

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2017

Carta nº: 11083240

A/C: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170295734 ASL-0205331/17
Vitima: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO
Data Acidente: 24/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta nº: 11107019

A/C: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO

Sinistro: 3170295734 ASL-0205331/17
Vítima: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO
Data Acidente: 24/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2017

Carta nº: 11213316

A/C: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO

Sinistro: 3170295734 ASL-0205331/17
Vítima: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO
Data Acidente: 24/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000044103-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: Francisca Lúcia da Silva Casemiro
PORTADOR(A) DO RG Nº 2048954 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 13/04/1994 E
CPF 093651264-13 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Do. Povo
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisca Lúcia da Silva Casemiro 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 segurador, 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 forma alguma, ser 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 LTDA;
- 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 POUPANÇA 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 como documento 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 no 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 multibanco com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

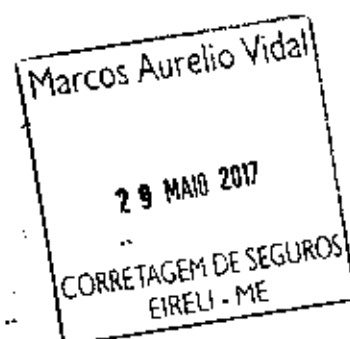
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0558 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013/44103-8

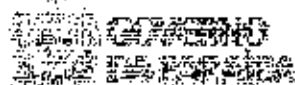
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Souza PB 19 de maio de 2017 x Francisca Lúcia da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO Casemiro

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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGATIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA
Rua Thaddeus, nº 05, Centro - CEP 56.600-556 / Fone: (33) 3502-5538

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 261/2017

Verando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO

Data e hora do fato: 24/03/2017, às 10h 30min

Local do ocorrido: PB 246, em frente ao Posto Barrozo, Sousa/PB.

Data e hora em que a delegacia tomou conhecimento: 19/05/2017, às 14h 15min

COMUNICANTE: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO, solteira **, Filiação: Francisco Gonçalves Casemiro e da Rita de Cassia e Silva, Profissão: autônoma, Estado Civil: separada, Nacionalidade: Sousa - PB, Nacionalidade: brasileiro, Data de Nascimento: 15.05.1975, Endereço Residencial: Rua Augusto Marcos Seixas, 3N, Gato Preto, Sousa - PB, Endereço Profissional: **, Telefone: 9.9134-5038, Portador de CI/RG nº: 2.048.954 - SSP/PB, Título Eleitoral **, CPF 028.651.264-13, CNH **.

VÍTIMA: a comunicante.

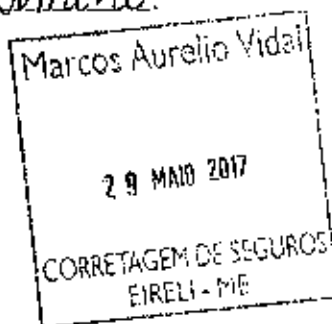
HISTÓRICO: QUE a comunicante informa que no dia 24/03/2017, por volta das 10hs30min, trafegava na moto HONDA BIZ 110L, 2016/2015, cor vermelha, placa QFM 9045/PB, chassi 9C2AC7000GR105563, licenciada em nome do seu companheiro JULIERME ARAUJO FERREIRA e no momento que passava pela PB 246, em frente ao Posto Barrozo, nesta cidade de Sousa, perdeu o controle ao passar por uma lombada e caiu da moto; QUE foi socorrida pelo SAMU para o Hospital Regional desta cidade de Sousa, posto que sofreu uma fratura no punho esquerdo e luxação no ombro esquerdo; QUE a comunicante informa que passou por uma cirurgia no punho esquerdo, ficando internada 03 (três) dias no Hospital; QUE no dia de hoje, 19.05.2017, se dirigiu a esta delegacia para registrar a ocorrência e dar entrada no Seguro DPVAT. Ciente ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e criminais a que estará sujeito, caso o quanto aqui declarar não seja estritamente a verdade.

SOUSA - PB, 19 de maio de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. VICENTE HONORIO FILHO

COMUNICANTE: Francisca Lucia da Silva Casemiro

ESCRITÃO:





Sousa, 04 de Abril de 2017

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 03/04/2017 passa a informar o que segue:

Nº da ocorrência: 0006

Vítima: Francisca Lucia da Silva Casemiro

Sexo : Feminino

Data: 24/03/17

Local da Ocorrência: BR 246

Médico Intervencionista: Dra. Helena

Viatura: USB-02

Condutor: Ivan

Téc. Enfermagem: Cibelle

Enfermeira: Alana

Natureza da Ocorrência: USB-02 acionada para atendimento a uma vítima de queda de moto, ao chegar a mesma encontrava-se consciente, orientada, fratura de punho (E) e luxação no ombro (E), equimose na região periorbital, realizado imobilização do membro e protocolo de imobilização, após RM conduzido ao HRS.

SUELIO ALVES DA SILVA

Coordenador Geral

Suelio Alves da Silva
Coordenador Geral
SAMU SOUSA-PB
739.000.604-87



SAMU
192

Marcos Aurelio Vidal

29 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

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: 22/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000044103-8

Nr. da Autenticação 6CD2DD3465E8FE09



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisca Lúcia da Silva CasemiroRG nº 2048954, data de expedição 13/04/1994, Órgão SSP/PB

CPF nº 023.651.264-13, 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)	Augusto Marques de Seixas
Número	S/N
Apto / Complemento	Quadra: 12 Lote 7
Bairro	Gato Preto
Cidade	Sousa
Estado	Paraíba
CEP	588 000 00
Telefone de contato	(83) 99180-9410
E-mail	_____

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa - PB 19/05/2017Assinaturado Declarante: Francisca Lúcia da Silva Casemiro

FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO
RUA AUGUSTO VAREZ DE SOUZA, S/Nº Q 12 L 7 - GATO PRETO
SOUSA / PB CEP: 59000000 (40.177)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFASE CO 9 220, km25 - Cota Redutora - Jato Pessoa / PB - CEP 59001-290
Roteiro 4 - 177 - 110 - 260 Referência: Abr/2017 CNPJ 03.236.182/0001-42 Insc. Est. 15.015.822-0
Nº medidor 0000043095 Emissão: 05/04/2017 Nota Fiscal: Centro de Energia Elétrica 19050 267 245
Código para Dúvidas Automáticas: 00001103220

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora) 5718922-8

Abr / 2017

Canal de contato

Apresentação:

08/04/2017

Data prevista da próxima leitura

09/05/2017

CPF / CNPJ / RANI

2385129413

Insc. Est.

Faturas em atraso

08/03/2017 262,51

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/03/17	28294	05/04/17	26314	28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 20kWh-ER	30	0,14400	4,32
Consumo - 31 a 100kWh-ER	70	0,26361	18,45
Consumo - 101 a 220kWh-ER	120	0,37291	44,75
Consumo acima de 220kWh-ER	110	0,41401	45,54
Adic. E. Amarela			4,23
Adic. B. Vermelha			1,76
Suscrição			31,51
ICMS			59,49
PIS			2,03
COFINS			9,36

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	345
Fev/17	268
Jan/17	276
Out/16	324
Nov/16	0
Out/16	0
Sep/16	1
Ago/16	4
Jul/16	127
Jun/16	178
May/16	182
Abr/16	194

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	17,47
PARCELAMENTO DE OBRAS DUA	47,81
Devolução Subsídio	-31,51

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	279,33	21,30	59,49
PIS	220,33	0,922	2,03
COFINS	220,33	4,2412	9,36

Mês das últimas meses

173

VENCIMENTO

13/04/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 254,05

99d9.f4b4.4b0f.e5a3.c0ab.0935.e693.61db.

Indicadores de Qualidade 2/2017-SB20

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	9,27	0,13	Serviços de P.O. de Emergência	41,89	16,51
DI TRIMESTRAL	12,54		Controle de Energia	56,83	22,72
DI ANUAL	25,09		Serviços de Transmissão	2,86	1,12
FI MENSAL	3,55	1,00	Serviços de Manutenção	18,40	7,29
FI TRIMESTRAL	7,10		Impostos, Oneros e Encargos	98,29	39,46
FI ANUAL	14,20		Outros Serviços	47,81	18,82
DIYC	2,71	0,12			
DIYC	12,22				
			Total	254,05	100,00

Valor em R\$ (R\$ 2/2017) 41,89

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 21/04/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL, O pagamento após esse data não elimina a possibilidade da dívida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não, estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esse mensagem. Fatura sujeita a inclusão em dígitos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Sua unidade faturada como Bloco Renda, tendo um desconto de R\$31,51. Leitura confirmada

Marcos Aurelio Vidal

29 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

PARAIBA

Roteiro: 4 - 177 - 110 - 260
Matrícula: 718922-2017-04-2

8367



VENCIMENTO

13/04/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 254,05

Soma

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:	
NATUREZA DA CONSULTA	
CONSULTA ESPECIALIZADA:	
PROCEDIMENTO	
TIPO DE ATENDIMENTO:	
☐ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG ☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA) ☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA) ☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE ☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA ☐ 06- VACINAÇÃO DE SLOQUEIO (SURTO) OU SITUAÇÕES PARTICULARES ☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA ☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE ☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE	
MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
☐ 01- PRESCRITO ☐ SERVAÇÃO ☐ IDÊNCIA INTERNO ☐ 02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ BITO ☐ OUTROS	
SERVIÇOS REALIZADOS:	
CÓDIGO PROCEDIMENTO	IDADE
Recepcionista: <u>Carla Gomes Batista</u>	
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) RESPONSÁVEL(S) - CARIMBO(S)	
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE(S) RESPONSÁVEL	
POLEGAR DIREITO	
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO	
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO	

ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DE SAÚDE	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):	
CÓDIGO DA UNIDADE: 2913476CNPJ CPF: 08.778.267/0027-08	
NOME: HOSPITAL ESPUTADO MANOEL GONCALVES DE ABRANTES	
ENDEREÇO: RUA JOSE FACUNDO DE LIRA 51 GATO PRETO Nº 433 CEP: 58.602.192	
MUNICÍPIO: SOUSA	ESTADO: PARAIBA/PB
PACIENTE: <u>Francisca Batista da Silva Soares</u>	
SUS: _____	IDADE: <u>40</u> SEXO: <u>F</u> RAÇA: _____
DATA NASC: <u>1 / 1</u>	PROFISSÃO: _____
Bairro: _____	MUNICÍPIO: _____
ESTADO: <u>PB</u> CEP: _____	DOCUMENTO: _____
DATA DO ATENDIMENTO: <u>24/03/17</u>	COD. MUNICÍPIO: _____
CONTATO: <u>(83) 3</u>	Mãe: _____
Acompanhante: _____	
ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:	
<u>Porta fechada e com</u>	
<u>acidente de auto.</u>	
<u>Exame físico e Sepsis de</u>	
<u>fratura no fêmur e fêmur</u>	
<u>perna esquerda.</u>	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS	
RESULTADOS	
DAPÉRIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
DIAGNÓSTICO / CID	

29 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Hospital

HRS

Nome do Paciente

Francisco Lima da Silva

Nº Prontuário

125875

Data Operação

25/03/14

Enf.

Leito

Operador

Indalécio Pacelli Fernandes

1.º Auxiliar

2.º Auxiliar

Bruno

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Albert

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Fratura do Rádio Distal (e Corrompido)

Tipo de Operação

Osteossíntese de fratura do Rádio Distal (e)

Diagnóstico Pós Operatório

Fratura Corrompido

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Pote em DDH em anestesia geral
- 2) Assepsia + antissepsia + PCR
- 3) Crioscopia 2.º nível Group (e)
- 4) Incisão em via de acesso de Henry
- 5) Visualização de fratura corrompida do Rádio distal (e) e redução cruenta
- 6) Colocação de placa volar de 9x6 furos e fixação com parafusos corticais 1x4, 3x16, 1x18, 2x20, 1x22 e 2x25
- 7) Sutura
- 8) Curativo + Tala
- 9) Retiro tala
- 10) Tala

Marcos Aurelio Vidal

29 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Dr. Indalécio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6827 TEOT 14247

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

29 MAY 2

CORRETAGEM DE SEGUROS
FIRELLI-ME

Home:

fransesé lúia

Idades:

Cor:

Enfermagem:

Leito:

Category:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

26153117

01167 apr

7010817

For ordinary life there was

2/1/2005 12:27

Ad: A 1/2 page ad for

Dr. Indalecio Pazelli Fernandes

Ortopedia - Traumatologia

Cirurgia do Joelho

CRM 6827 TEOT 14247

Dr. Indalecio Paselli Fernandes
Ortopedia e Traumatologia

Reumatologia

CRM 6837

~~CHINA 6827 TEO 14247~~

MAT: 125.875

Nome: João Luiz da Silva Casimiro Bloco: Apt.: Edif.:
D.N.: 15 / 05 / 76 Est. Civil: Resp.: Filipe de Araujo Ferreira
Rua: Curupira Marques Jucas Cidade: Jucas Est.: PR
Médico Assistente: Dr. Eneas Clínica: Curupira
Data da Internação: 24 / 03 / 2017 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual:

*Suporte ntup de queda
de moto (sic) e que
prejudicou a coluna
torção e queda de peso
devido a esse fato*

EXAME FÍSICO:

RR: *Normal* E
Cr: *Normal* C

Marcos Aurelio Vidal
29 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

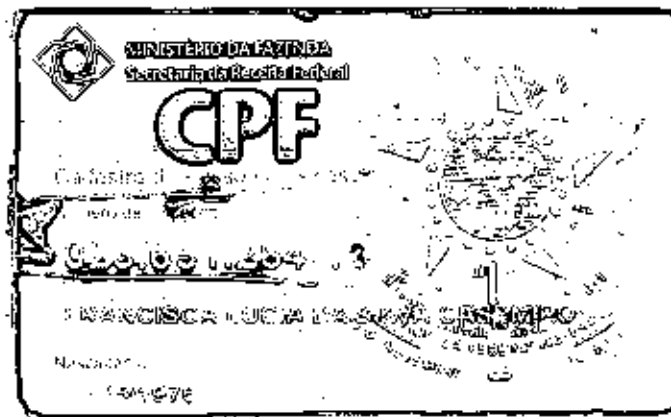
DIAGNÓSTICO:

Procedimento:

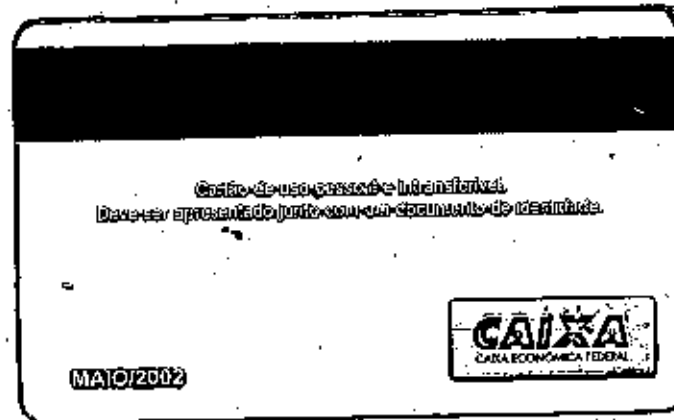
EXAME FÍSICO
C.I.D.

*Suporte ntup de queda
de moto (sic) e que
prejudicou a coluna
torção e queda de peso
devido a esse fato*

Dr. Antonio Eneas de Brito
MÉDICO - CRM 2122
CIC 058.741.134-87



Documentos de Identificação



Marcos Aurelio Vidal
29 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2048954

DATA DE EMISSÃO 13 ABR 1984

NOME FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO

Francisco Gonçalves Casemiro

Rita de Cassia e Silva

Sousa-AB

15.05.1976

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. Nº 136-119-34v-11v-ABR

DOC ORIGEM

Cert. Santa Cruz-AB

BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA DEVEGETA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI. P. 128

Francisco Casemiro da Silva

BRASIL

Marcos Aurelio Vidal

29 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS

EIRELI - ME

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - 2016-1200007488-1 - EXERCÍCIO

1 - 0108635959-0 - 00/00000000 - 2016

NOME - JULIETTE ARAUJO FERREIRA

CPF/CNPJ - 04410366432

PLACA ANT./UF - 04410366432

NOVO - 04410366432

CHASSI - 9C2JCT000GRT06663

ESPECÍFICO - PAS/MOTONETA/NKX A PLAC

MARCA/MODELO - HONDA/BIZ 110I

CAP/POT/CIL - 2 P/100 /CI

CATEGORIA - PARTIC

ANO FAB - 2016

ANO MOD - 2016

COR PRECUMINANTE - VERMELHA

VENC/COTAS - 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) - 13/05/2016

PREMIO TOTAL (R\$) - 13/05/2016

DATA DE PAGAMENTO - 13/05/2016

PARCELAMENTO/COTAS - 0

PREMIO TOTAL (R\$) - 13/05/2016

DATA - 16/05/2016

15016

DETRAN

CONTRA

29 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
COM MOTORES DE VITELERESTRECHOS DO PORSUBCARGA APRESSO
PLANSUBCARGAS QUINAO, SEGURO DPVAT

PB Nº 012427327361

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
04410366432 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA 045/PB
www.dpvatsegurodoBrasil.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA - 1 - 04410366432 - EXERCÍCIO - 2016 - DATA EMISSÃO - 16/05/2016

RENAVAM - 01086359590 - MARCA/MODELO - HONDA/BIZ 110I

ANO FAB - 2016 - ANO MOD - 2016 - Nº CHASSI - 9C2JCT000GRT06663

DEFIN - 9 - Nº CHASSI - 9C2JCT000GRT06663

PREMIO TARIFARIO - FMS (R\$) - DENATRAM (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

*** - *** - *** - *** - *** - *** - *** - *** - *** - ***

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

*** - *** - *** - *** - *** - *** - *** - *** - *** - ***

SEGURO - PACAMENTO - PARCELADO - DATA DE QUITAÇÃO - 13/05/2016

COTA UNICA - 3 - DATA - 13/05/2016

15016

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

15016-0915415-20160516

052-2015

DUI



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170295734 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUCIA DA SILVA **Data do acidente:** 24/03/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A
CASEMIRO

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal Esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Paciente com edema importante em punho esquerdo (+++/++++). Apresenta importante limitação de ADM do Punho Esquerdo de Flexão (20 graus), Extensão (10 graus), Desvio Ulnar (15 graus), e Desvio Radial (10 graus). Não apresenta atrofias.

Resultados terapêuticos: Paciente sofreu acidente no dia 24 de março de 2017, foi encaminhada pelo SAMU para Hospital Regional de Sousa-PB. Fez analgesia, fez exames de imagem comprovando a fratura. Foi submetida a cirurgia para osteossíntese da fratura, ficou internada por dois dias. Não conseguiu fazer fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do punho esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/06/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do punho devido à limitação da flexo-extensão (20 e 10 graus).
Procedida avaliação médica na cidade de Sousa.

Médico examinador: Raimundo Pereira de Oliveira Neto

CRM do médico: 7416

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

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): **FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO** Sinistro: **3170295734** Data: **24/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA AUGUSTO MARQUES DE SEIXAS, S/N, QD 12 LT 07 - GATO PRETO - Sousa - PB - CEP 58804-578**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2048954**

Data local do exame: [**20/06/2017**] **Sousa** [**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 do rádio distal Esquerdo. Paciente com edema importante em punho esquerdo (+++/++++). Apresenta importante limitação de ADM do Punho Esquerdo de Flexão (20 graus), Extensão (10 graus), Desvio Ulnar (15 graus), e Desvio Radial (10 graus). Não apresenta atrofia.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Paciente sofreu acidente no dia 24 de março de 2017, foi encaminhada pelo SAMU para Hospital Regional de Sousa-PB. Fez analgesia, fez exames de imagem comprovando a fratura. Foi submetida a cirurgia para osteossíntese da fratura, ficou internada por dois dias. Não conseguiu fazer 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.

Paciente com edema importante em punho esquerdo (+++/++++). Apresenta importante limitação de ADM do Punho Esquerdo de Flexão (20 graus), Extensão (10 graus), Desvio Ulnar (15 graus), e Desvio Radial (10 graus).

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

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

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

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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.



Raimundo Pereira de Oliveira Neto - CRM: 7416 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170295734 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUCIA DA SILVA **Data do acidente:** 24/03/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A
CASEMIRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO E FACE, FRATURA-LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

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:

