

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRE LOPES FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180319816**

Vitima: **ANDRE LOPES FERREIRA**

Data do Acidente: **15/02/2018**

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 3180319816**.

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 13113459



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRE LOPES FERREIRA**  
Nº Sinistro: **3180319816**  
Vitima: **ANDRE LOPES FERREIRA**  
Data do Acidente: **15/02/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180319816**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo 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 13115728



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

Nome completo da vítima

086.996.117-90

Andre Lopes Ferreira

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

|                                              |                                               |                                          |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| Nome completo<br><b>Andre Lopes Ferreira</b> | CPF titular da conta<br><b>086.996.117-90</b> | Profissão<br><b>autônomo</b>             |
| Endereço<br><b>Rua, canto alegre Salgado</b> | Número<br><b>5111</b>                         | Complemento                              |
| Bairro<br><b>Area Rural</b>                  | Cidade<br><b>Salgado de São Felix</b>         | Estado<br><b>PA</b>                      |
| E-mail<br><b>eduardo.silva@hotmail.com</b>   | CEP<br><b>58370000</b>                        | Telefone (DDD)<br><b>(83) 99342.1170</b> |

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) ☐ ITAU (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

|                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| BANCO<br>Nome<br><b>Bradesco</b> | Nº<br><b>237</b> |
| AGÊNCIA<br>Nº:<br><b>0577</b>    | D/V<br><b>7</b>  |
| CONTA<br>Nº:<br><b>7549</b>      | D/V<br><b>3</b>  |

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Andre Lopes Ferreira 25 de Junho de 2018

Local e Data

Andre Lopes Ferreira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ESQA O DOCUMENTO FISCAL DE  
CONFIRMAÇÃO

QUSADA LINGENIE/SCOPUS  
CLAUDEMIR SEVERINO S  
AV PRESIDENTE JOAO PESSOA 15A  
CENTRO ITABAIANA PB

V17.1 26/06/2018 13:31  
TERM 000001 LOJA 000018972300001

AUTE 14555  
CORRESPONDENTE DO BANCO BRANDESCO

PROPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTA

AG. RELAC.: 05777 - ITABAIANA  
PACO : 895 - QUSADA LINGENTE

AGENCIA : 05777-ITABAIANA  
CONTA : 0000000007549-3  
NOME : ANDRE LOPES FERREIRA  
DATA : 20/06/2018  
MODALIDADE: 00

TIPO PESSOA: FISICA  
TIPO CONTA : CONTA CORRENTE

NSU BANCO: 829366876441  
HORA : 13:31:44

SUJEITO A CONFIRMAÇÃO DO BANCO

OUVIDORIA BRANDESCO  
0800 727 9933

VIA DO CLIENTE

A DOCUMENTO FISCAL DE INDICADO NESTE  
DOCUMENTO

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
12 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01199.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01199.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:52 horas do dia 25 de junho 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 **Andre Lopes Pereira**, CPF nº 086.996.117-90, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Lava Jato, filho(a) de Antonia Lopes Ferreira e José Ferreira Sobrinho, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 16/11/1979 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sitio Canto Alegre Iii, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Mercadinho Araújo, na cidade de Salgado de São Félix/PB, telefone(s) para contato (83) 98723-5460.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Sitio Canto Alegre Iii, nº S/N, Mercadinho Araújo, Salgado de São Félix/PB, bairro Centro; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 15/02/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante, acima qualificado, no dia 15/02/2018, por volta das 16:00 horas, quando transitava no sitio Canto Alegre, na cidade de Salgado de São Felix, nesta Capital PB, o mesmo perdeu o controle do veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG 125 de cor azul, ano e modelo: 1981 ultimo exercício 1993, Renavam: 180082833, placa: FB370/PB, Chassi nº CG125BR1151721, Registrado em nome de José de Souza Moreira, -CGC 00013646290463; que PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO e veio a cair um buraco na estrada que liga a cidade de Salgado de São Felix/PB; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0798/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 01.06.2018/, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

**ADENDO(S):**

Que na data 25/06/2018, à(s) 11:09 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O NOTIFICANTE, NÃO SABE INFORMAR O PARADEIRO DA PESSOA DE JOSÉ DE SOUZA MOREIRA .. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



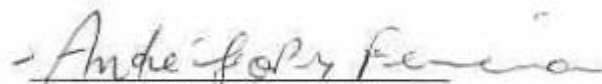
**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA

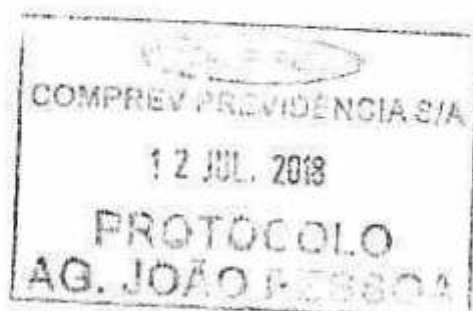


**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 25 de junho de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
ANDRE LOPES PEREIRA  
Noticiante



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

André Lopes Ferreira

CPF da Vítima

086.996.117.90

Data do Acidente

15/02/18

**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:

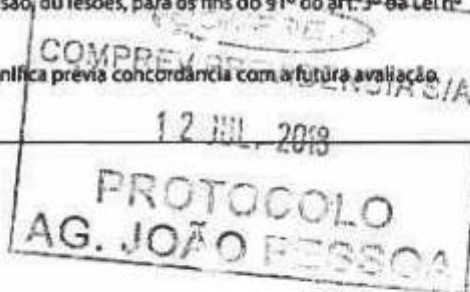
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



João Pessoa, 25 de Junho de 2018

Local e Data

André Lopes Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 6644856 CGC/CPF: 08.778.268/0049-05  
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA  
END.: AVENIDA DEPUTADO ADAUTO PEREIRA DE LIMA, 61  
MUNICÍPIO: ITABAIANA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nome: ANDRE LOPES FERREIRA

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nas: 16/11/1979 Idade: 38 ano(s) mês(es) de idade dia(s) de idade Sexo: M

Mãe: ANTONIA LOPES FERREIRA

Profissão: LAVAJATO

Documento: rg 263537714 ssp rj

Endereço: SÍTIO CANTO ALEGRE 3

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

Município-UF - CEP - IBGE: SALGADO DE SAC FELIX - PB - 58370000 - 251310

Telefone para contato (83) 8723-5460

CNS: 898004188916399

CADASTRO:

Data e Hora: 15/02/2018 17:45:02

2097323401

SSV

PESO: PA: 120 X 70 TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Edm em TN2 obt  
BCE, WTD

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

12 JUL. 2018

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO F. FERREIRA

RESULTADOS

MATERIAIS

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

PROCEDIME

DIAGN

## MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA OBSERVAÇÃO  
2. APLICADA OUTRO HOSPI

## SERVIÇOS REALIZADOS:

- 1-  
2-  
3-

ASS. TÉCNICO PROFISSIONAL

MÉDICO / CNS / CRM

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

Emprego eletrônico

**JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA**  
 RUA ADENEF JOSE COSTA DUARTE, 157 - SALA 08 - MANGABEIRA  
 JOÃO PESSOA / PB CEP: 5809304-140-11

Emissor: 22/05/2018 Referência: Mai/2018  
 Classe/Subclasse: COMERCIAL/ COMERCIAL MONOFÁSICO  
 Rota 12 - 9 - 292 - 450 Nº medidor: 0006657525

**energisa**

ENERGISA PARANHANA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
 R-22X, km 25 - Estrada Redenção João Pessoa - PB - CEP 58071-600  
 CNPJ 09.386.188/0001-43 Ins. Est. 15.615.623-0

Neto Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 06 911 566  
 Chl para Dth Automática: 05018983587

Mai / 2018

22/05/2018

21/06/2018

1094222445

5/1698358-7

Baixe o aplicativo Energisa ON em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de titularidade, informações sobre falta de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

*PR* *CRP*

| Data     | Leitura | Data     | Leitura |   |     |    |
|----------|---------|----------|---------|---|-----|----|
| 22/04/18 | 1277    | 22/05/18 | 2048    | 1 | 221 | 32 |

| CC                     | Descrição                 | Quantidade | Tarifa   | Valor Base Calc | Alíq. (R%) | Base Calc. (R) | Alíq. (R%) | Valor (R) |
|------------------------|---------------------------|------------|----------|-----------------|------------|----------------|------------|-----------|
|                        |                           | Produtos   | Tarifa   | ICMS (R%)       | ICMS (R%)  | PerCoef (R%)   | ICMS (R%)  | Valor (R) |
| 0501                   | Consumo em kWh            | 221,300    | 0,591476 | 132,81          | 152,81     | 25             | 16,20      | 162,81    |
| 0601                   | Adic. B. Amarela          | 2,12       | 2,12     | 25              | 0,53       | 2,12           | 0,01       | 0,05      |
| LANÇAMENTO DE SERVIÇOS |                           |            |          |                 |            |                |            |           |
| 0937                   | CONTRIB SERV. LLM PÚBLICA | 9,00       | 0,00     | 0               | 0,00       | 0,00           | 0,00       | 0,00      |

COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº 9.613/98.

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 Amore Hoopes Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.996.117-90, do sinistro de DPVAT cobertura invalida da Vítima Amore Hoopes Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.996.117-90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

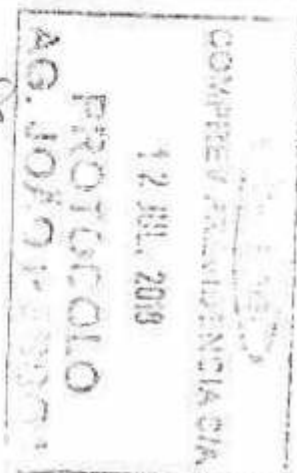
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

|                                                      |                                              |                                             |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Av. Gen. R. Tassal Jose E. Duarte</u> | Número<br><u>157</u>                         | Complemento                                 |
| Bairro<br><u>Mar. G. Beira</u>                       | Cidade<br><u>João Pessoa</u>                 | Estado<br><u>PB</u>                         |
| CEP<br><u>58056-384</u>                              | Telefone comercial(DDD)<br><u>91340-1170</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>98663-4950</u> |
| Email<br><u>zeduardosilva@hotmail.com</u>            |                                              |                                             |

João Pessoa, 09 de julho de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HRI - HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Paciente: ANDRE LOPES FERREIRA

Idade: 38A

Data do exame: 15-02-2018

### RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Fratura do segmento distal da fibula.



**Dr. Methódio M. Pereira Diniz Filho**  
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem  
Médico CRM - 5730

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as limitações do método.



## CERTIDÃO

Nº. 0798/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº102993 e Prontuário nº 2018.02.002130, pertencentes a **ANDRE LOPES FERREIRA** requerente que foi atendido dia 15/02/2018 às 20H16min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetido à avaliação médica que evidenciou fratura do maléolo lateral direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 27/02/2018 com alta médica dia 28/02/2018.

E para constar eu, Rossana de Fatima de Araujo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de junho de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533



RCA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58816-884 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: - CNPJ:

Hora: 20:16:52  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ANDRE LOPES FERREIRA

Num. Prontuario: 2018.02.002130

CNS: 898004188916399 Sexo: M IDENTIDADE: 263537714 Fone: 987235460

Natural: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 16/11/1979 Id: 38 ano(s)

End.: SITIO/ CANTO ALEGRE, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SALGADO DE SAO FELIX UF: PB

Mae: ANTONIA LOPES FERREIRA

Pai: JOSE FERREIRA SOBRINHO

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: LAVADOR DE VEICULOS

Estado Civil: SOLTEIRO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ANDRE LOPES FERREIRA

Tel/Doc. Responsavel: 987235460 / IDENTIDADE: 263537714

Procedência: HOSPITAL DE ITABAIANA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

PRÉ-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2s:

Queixa Principal

PR - DOR

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
12 JUL 2018  
PROTOKOL  
AG. JOAO PESSOA  
Observacao

|                                                       |                                    |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave     |
| <input type="checkbox"/> Politraumatizado             | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia                   | <input type="checkbox"/> Dispneia  |
| <input type="checkbox"/> Diarreia                     | <input type="checkbox"/> Agitado   |
| <input type="checkbox"/> Regular                      | <input type="checkbox"/> Chocado   |
| <input type="checkbox"/> Vomito                       |                                    |
| <input type="checkbox"/> Observacao                   |                                    |

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescrição

Horario da medicacao

Ass: Gustavo P. TTV. *[Signature]*

Carlos Augusto  
CRM-PB 6973

data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Ordem | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|-------|--------------|------|---------|----------|
|-------|--------------|------|---------|----------|

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

|                                        |                                      |                                          |                                                           |
|----------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Residencia    | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistencia     | <input type="checkbox"/> UTI                              |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input type="checkbox"/> Enfermaria  | Obito: <input type="checkbox"/> Atestado | <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML |

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

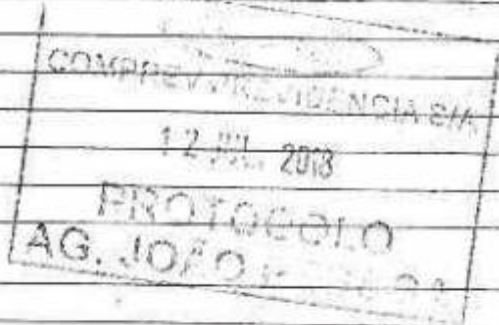
## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 15/02/2013

Nome: André Luiz Ferreira  
 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: \_\_\_\_\_

HDA: Paciente admitido no setor de Urgência. Fratura de mão direita lateral (P)



Medicações em uso: \_\_\_\_\_

**Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudor  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

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

**Cabeça e Pescoço:** ☐ 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-reposso ☐ Deformidade  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSO:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

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

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

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

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

**Antecedentes Familiares:**

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

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

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

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
12 JUL 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conduta:

*Insulin 3,5*

*Carlos Augusto Rêgo*  
CRM 62.6173

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

- 1) Paciente em DSH sob anestesia
- 2) Anestesia + antiseptia + exposição de área de interesse
- 3) aplicação de campo estéril.

**Incisão:**

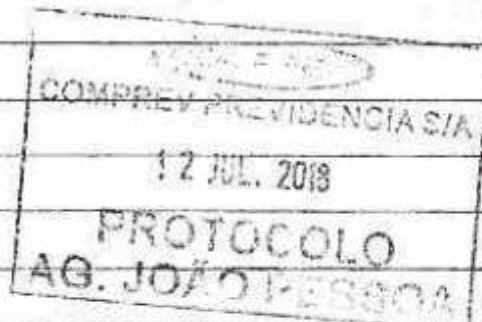
- 1) Incisão longitudinal em região lateral posterior com 10x7 D

**Achados:**

- 1) Fratura do osso lateral D

**Conduta:**

- 1) Redução aberta + fixação interna de espina 4/2 com 2 fios + 6 parafusos latoss em fratura do osso lateral D sob aspiria.
- 2) Lavagem mecânica com 0,9%



**Fechamento:**

- 1) Sutura de pele quadrada por planos automáticos
- 2) Curativo oculto com gaze atel + utilização de gaze
- 3) Hilo bota

**OBS:**

- 1) Prescrição de antibiótico

Data: 07/02/18

MÉDICO/CRM

[illegible]

# **LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

|                                                                             |            |                          |                             |                      |            |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------|------------|
| NOME: <b>ANDRÉ LOPES FERREIRA</b>                                           |            |                          |                             | PRONTUÁRIO Nº        |            |
| IDADE: 40                                                                   | SEXO: masc | COR                      | CLÍNICA<br><b>Ortopedia</b> | ENF.: 29             | LEITO: 425 |
| DATA DE ADMISSÃO: 15/02/2018                                                |            | DATA DE ALTA: 28/02/2018 |                             | TEMPO DE PERMANÊNCIA |            |
| DIAGNÓSTICO INICIAL<br>FRATURA DE MALEOLO LATERAL D                         |            |                          |                             |                      | CID        |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO<br>O mesmo                                           |            |                          |                             |                      |            |
| TRATAMENTO<br>TTO CIRURGICO + ATB                                           |            |                          |                             |                      |            |
| PRINCIPAIS EXAMES<br>E.F. + RADIOGRÁFICO                                    |            |                          |                             |                      |            |
| TER. TICA MEDICAMENTOSA: AINE + ATB + ANALGESICO                            |            |                          |                             |                      |            |
| ANATOMIA PATOLÓGICA                                                         |            |                          |                             |                      |            |
| INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO                                            |            |                          |                             |                      |            |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA                                                     |            |                          |                             |                      |            |
| CONDIÇÕES DE ALTA<br>(X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) |            |                          |                             |                      |            |
| ÓBITO                                                                       |            |                          |                             |                      |            |

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
12 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO

## RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente com história de trauma em TORNOZELO D sendo submetido a tratamento cirúrgico COM PLACA E PARAFUSOS evoluindo sem intercorrências. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e antibióticos. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por **15 dias**.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30 dias**.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **60 dias** e com esforço maior em **90 dias**.

## CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** analgésicos + antibióticos.

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21 dias**.

Ao ambulatório do **Complexo Hospitalar Mangabeira** em **15 dias** para revisão. (DR. **VLADIMIR**)

28/02/2018

Dr. Daniel B. Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9248

ASS. MÉDICO / C.R.M.



NOME  
ANDRE LOPES FERREIRA

DOC. EXIBIÇÃO / OBSERVADOR DE  
263537714 SSP RJ

CPF DATA NASCIMENTO  
086.996.117-90 15/11/1979

RELAÇÃO  
JOSE FERREIRA SOBRINHO  
ANTONIA LOPES FERREIRA

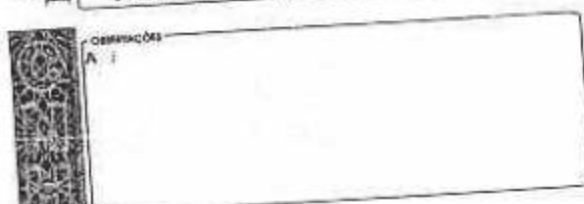
RENTEÇÃO ACC CATENA  
JAN



Nº REGISTRO  
04405017255

VALIDADE 1ª VENCIMENTO  
14/06/2023 10/07/2008

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1643430508



PROIBIDO PLASTIFICAR  
1643430508

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
CAMPINA GRANDE, RN 20/06/2018

40103211044  
PB037019619

PARAIBA

COMPREV PREVIDENCIA CIA  
12 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Andre Lopes Ferreira,  
brasileiro, sem estado civil autônomo, portador do RG de Nº  
263537761 e CPF de Nº 086.996.117-90, vítima de acidente de  
transito dia 15/09/18 no veículo moto de placa  
FB 370 / PB, onde eu era Condutor, de propriedade  
de João de Souza Moreira, VENHO aqui informar  
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a  
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por  
um destes motivos abaixo marcado.

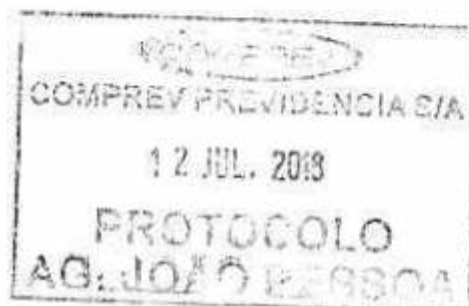
( ) o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE  
VEÍCULO

( X ) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à  
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do  
meu processo de invalidiz, pois eu não posso ser prejudicado por  
um destes motivos acima.

Andre Lopes Ferreira  
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João Pessoa - PB, 25 de Junho de 2018.



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Andre Lopes Ferreira

brasileiro(a), estado civil uniao estavel, profissão autonomo, CI RG nº 263537714

CPF/MF nº 086.996.117.30, residente e domiciliado(a) à Rua Sit canto alameda Salgado, 511 Area Rural.

Cidade de Salgado de São Felix, Estado Paraíba, CEP: 58370000, telefone

(83) 99342.1170, (83) 98663.4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa, PB, 25 de Junho de 20 18.

Andre Lopes Ferreira

OUTORGANTE

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
Reconheço Por Autenticidade a firma de **ANDRE LOPES FERREIRA**, [111218], J.Pessoa-PB, 25/06/2018 11:36:32 Enol R\$9,48 Farpem:R\$0,28 Fepi:R\$1,20, ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COORD. FERRAZ SILVA.  
Digital 44677564-0538  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
12 JUL 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

---

**Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180319816**

**Vítima: ANDRE LOPES FERREIRA**

**Data do Acidente: 15/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ANDRE LOPES FERREIRA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você