

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

105.796.354-22

Nome completo da vítima

Felipe de Assis G. Ferreira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Felipe de Assis G. Ferreira	CPF titular da conta 105.796.354-22	Profissão Padeiro
Endereço João Fernandes Vieira	Número 137	Complemento
Bairro Mandacaru	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email	CEP 58027-460	Telefone (DDD) 98663-4900

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

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

☒ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0904

D/V

CONTA

46974

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

D/V

CONTA

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 13 de novembro de 2018

Local e Data

Felipe de Assis G. Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

TO-ATENDIMENTO - Bairro de Mangabeira  
TA: 23/10/2018 HORA: 11:42:34  
RMINAL: 34871004 CONTROLE: 348710040361

ÊNCIA: 0904 - EPITACIO PESSOA  
NTA: 013.00046974-9  
IENTE: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

LDOS POR DATA LIMITE  
PÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
1/10	[REDACTED]

IVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

Setembro

1/09	211334	DP DIN LOT	[REDACTED]
1/09	211531	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/09	211818	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/09	180921	SAQUECORRESPONDENTE	[REDACTED]
1/09	180921	SAQUECORRESPONDENTE	[REDACTED]
1/09	240800	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/09	241439	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/09	241905	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/09	180924	SAQUECORRESPONDENTE	[REDACTED]
1/09	180924	SAQUECORRESPONDENTE	[REDACTED]
1/09	180924	SAQUECORRESPONDENTE	[REDACTED]
1/09	251351	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/09	180925	SAQUECORRESPONDENTE	[REDACTED]

Outubro

1/10	000000	REM BASICA	[REDACTED]
1/10	011751	DP DIN LOT	[REDACTED]
1/10	021255	DP DIN LOT	[REDACTED]
1/10	031436	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/10	041502	CP ELECTRO	[REDACTED]
1/10	050913	CP ELECTRO	[REDACTED]
1/10	061416	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/10	081004	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/10	081451	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/10	104005	DP DINH AG	[REDACTED]
1/10	101318	DP DIN LOT	[REDACTED]
1/10	111104	EST SQ LOT	[REDACTED]
1/10	111104	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/10	111105	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/10	000000	REM BASICA	[REDACTED]
1/10	000000	CRED JUROS	[REDACTED]
1/10	151321	DP DIN LOT	[REDACTED]
1/10	150848	SAQUE LOT	[REDACTED]

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180349672**

Vitima: **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA**

Data do Acidente: **06/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349672**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13180395



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA  
Nº Sinistro: 3180349672  
Vitima: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA  
Data do Acidente: 06/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349672**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13271268



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA**  
Nº Sinistro: **3180349672**  
Vitima: **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA**  
Data do Acidente: **06/01/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349672**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13386296



---

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Carta nº 13517664

A/C: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180349672 ASL-0277439/18  
Vitima: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA  
Data Acidente: 06/01/2018  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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 **COMPREV 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**





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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

105.796.354-22

Nome completo da vítima

Helipe de Assis Gomes Ferreira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Helipe de Assis Gomes Ferreira	105.796.354-22	Condutor
Endereço	Número	Complemento
João Fernandes Vieira	237	
Bairro	Cidade	Estado
Maradacaru	João Pessoa	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
Zeduardasilva@hotmail.com	58027460	99342-1170

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0909 D/V. CONTA NRO. 46974 D/V  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome. AGÊNCIA NRO. D/V. (Informar dígito se existir)

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

Belem 13 de Julho de 2018

Local e Data

Helipe de Assis Gomes Ferreira  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01283.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01283.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:36 horas do dia 11 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Felipe de Assis Gomes Ferreira**, CPF nº 105.796.354-22, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão **Padeiro**, filho(a) de Josefa Gomes Ferreira e Francisco de Assis Ferreira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 09/10/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) João Fernandes Vieira, Nº 137, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Estádio de Futebol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99843-6479.

**Dados do(s) Fatos:**

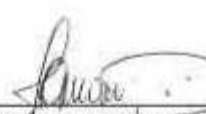
Local: Feliciano Pedrosa, Fabrica Três de Maio, Fabrica Três de Maio, Belém/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/01/18 14:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE segundo o notificante, no dia 06/01/2018, por volta das 14:00 horas, quando transitava pela rua: Feliciano Pedrosa, na cidade de Belém/PB, que nesta ocasião estaria conduzindo um veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: **HONDA/CG 150 FAN -ESI**, ano e modelo: 2013 de cor preta, placa: **OFX 4005/PB**, Chassi nº **9C2KC1670DR479815**, registrado em nome de **Ozmary Francisca dos S. Soares**, CPF nº **079.716.854-80**; QUE segundo o notificante transitava normalmente em sua mão pela direita, e ao tentar fazer uma ultrapassagem a um veículo Gol Bola de cor preta, não sabendo especificar a placa do mesmo; QUE segundo o notificante esteve veículo que era conduzido por uma senhora mudou de faixa para adentrar a esquerda sem sinalizar, fazendo com que o notificante viesse a colidir na lateral esquerda do veículo da mesma; QUE devido ao fato veio a cair ao chão onde foi socorrido por ambulância para o hospital Regional de Belém /PB, e depois para João Pessoa /PB; devido a lesão sofrido; conforme CERTIDÃO Nº 0844/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 15.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 11 de julho de 2018.

  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS 0 JUL. 2018  
Agente de Investigação

  
FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA  
Noticiante

**PROTÓCOLO**  
**16. JULHO 2018**  
**16. JULHO 2018**



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 <u>Felipe de Jesus Gomes Farias</u>	CPF da Vítima <u>305.196.351-22</u>	Data do Acidente <u>06-01-18</u>
--	--	-------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º da 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.

Belém, 13 de Julho de 2018

Local e Data

Felipe de Jesus Gomes Farias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## CERTIDÃO

Nº. 0844/2018

Atendendo solicitação de **ALEXANDRE CESAR DUARTE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritry, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº92161 e prontuário Nº2018.01.0770, pertencentes a **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA** que foi atendido dia 06/01/2018 às 16H53min vítima de colisão, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos do antebraço esquerdo. Realizado cirurgia dia 09/01/2018 e alta medica dia 11/01/2018

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

João Pessoa, 15 de junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



# 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: 13/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000046974-9

---

Nr. da Autenticação A735E3D2E6ECD472



Ne. Folia 2014, 1, 1123  
doi:10.3390/fo11231123

0890085			
SPO - R - 67-117	Approved by	Signature	CPE/CNPI/RANI
Jul / 2018	10/07/2018	09/08/2018	2124030442
Alicia M. S. S. S. S.			5/217654-3

Anterior		Atual		Consumo		Dif.	
Data	Leitura	Data	Leitura				
01/01/18	11900	10/01/18	12118				
<p>CL - CACERES</p> <p>Consumo Teórico (m³) = 119,00</p> <p>Consumo Real (m³) = 121,18</p> <p>Diferença (m³) = 2,18</p>							
001	Consumo em kWh	159.000,00	117,51	117,51	27	1,75	2,18
001	Adic. 3. Veredito		11,67	11,67	12	3,22	2,18
LARGUEMENTOS E SEQUELOS							
007	CONTRO. SERV. LUM. PUBL. CA		5,13	0,00	3	4,13	2,18

CCI Dodge de Classificação do Item	TOTAL	104.56	29.30	34.30	133.15	0.00	0.00
------------------------------------	-------	--------	-------	-------	--------	------	------

185 06/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 134,56

Historical Consumption (kWh)									
114	125	147	174	176	160	171	186	191	187
Jan13	Apr13	Jul13	Oct13	Nov13	Dec13	Jan14	Feb14	Mar14	Apr14

ac55.72be.bfad 9562.9681 a3ae 1571 02d1

[illegible]

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

13/11/2013 14:09

PARABE  
L'IMPRESA - 216 - 1380  
Matricola 217554-20-8-07-

VENGIMENTO TOTAL A PAGAR  
06/08/2018 R\$ 134,56

33610000001-4 34560149000-5 37170542018- 07800000-018

PROTOCOLLO  
30 JUL 2008  
G. IORIO



JOSE EDUARDO DA SILVA

R. ALFREDO LOPES COSTA DE MATEUS, 154 - JARDIM

PARANAGUA - PR

SAC: 0800-0140000

Código

907/014555647

Data de Emissão

10/07/2018

Valor

423,34

CPF/CNPJ

45553602491

Forma de Pagamento

BOLETO BANCÁRIO

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

## Importante:

Seu plano de TV a cabo é transmitido sempre atualizado. Assim, não há necessidade de troca de aparelho. Aproveite a qualidade de transmissão de sua conexão NET, de acordo com a velocidade mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratada.

## Minha NET:

☐ INICIAL HD COMFORTO FIDELIDADE

☐ NET VIRTUA+ MEGA FIDELIDADE

☐ SERVIÇOS MÓVEIS

Descrição

Total



NET TV

44,99



NET Virtua+

64,99



Serviços Móveis

312,91

Itens Eventuais

0,45

Total

423,34

## NET TV

Resumo NET TV

Serviço de TV a Cabo (incluindo TV INICIAL HD COMFORTO FIDELIDADE) 44,99

Subtotal NET TV 44,99

Total NET TV 44,99

## NET VIRTUA+

Resumo NET VIRTUA+

Serviço de TV a Cabo (incluindo NET VIRTUA+ MEGA FIDELIDADE) 64,99

Subtotal NET VIRTUA+ 64,99

Total NET VIRTUA+ 64,99

## Serviços Móveis

Resumo Serviços Móveis

Total Serviços Móveis 312,91

## Itens Eventuais

Encargos, Multas, Juros

Juros Pagos em Atraso 0,45

Multa 0,00

Sub-Total Encargos e Multas 0,45

Total Itens Eventuais 0,45

NET Serviços de TV a Cabo é uma empresa de telecomunicações, especializada em fornecer serviços de TV a Cabo e Internet. A NET Serviços de TV a Cabo é uma empresa de telecomunicações, especializada em fornecer serviços de TV a Cabo e Internet. A NET Serviços de TV a Cabo é uma empresa de telecomunicações, especializada em fornecer serviços de TV a Cabo e Internet.

Para mais informações, consulte o site [www.net.com.br](http://www.net.com.br) ou ligue 0800-0140000. A NET Serviços de TV a Cabo é uma empresa de telecomunicações, especializada em fornecer serviços de TV a Cabo e Internet. A NET Serviços de TV a Cabo é uma empresa de telecomunicações, especializada em fornecer serviços de TV a Cabo e Internet.

Para mais informações, consulte o site [www.net.com.br](http://www.net.com.br) ou ligue 0800-0140000. A NET Serviços de TV a Cabo é uma empresa de telecomunicações, especializada em fornecer serviços de TV a Cabo e Internet. A NET Serviços de TV a Cabo é uma empresa de telecomunicações, especializada em fornecer serviços de TV a Cabo e Internet.



Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

Identificação para Débito: NET SERVIÇOS 9070145556476

Mês Referência: Junho 2018

Valor: 423,34

84630000004-5 23340296201-0 80710907000-1 00138358461



001/DC-4

THIS DOCUMENT CONTAINS NEITHER RECOMMENDATIONS NOR CONCLUSIONS OF THE NATIONAL BUREAU OF STANDARDS. IT IS THE PROPERTY OF THE NATIONAL BUREAU OF STANDARDS AND IS LOANED TO YOUR INSTITUTION; IT AND ITS CONTENTS ARE NOT TO BE DISTRIBUTED OUTSIDE YOUR INSTITUTION.



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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Felipe de Assis Gomes inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 105.796.354-22 do sinistro de DPVAT cobertura sem validade da vítima  
Felipe de Assis Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.796.354-22, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

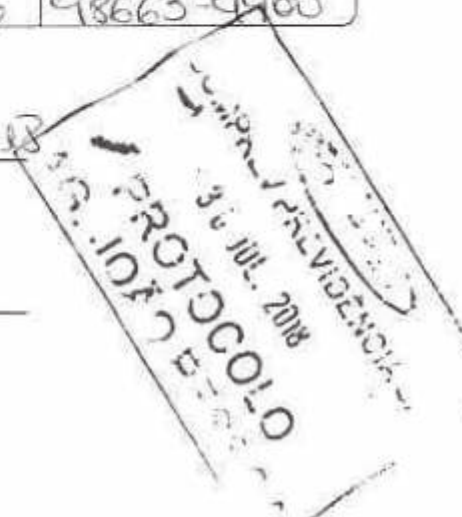
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Agente Fiscal Jose E. Duarte		Número	157	Complemento	- sala-6
Bairro	Manoel Pereira	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP
Email	zeduardosilva@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	99342-1170	Telefone celular (DDD)	98663-4900

João Pessoa 27 de Julho de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ozemaury Francisca dos Santos Soares,  
RG nº 3291350, data de expedição 20/04/2004  
Órgão SSP - PB, portador do CPF nº 079416864-80, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
João Fernandes Vieira, nº 137,  
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 Felipe de Assis Gomes Ferreira cujo o condutor era  
Felipe de Assis Gomes Ferreira  
Veículo: moto  
Modelo: HONDA CG 150 FAN  
Ano: 2013  
Placa: QFX-4005  
Chassi: 9C2KE1670 DR 479815  
Data do Acidente: 06-01-18  
Local e Data: Belém, 13-07-18

Ozemaury Francisca dos Santos Soares  
Assinatura do Declarante

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



SERVIÇO NOT. E REG. M.º GUEDES A. CARVALHO  
Rua SOLON DELUCENA, 182, CENTRO, Belém - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
OZEMARY FRANCISCA DOS SANTOS SOARES

Dou fe: Belém/PB - 13/07/2018

Substituta: LUCIA HELENA ARAGÃO ALCOFORADO DE CARVALHO

Selo Digital: AG/95628-ZXSU

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jf.br>

Brasão: R\$ 9,51 / S\$ 23,64 / KAHLEN R\$ 6,28 / MTRC / SEEPURS 1,75







SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE MORM-BR.

**ENCAMINHAMENTO**

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Tramuntana  
UNIDADE DE ORIGEM: PS de Belém  
NOME DO PACIENTE: Felipe de Almeida  
PROCEDÊNCIA: Belém

Pacientes com transtornos no sentido  
braço exposto - sinais clínicos de fratura



Dr. Josmarino L. de Oliveira  
CRM 528-PS - CBO 2231P  
CBO. 2231 - 22.02

**MÉDICO (A)**

06 of 20



**DECLARAÇÃO**

Declaro para fins de direito que, o senhor, **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA**, brasileiro, solteiro, padeiro, portador do RG: 3.894.244 SSDS/PB, residente e domiciliado na **Rua: Abdias Machado – Nº 365, Município de Belém – PB**. Foi atendido no Ambulatório desta Unidade Hospitalar no dia 06/01/2018. Conforme cópia da ficha em anexo.

Belém-PB, 03 de Julho de 2018



**ILDEVANIA DE SOUZA RODRIGUES DEOCLECIANO**

**Diretora Geral**

CODIGO DA UNIDADE: 2613301 CGC/CPF: 08.778.268/0024-57  
NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE BELÉM  
ID.: RUA PROJÉTADA, 12  
INÍCIO: BELÉM ESTADO: PARAIBA UF: 25  
NOME: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA  
RACIA/COR: PARDA  
Data de Nascimento: 09/10/1993 Idade: 24 ano(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade Sexo: M  
Nome: JOSEFA GOMES FERREIRA  
Profissão: NÃO INFORMADA Documento:  
Endereço: RUA ABDIAS MACHADO  
Bairro: CENTRO  
Início/CEP/IBGE: BELEM - PB - 58255000 - 250190  
Telefone para contato (00) 0000-0000 CNS: 898002351439335  
Data e Hora: 06/01/2018 13:52:49

PROT 000000000000  
30 JUL 2018  
Nº 565  
CADASTRO 170706

- 01 - ELETIVO  
02 - URGÊNCIA  
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO  
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENFERMIDADES

SSVV  
SO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com traumatismo no ombro esquerdo - lesões de pele

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA  
2. APLICADA  
OBSERV  
OUTRO H

SERVIÇOS REALIZADOS

1. 0 3 0 1  
2.  
3.

ASS. DO(S) PROFISSIONAL

MÉDICO  
JOSINALDO LEMOS DE OLIVEIRA

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARRIBELO

PCIONISTA: LUCIMIER GAMA

## CERTIDÃO

Nº. 0844/2018

Atendendo solicitação de **ALEXANDRE CESAR DUARTE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burit, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº92161 e prontuário Nº2018.01.0770, pertencentes a **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA** que foi atendido dia 06/01/2018 às 16H53min vítima de colisão, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos do antebraço esquerdo. Realizado cirurgia dia 09/01/2018 e alta medica dia 11/01/2018

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

João Pessoa, 15 de junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA QUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (53) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Hora: 16:53:16

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAL

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.000770

CNS: 898002351439335 Sexo: M CARTAO SUS: 898002351439335 Fone: 999149954

Natural: BELEM/PB Data Nasc.: 09/10/1993 Id: 24 ano(s)

End.: RUA JOAO FERNANDES VIEIRA, 137

Bairro: ALTO DO CEU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEFA GOMES PEREIRA

Pai: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA

Raca: Parda Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PADEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

Te' Doc. Responsavel: 999149954 / CARTAO SUS: 898002351439335

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP. DE BELEM

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Uma de acidente por: CONDUT. - BELEM

Vitima de violencia por: COLISAO - 14H00

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Qua a Principal

TRAUMA EM MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

[ ] Conduta

Prescricao

[ ] Horario da medicacao



-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
-----

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia

☐ Transferido

☐ Desistencia

☐ UTI

☐ Alta a pedido

☐ Enfermagem

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

*X* *João Paulo Pereira*  
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Roberto de Assis Lopes Data da Admissão: 06/01/18  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QPD: Depressão em tratamento  
HDA: \_\_\_\_\_

Prontuário fechado por falta de  
de um de Arquivos

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ Dorido ☐ Sudores  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoco: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

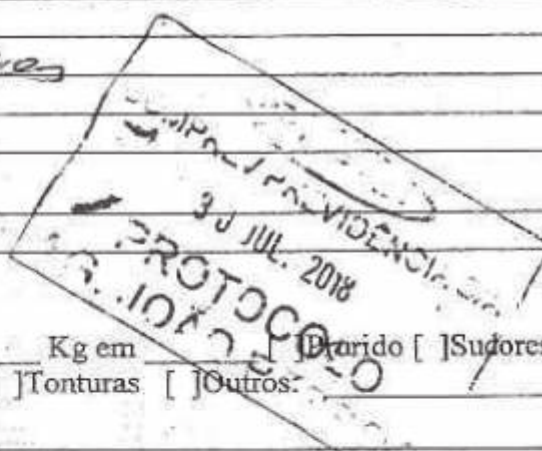
AR e ACV: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náusea  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: \_\_\_\_\_

SME: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-reposuo ☐ Deformidade  
☐ 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: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rios [ ] Casa de Taipa [ ] HTF

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_



Antecedentes Familiares:

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_

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: *Id*

Hipóteses Diagnósticas: *Infarto de miocárdio de Anterior*

Conduta: *Tratamento hospitalar*





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

- (1) Pcte em DDH - no bloqueio preso
- (2) Garante o nível da bacia
- (3) Asseto + antissep + CLE

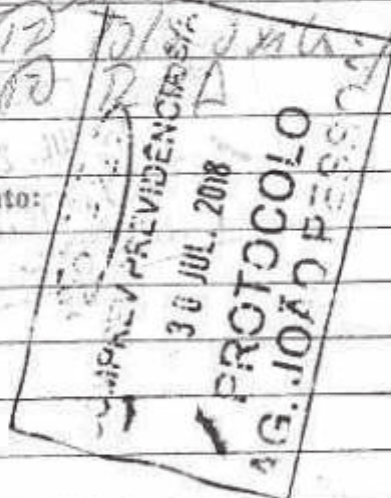
**Incisão:** (4) Incisão via CLE Thompson por ploma  
CLE 0370

**Achados:** (5) Visualização da fratura distal de rádio  
(6) Colocação de placa DCP de 7 furos e  
fixação com parafusos cortiz  
3x18 + 3x20 (no supra)

**Condução:** (7) Tracção longitudinal nos bordos ulnar  
e redução cruenta  
(8) Colocação de placa 1/3 com 5 furos  
(9) Fixação com parafusos cortiz 3x18  
1x16 1x20 e 1x24 esponjoso  
(10) Sutura por ploma  
(11) Curativo

**Fechamento:**

**OBS:**



**Data:** 09.01.18

Dr. João Paulo Fernandes  
 Ortopedia - Traumatologia  
 Cirurgia do Joelho  
 CRM 6827 / RDT 14247  
**MÉDICO/CRM**





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Felipe de Assis Góes Fereiro		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
			ORTO	11	142
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
06/04/18		11/04/18			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Fractura dos ossos do antebraço e do					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O útero					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
E.F. + Radiográfico					
PROCEDIMENTO REALIZADO					
RAFI					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANALG + ANTALGÉICO					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO P.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA					
<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO					
História, evolução, terapêutica, complicações					
Paciente chegou ao posto de saúde com dor no antebraço e no ombro direito. Queixando-se de dor de intensidade moderada a forte. Foi realizado o exame físico e radiográfico. Foi diagnosticada a fratura dos ossos do antebraço e do ombro direito. Foi realizada a cirurgia de urgência. O paciente evoluiu bem, sem complicações. Foi alta com medicação analgésica e anti-inflamatória.					
DIETA: Livre.					
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>epidural 50mg + analg + anti-inflamatório.</u>					
RETORNO					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.					
Ao Ambulatório do <u>Dr. Indoleus Bello</u> em <u>30 dias</u> para revisão. <u>15 dias.</u>					
DATA <u>11/04/18.</u>					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





GOVERNO  
DA PARÁ

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE BELÉM-PB.

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Transmissão  
UNIDADE DE ORIGEM: PS de Belém  
NOME DO PACIENTE: Felipe de Almeida  
PROCEDÊNCIA: Belém

Paciente com traumatismo no antebraço esquerdo - sinais clínicos de fratura



Dr. Josivaldo L. de Oliveira  
CRM - 100388390540003  
CRM 624-PB - CBO 2231T

MÉDICO (A)

BELÉM, 06 de 01 de 2018

**DECLARAÇÃO**

Declaro para fins de direito que, o senhor, **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA**, brasileiro, solteiro, padeiro, portador do RG: 3.894.244 SSDS/PB, residente e domiciliado na **Rua: Abdias Machado – Nº 365, Município de Belém – PB**. Foi atendido no Ambulatório desta Unidade Hospitalar no dia 06/01/2018. Conforme cópia da ficha em anexo.

Belém-PB, 03 de Julho de 2018



**ILDEVANIA DE SOUZA RODRIGUES DEOCLECIANO**

**Diretora Geral**





## CERTIDÃO

Nº. 0844/2018

Atendendo solicitação de **ALEXANDRE CESAR DUARTE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritry, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº92161 e prontuário Nº2018.01.0770, pertencentes a **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA** que foi atendido dia 06/01/2018 às 16H53min vítima de colisão, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos do antebraço esquerdo. Realizado cirurgia dia 09/01/2018 e alta medica dia 11/01/2018

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

João Pessoa, 15 de junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA QUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (53) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Hora: 16:53:16

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAL

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.000770

CNS: 898002351439335 Sexo: M CARTAO SUS: 898002351439335 Fone: 999149954

Natural: BELEM/PB Data Nasc.: 09/10/1993 Id: 24 ano(s)

End.: RUA JOAO FERNANDES VIEIRA, 137

Bairro: ALTO DO CEU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEFA GOMES PEREIRA

Pai: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA

Raca: Parda Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PADEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

Te' Doc. Responsavel: 999149954 / CARTAO SUS: 898002351439335

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP. DE BELEM

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Uma de acidente por: CONDUT. - BELEM

Vitima de violencia por: COLISAO - 14H00

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Qua a Principal

TRAUMA EM MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

[ ] Conduta

Prescricao

[ ] Horario da medicacao



-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
-----

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia

☐ Transferido

☐ Desistencia

☐ UTI

☐ Alta a pedido

☐ Enfermagem

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

*X* *João Paulo Pereira*  
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Roberto de Assis Lopes Data da Admissão: 06/01/18  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QPD: Depressão em tratamento  
HDA: \_\_\_\_\_

Prontuário fechado por falta de  
de um de Arquivos

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ Dorido ☐ Sudores  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoco: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

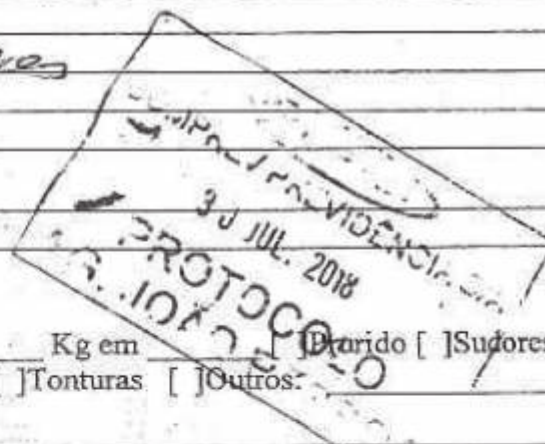
AR e ACV: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náusea  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: \_\_\_\_\_

SME: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidade  
☐ 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: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rios [ ] Casa de Taipa [ ] HTF

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_



Antecedentes Familiares:

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_

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: *Pol*

Hipóteses Diagnósticas: *Fat. m. de vasos de Arterio*

Conduta: *Trat. hipert*



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Felipe de Assis Gomes</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>09/01/18</u>	Cirurgião: <u>O Indelino Paello</u>			1º Assistente: <u>Roberto Jr</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura dos ossos do antebraço e

552.5

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

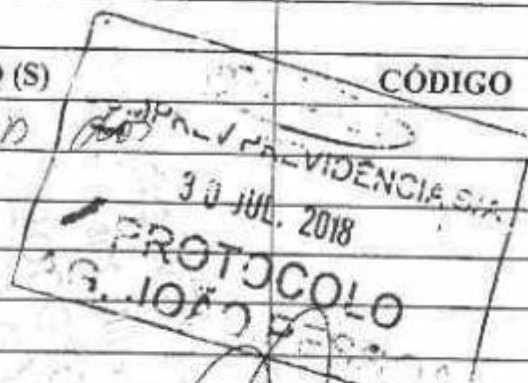
CID

Não há

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Tratamento cirúrgico de fratura  
dos ossos do antebraço e



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

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

- (1) Pcte em DDH - no bloqueio preso
- (2) Garante o nível da bacia
- (3) Asseto + antissep + CLE

**Incisão:**

- (4) Incisão via CLE Thompson por ploma  
CLE 0370

**Achados:**

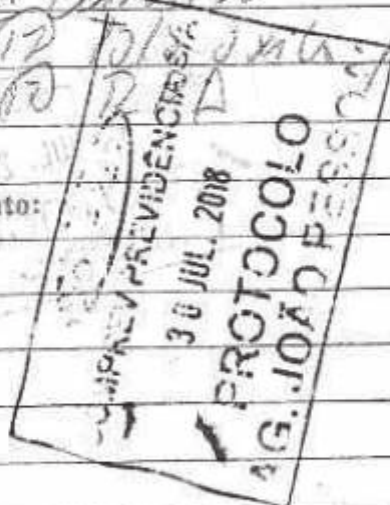
- (5) Visualização da fratura distal de rádio e redução cruenta
- (6) Colocação de placa DCP de 7 furos e fixação com parafusos cortiz 3x18 + 3x20 (no supra)

**Conduta:**

- (7) Tracção longitudinal nos bordos ulnar e redução cruenta
- (8) Colocação de placa 1/3 com de 5 furos
- (9) Fixação com parafusos cortiz 3x18 1x16 1x20 e 1x24 esponjoso
- (10) Sutura por ploma
- (11) Curativo
- (12) Tala gesso
- (13) R

**Fechamento:**

**OBS:**



Data:

09.01.18

Dr. João Paulo Fernandes  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 6827 / RDT 14247

MÉDICO/CRM





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Felipe de Assis Góes Fereiro		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
			ORTO	11	142
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
06/04/18		11/04/18			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Fractura dos ossos do antebraço e do					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O útero					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
E.F. + Radiográfico					
PROCEDIMENTO REALIZADO					
RAFI					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANALG + ANTALGÉICO					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO P.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA					
<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO					
História, evolução, terapêutica, complicações					
Paciente chegou ao posto de saúde com dor no antebraço e no ombro direito. Queixando-se de dor de intensidade moderada a forte. Foi submetido a cirurgia de urgência e do antebraço e do ombro direito.					
DIETA: Livre.					
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: analgésicos e anti-inflamatórios.					
RETORNO					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.					
Ao Ambulatório do Dr. Indoleus Bello em 30 dias para revisão. 15 dias.					
DATA				ASS. MÉDICO / CRM	
11/04/18.				Dr. Leonardo Bello	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

**Dra. Arleide Andrade Medeiros**  
**CRM/PB 11.289**

Paciente: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA.

**LAUDO MÉDICO.**

O paciente FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA, foi vítima de acidente de trânsito em 06/01/2018, em decorrência do qual sofreu trauma em membro superior esquerdo, fratura nos ossos do antebraço esquerdo.

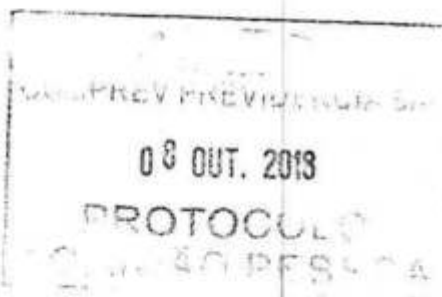
Conduzido à unidade de saúde, o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico em 09/01/2018, onde foi realizada a aposição de placas metálicas e parafusos corticais, conforme relatório cirúrgico.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se a intensa limitação motora oriunda da extensão das lesões sofridas, reduzindo a capacidade do paciente para o normal exercício de suas atividades habituais e cotidianas.

CID 10: S52.5

João Pessoa, 01 de outubro de 2018.

  
Dra. Arleide Andrade Medeiros  
Médica  
CRM/PB 11.289





LEI Nº 7.118 DE 26/08/98

ASSINATURA DO DIRETOR

JOÃO PESSOA - PB

105.796.354-22

CPF: CARTORIO JOAO PESSOA - PB

NASC. N. 72355 FLS. 276V LIV. A-69

DATA DE NASCIMENTO 09/10/1993

BELEM - PB

NATURALIDADE

FILIAÇÃO FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA

JOSEFA GOMES FERREIRA

NOME FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

3.894.244 - 2 VIA

DATA DE EMISSÃO 26/07/2011

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA DIP-143

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





Felipe de Assis Gomes Ferreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROVIDENCIA SIA

30 JUL. 2018

PROTOCOLADO

49.10707 PESSOA

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05701485



2000年12月15日



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOCACAO

0101

JOSE EDUARDO DA SILVA

2005

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

800-222-2222

2478-11 9-12-91DS

JOÃO PESSOA-PB

5270411967

22

CS4 SS2 - ESP/PZ

435 534 534-91

2018年10月10日

No. 1098-16

412

*Nat'l. Nigerian Society* 751047268  
VITA BIRTHDAY CARD  
NAT'L NIGERIAN SOCIETY

WITNESSES:  
JAMES H. HARRIS  
JAMES H. HARRIS

PROTOCOLLO  
30 JUL. 2018  
S.G. IDA 2 B-1000

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349672 **Cidade:** Belém **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA **Data do acidente:** 06/01/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE RADIO E ULNA ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. ARLEIDE ANDRADE MEDEIROS, CRM 11289, EM 01/10/2018.

## 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA


**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277439/18

Número do Sinistro: 3180349672

Vítima: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

CPF: 105.796.354-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/01/2018

Titular do CPF: FELIPE DE ASSIS GOMES  
FERREIRA

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

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

### 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](http://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: 18/09/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

\_\_\_\_\_  
JOSE EDUARDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

  
\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349672 **Cidade:** Belém **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA **Data do acidente:** 06/01/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE RADIO E ULNA ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. ARLEIDE ANDRADE MEDEIROS, CRM 11289, EM 01/10/2018.

## 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349672 **Cidade:** Belém **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA **Data do acidente:** 06/01/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO E LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM ATUAIS, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

### 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



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277439/18

**Número do Sinistro:** 3180349672

**Vítima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**CPF:** 105.796.354-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/01/2018

**Titular do CPF:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 18/09/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277439/18

**Número do Sinistro:** 3180349672

**Vítima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**CPF:** 105.796.354-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/01/2018

**Titular do CPF:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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](http://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: 08/10/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA