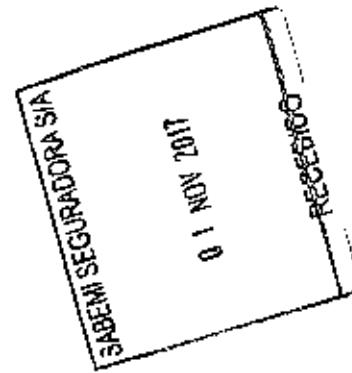
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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.dpvarsegurodatransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00506.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00506.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:06 horas do dia 13 de março de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Cosmo Silva dos Santos**, CPF nº 533.634.263-72, CNH nº 05518934758, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria de Fátima Silva dos Santos e Francisco Martins dos Santos, natural de Fortaleza/CE, nascido(a) em 24/10/1971 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luciano Leal Wanderley, Nº 182, complemento APTº 101, bairro Cuiá, tendo como ponto de referência Perto da Madereira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98709-5389.

Dados do(s) Fatos:

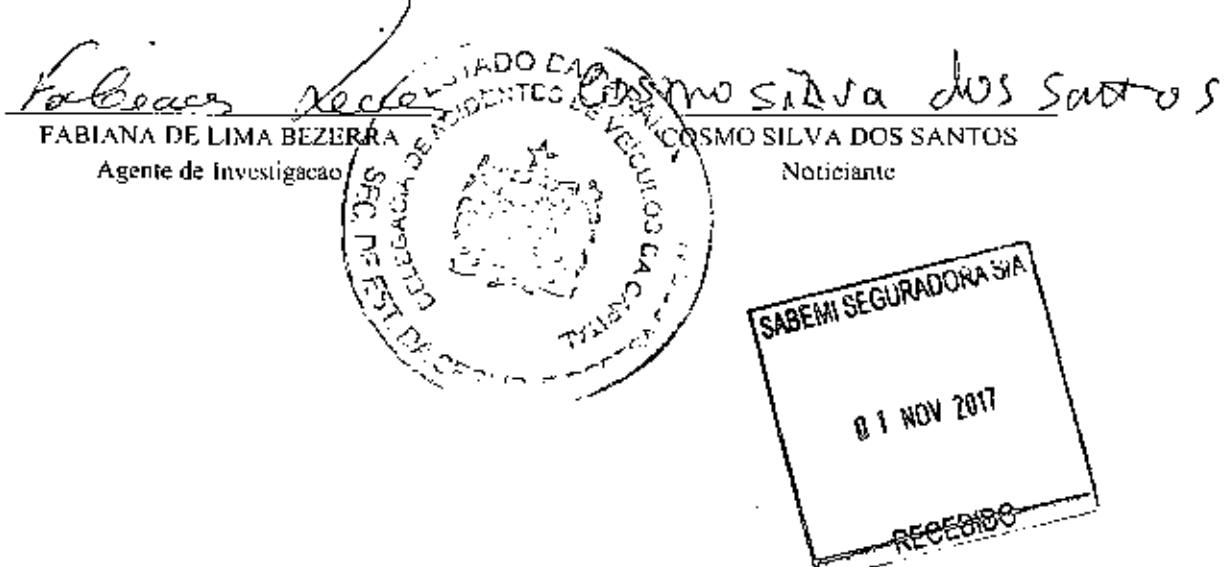
Local: Av. Flávio Ribeiro Coutinho, Perto da Farmácia Big Ben, João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/07/16 06:40h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 22.07.2016, por volta das 06h40, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG150 TITAN MIX EX, COR LARANJA, ANO 2010/2010, PLACA NQB1568/PB, CHASSI 9C2KC1640AR048702, REGISTRADA EM NOME DE MARIA DE FÁTIMA SOUZA DA SILVA, pela Av. Flávio Ribeiro Coutinho, Manaíra, nesta capital, quando passava em frente à Farmácia Big Ben, derrapou no asfalto molhado, vindo com isso, a cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1629/2016, EXPEDIDA PELO DRº SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 07.11.2016.

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

João Pessoa/PB, 13 de março de 2017.





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Josémo Silva dos Santos, portador da carteira de identidade nº 1834.194.89 e inscrito no CPF sob o nº 533.634.263-72, residente e domiciliado na rua: Buciano de Al Wamderly 380, AP-102 - Cuiabá, Cidade GOIAS 36500, Estado GOIAS, 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
- (a) 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 Lider 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.

Josémo Silva dos Santos

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Itararé, 31 agosto 2017
Local e data



COMPROVAÇÃO ATO DECLARATÓRIO



REDE MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA

HOSPITAL MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, 5/N

54256-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

icha Nr: 870777

Adv: Não Regulado

Data: 22/07/2016

Fora: 09:11:53

Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SANTOS

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: COSMO SILVA DOS SANTOS

Nut. Frontuário: 2016.07.001852

NS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 183419489 Fone: 987095389

End: ARACATI/CE Data Nasc.: 24/10/1971 Id: 44 ano(s)

End: RUA- NAO INFORMADO/ RESIDENCIAL JOSE FRANCISCO ,132CNS/ 706300733214372

Bairro: CUIA Cidade: JOÃO PESSOA UF :PB

Pai: FRANCISCO MARINS DOS SANTOS

Mae: MARIA DE FATIMA SILVA DOS SANTOS

Relação: AUTONOMO

INFORMAÇÕES DE ENTRADA

Respi: COSMO SILVA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: Responsável: 987095389 / IDENTIDADE: 183419489

Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: PACIENTE PARA AVALIAÇÃO CIRÚRGICA

Vítima de acidente por: ACIDENTE DE MOTO NO DIA 13/07 (QUEDA) EM MANAIRA

Vítima de violência por: AS 7:30HRS PROX A FARMACIA SIGSEM

Caso Policial

CONSULTA

Tipos de Classificação de Risco:

PA: 20 X 30 mm Hg

PC:

TP:

Pronto:

Alcira:

Exa:

IMC:

Circo. Abd:

O2%:

Sintoma Principal

Vítima de moto trauma

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsão |
| <input type="checkbox"/> Memorização | <input type="checkbox"/> Dispnéia |
| <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Choquado |
| <input type="checkbox"/> Vômito | |
| <input type="checkbox"/> Desacata | |

Exame - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente com HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOQUEIRO
48 DIAS ANTES COM FERIMENTO DE 6 CM X 1 CM PUNHAR

SOBRE

Diagnóstico

Conduz

Rx

Fratura 1/3 distal do Rodo

Horário da medicacão

Prescrição

Intervenções



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: 23/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: COSMO SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000048059-9

Nr. da Autenticação 946736CEB20D2A72



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edson Silva dos Santos

RG nº 1834194-89, data de expedição 17/07/89,
 Órgão SSP-PB, CPF nº 533.634.263.72, 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: Euzebio local Wanderley</u>
Número	<u>182</u>
Aptº / Complemento	<u>ap. 102</u>
Bairro	<u>Brasil</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de contato	<u>83-99342-1170/ 3512-8500/ 99105-5363</u>
E-mail	<u>edsonmatuca@banduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, PB, 21/08/2017

Edson Silva dos Santos

Assinatura do Declarante





ALEXANDRA CEGAR DINARTE
AV. JOSÉ SÁNCHEZ 109 - PENTRO
1000 PESEZ/1000 CEP 10000-0000/00-11

Customer ID: 00000000000000000000000000000000
Region: E. U. - 36-442
Customer ID: 000001230016

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

Contingente a

50280445-8

Canal de contacto

ក្រសួងពេទ្យ

10/05/2016

09/08/2016

CPP/CNPJ/RANI

2482/24974

FATURAS ENTRADAS

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Histórico de Consumo (kWh)

AB-76
78.112
Eg-10



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados 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 seguros, 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 ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Loismo Silva dos Santos de sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Loismo Silva dos Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

Alexandre Cesar Dutra
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 870777 Atd: Não Regulado
Data: 22/07/2016
Hora: 09:11:53
Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SANTOS
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: COSMO SILVA DOS SANTOS

Num. Prontuario: 2016.07.001852

CPF: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 183419489 Fone: 987095389

End: ARACATI/CE Data Nasc.: 24/10/1971 Id: 44 ano(s)

RES: RUA- NAO INFORMADO/ RESIDENCIAL JOSE FRANCISCO ,182CNS/ 706300733214372

Sairro: CUIA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Pai: FRANCISCO MARINS DOS SANTOS

Mae: MARIA DE FATIMA SILVA DOS SANTOS

Ocupação: AUTONOMO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: COSMO SILVA DOS SANTOS

CPF/Doc. Responsavel: 987095389 / IDENTIDADE: 183419489

Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: PACIENTE PARA AVALIACAO CIRURGICA

Vitima de acidente por: ACIDENTE DE MOTO NO DIA 13/07 (QUEDA) EM MANAIARA

Vitima de violencia por: AS 7:30HRS PROX A FARMACIA SIGBEX

(Caso Policial)

SABEMI SEGURADORA S/A

01 NOV 2017

RECEBIDO

CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

TIpo de Classificação de Risco:

PA: 20183 C1 R1 R2 R3 R4

- Aparentemente Bem Grave
 Politraumatizado Convulsao
 Hemorragia Disparenia
 Diarréia Agitado
 Regular Choquado
 Vomito

PC: TP:

Peso: Altura:

Sexo: IMC:

Sexo: Abd: 02%

Queda Principal

Exame - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com HISTÓRIA DE ACIDENTE motociclista
HA 2 DIAS APRESENTANDO DOR LATERAL EM PUNHO

50467-F2

Diagnóstico:

Conduta

X

Fratura 1/3 distal do Rodo

5

Procedimento:

Horario da medicacao

Do intervento

5

Nota da SABEMI
01 NOV 2017
CIA DE SEGURO
SABEMI SEGURADORA S/A



CERTIDÃO

Nº. 1629/2016

Atendendo solicitação de **EGUINALDO DA SILVA BATISTA JUNIOR** e de

acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 870777 e Prontuário nº 2016.07.001852 pertencente a **COSMO SILVA DOS SANTOS** que foi atendido dia 22/07/2016 às 09h11min, vítima de acidente de moto há dois dias apresentando trauma em punho esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura distal do rádio esquerdo. Submetido a procedimento cirúrgico dia 02/08/16 e alta médica dia 04/08/16.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de Novembro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





SABEMI SEGURADORA S/A

01 NOV 2017



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Name: Edmundo Filho dos Santos Data da Admissão: 22/07/96

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Bairro: _____

Sexo: P () M () Cor: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

QPD: for no prato esquenta após greve Data de Nascimento: / /

HDA: de arroz.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematemese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ HTFCirurgias: _____ JHTF[] HAS JDM TB HEP Dislipidemia Banho de Rio Casa de Taipa _____[] Trauma _____ Neo _____ Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura 1/3 distal do Rodo Equer*Conduta: *Inferiorizado protetor
Talo Aletoparalelo -**CB
13/07/2007*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edna filha do seculo</i>				Registro:
Idade: <i>44a</i>	Sexo: <i>Cor</i>	Cognitiva: <i>Alcool</i>	Clínica: <i>Alcool</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: <i>28/11/15</i>	Cirurgião: <i>Adelcio Soent</i>			1º Assistente: _____
2º Assistente: _____	3º Assistente: _____			Instrumentador: _____
Anestesista: <i>Adelcio Soent</i>	Tipo Anestesia: <i>Alcool</i>			Horário: I: _____ T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				
<i>Fibrose no dia distal</i>				
CID				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				
CID				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				
<i>Adelcio Soent</i>				
CÓDIGO				
<i>Adelcio Soent</i>				
<i>Adelcio Soent</i>				
SABEM/SEGURADORA SIA				
01 NOV 2017				
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	2 (<input type="checkbox"/>) Não	Descreva: _____
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	2 (<input type="checkbox"/>) Não	RECEBIDO
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:				
1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico				

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 21/11/16

Dr. Anderson A. Souza
CRM-PB 034500
03/11/2016

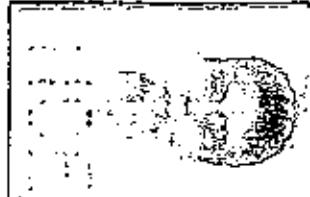
MEDICO/CRM



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Cosmo Silva dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 1034194-89 DATA DE EXPEDIÇÃO 17.07.69

NOME: COSMO SILVA DOS SANTOS

RESIDÊNCIA: Rua das Flores, 100, Centro, Aracati-CE

DATA DE NASCIMENTO: 24.10.72

CPF: 000.000.000-00

RG: 000-00000000

CART. DE ACASO: 000-00000000

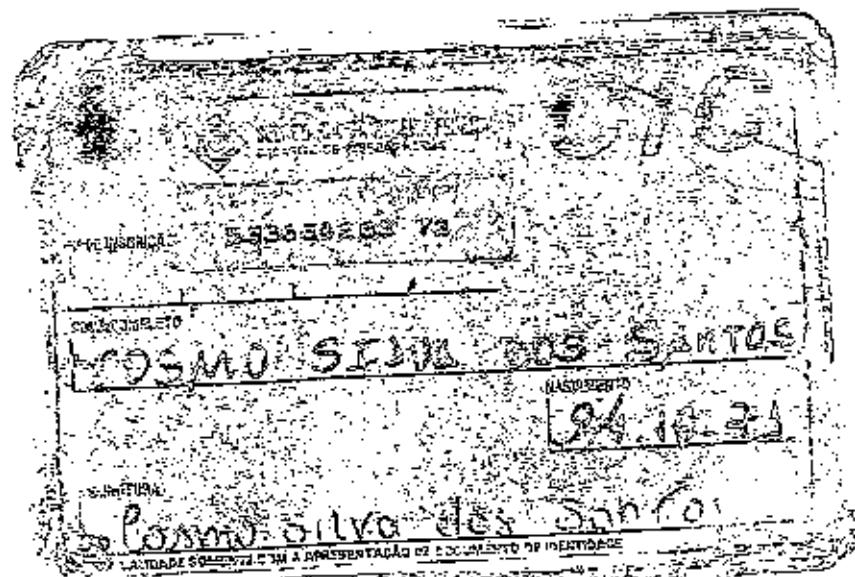
ASSINATURA DO TITULAR

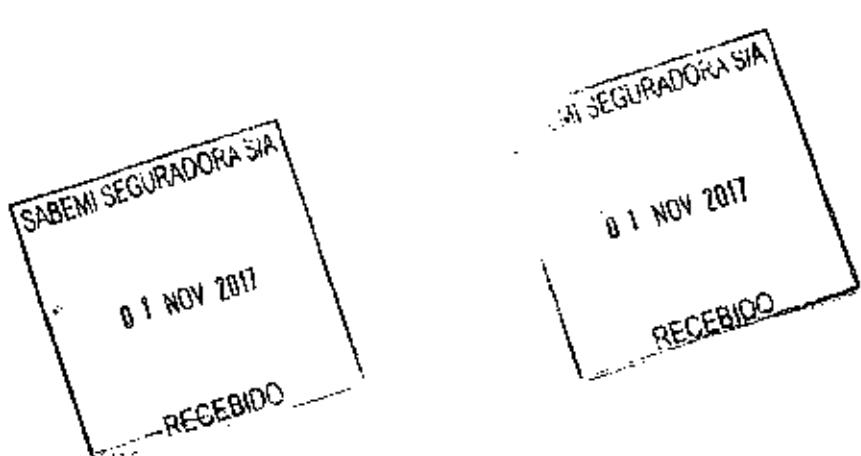
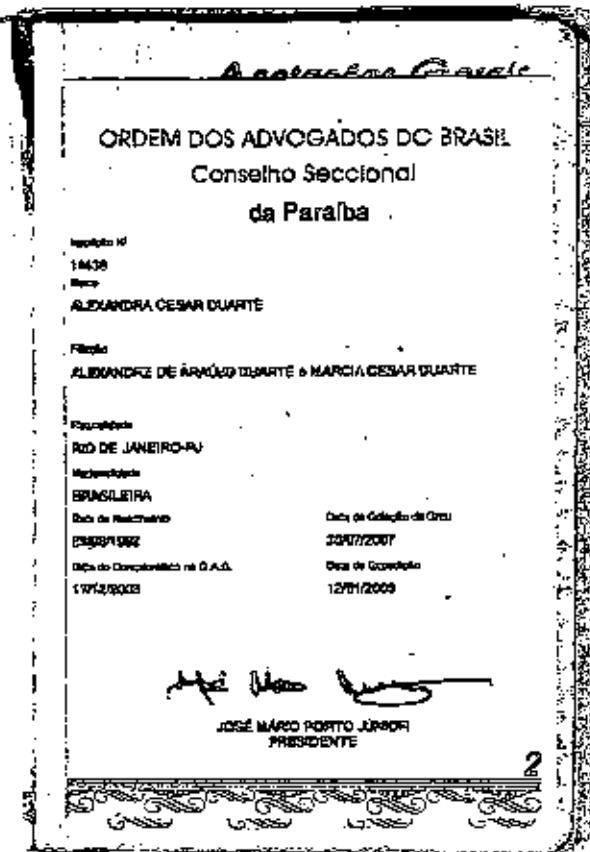
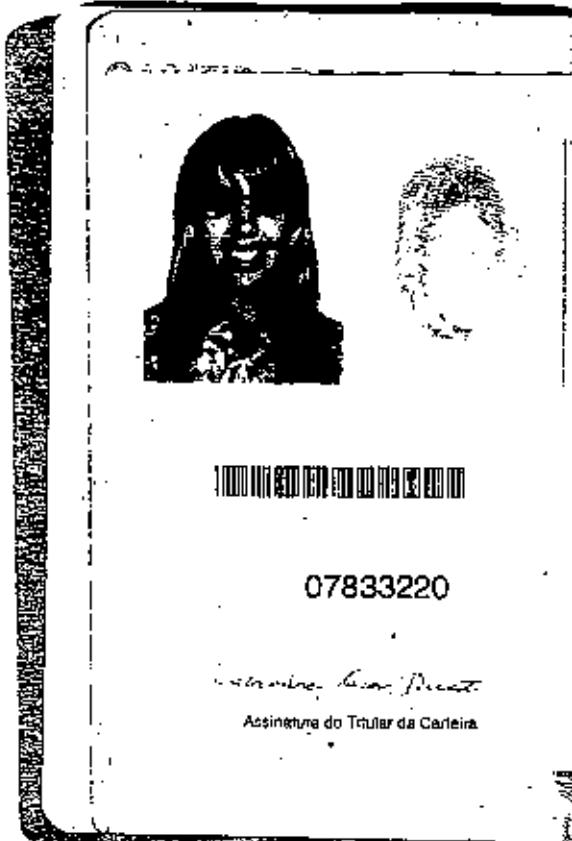
LEME Y FILS DE FOTOGRAFIA

SABENI SEGURADORA S/A

01 NOV 2017

RECEBIDO





BRASIL
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 046.502.754-74

Nome da Pessoa Física: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Data de Nascimento: 21/08/1982

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 16/03/2001

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 14:02:05; do dia 06/09/2016 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: F959.EC03.A7DD.BA5A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br,
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170589890 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMO SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / PUNHO ESQUERDO: 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170589890 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMO SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DISCRETA DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO
médico pericial: RESIDUAL DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

Resultados terapêuticos: TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIOS DE AÇO E FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

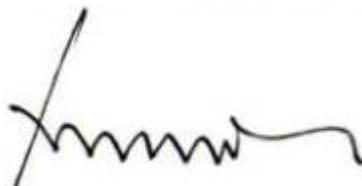
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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): **COSMO SILVA DOS SANTOS** Sinistro: **3170589890** Data: **22/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Luciano Leal Wanderley, 182, AP 02 - CUIA - João Pessoa - PB - CEP 58063-008**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[SSP /CE] 183419489**

Data local do exame: **[22/11/2017] 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 DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DISCRETA DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO RESIDUAL DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.**

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. **TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIOS DE AÇO E FISIOTERAPIA.**

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.

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção 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):
Punho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

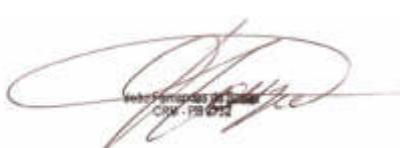
Região Corporal (Sequela):

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

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.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB