

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190303729**      **Vítima: ELIAS LEANDRO DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/11/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ELIAS LEANDRO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190303729**

**Vítima:** ELIAS LEANDRO DA SILVA

**Data do Acidente:** 06/11/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ELIAS LEANDRO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 21/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ELIAS LEANDRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000033149-6

---

Nr. da Autenticação F3369863952B7CCA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

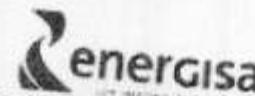
Documento não é segundaria-via de conta.

Pode ser usado para pagamento da conta da energia elétrica.

Nº 022.990.195

## DAOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO  
AV JOAO MACHADO 553 SL 127  
JOAO PESSOA



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av 230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 55.000.183 / 2001-42 Insc. Est. 00.016.023-0

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/1313928-2**

REFERÊNCIA  
**ABR/2019**

APRESENTAÇÃO  
**08/04/2019**

CONSUMO

**186**

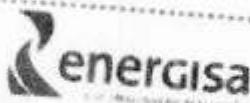
VENCIMENTO

**15/04/2019**

TOTAL A PAGAR

**R\$ 163,56**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO

Roteiro: 04-001-039-2760

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/04/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRIZ/FA
15/04/2019	R\$ 163,56	1313928-2019-04-2

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 MAIO 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

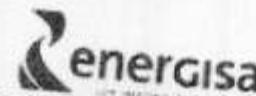
Documento não é segundaria-via de conta.

Pode ser usado para pagamento da conta da energia elétrica.

Nº 022.990.195

## DAOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO  
AV JOAO MACHADO 553 SL 127  
JOAO PESSOA



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av 230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 55.000.183 / 2001-42 Insc. Est. 00.016.023-0

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1313928-2

REFERÊNCIA  
**ABR/2019**

APRESENTAÇÃO  
**08/04/2019**

CONSUMO

**186**

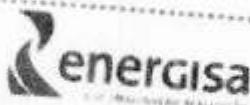
VENCIMENTO

**15/04/2019**

TOTAL A PAGAR

**R\$ 163,56**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

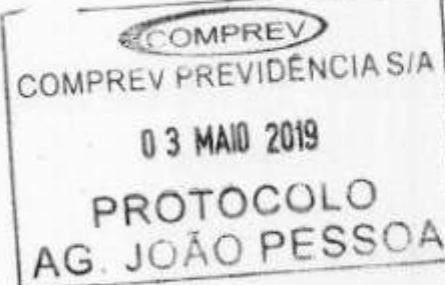


ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO

Roteiro: 04-001-039-2760

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/04/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRIZ/CIA
15/04/2019	R\$ 163,56	1313928-2019-04-2



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 fazia 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 Guillyane Flávia de A. Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elias Leandro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 997.231.315-87, do sinistro de DPVAT cobertura envolvidos da Vítima Elias Leandro da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 997.231.315-87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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



~~COMPREV PREVIDÊNCIA S/A~~

~~03 MAIO 2019~~

~~PROTÓCOLO~~

~~AG. JOÃO PESSOA~~

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	Número	Complemento	
<u>Avenida João Machado</u>	<u>553</u>	<u>Sala 127</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58000-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	(83) 99921-9283

João Pessoa 03 de Maior de 2019  
Local e Data

Guillyane Flávia de Amorim Nóbrega  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luciana Ribeiro Batista

RG nº 2703952, data de expedição 22/07/2014 Órgão SSP PB  
portador do CPF nº 01135834431, com Domicílio na  
cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Dente Ruivo Falcão  
nº 03, complemento, Casa, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Elias Jeandro da Silva  
cujo o condutor era \_\_\_\_\_.

Veículo: MOTO HONDA / CG

Ano: 2018

Modelo: J60 FDN

Placa: QSE 5260 IPB

Chassi: 9E2KEZZ00K2007818

Data do acidente: 06/11/2018

Local e data: João Pessoa, 32/11/2018

X Luciana Ribeiro Batista

Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 MAIO 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

X \_\_\_\_\_

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do  
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



CARTÓRIO AZEVÉDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
E TABELONOTÁRIO DE NOTAS - Código CNJ 86.270-0  
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 145 - Jardim São Bento - João Pessoa/PB - CEP 50000-010 | www.azevedobastos.net.br | Tel: (83) 3244-0004 | Fax: (83) 3244-0002

Reconhecido por Autenticidade e assinatura de:

LUCIANA RIBEIRO BATISTA

a qual conste como o pedreiro registrado nesse cartório, dou ts.  
João Pessoa, doze de Novembro de dois mil e dezoito

Em Teste: ✓ de verdade

Marco Antônio de Oliveira, Escrivano - (Cont. 1, Total: 12.13)

Selo Digital de Fiscalização - Tipo AH 672764-WJHU

Consulta de endereço: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Luciana Ribeiro Batista

RG nº 2703952, data de expedição 22/10/2014 Órgão SSP PB,  
portador do CPF nº 01135834431, com Domicílio na  
cidade de José Pessoa, no Estado de Paraíba, onde  
resido - na - (Rua/Avenida/Estrada) Rua Dente Ruivo Fábio  
nº 03, complemento, CASA, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é (ou) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Elias Leandro de Souza,  
cujo o condutor era Elias Leandro de Souza.

Veículo: MOTO HONDA / CG  
Ano: 2018  
Modelo: 360 FDN  
Placa: QSE 5260 / PB  
Chassi: 9EZRREZ2Z00K007818  
Data do acidente: 06/11/2018



Local e data: João Pessoa, 32/11/2018

Luciana Ribeiro Batista

Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

X

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do  
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



CARTÓRIO AZEVÉDO BASTOS

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E MORTUAS E TABELIGÁRIO DE NOTAS - Conselho CNJ 001/04

C. Fazenda Pública, 100 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 50010-000 - Fone/Fax: (83) 3222-1000 - E-mail: cfb@pb.gov.br

RECOGNIZO DAS AUTENTICIDADE E ASSINATURA DE:

LUCIANA RIBEIRO BATISTA

e que comparece ao cartório registrar esse ato verdade, dou à

João Pessoa, dia de Novembro de dois mil e dezoito.

Em Testem:  
Km. 100 - Centro - João Pessoa

Marcelo Timóteo de Oliveira, Exequente - CRM 1, Total 12.123

Belo Digital de Fiscalização - Tipo AH672764-WJHU

Consulta de impressão em: <http://selodigital.tjpb.jus.br>



## CERTIDÃO

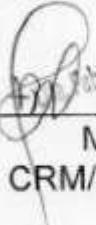
Nº. 0376/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº179474 e prontuário nº 2018.11.000765 pertencente a **ELIAS LEANDRO DA SILVA** que foi atendido dia 06/11/2018 às 18H25min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/11/2018, 21/11/2018 com alta médica dia 23/11/2018.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de março de 2019

  
Fabiana Fernandes de Araújo  
CRM/PB 4516  
Médica  
CRM/PB 4516

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Extrato de Parecer  
Técnico / TTO anexo

Dr. Remo Soares  
033.002447  
Hospital Unimed JP

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medicor

Dr. Remo Soares  
033.002447  
Hospital Unimed JP

Nome: <i>Elias Leandro da Silva</i>				Registro:
Idade: 40 a	Sexo: Masc	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP: _____ LR: _____
Data: 11/11/2018		Cirurgião: <i>Jorge Augusto</i>		
1º Assistente: <i>Luciano Gomes</i>		2º Assistente: <i>Alexandre Galvao</i>		
Anestesista: <i>Tibério</i>		Instrumentador: _____		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				
<i>Fratura dos Ossos da Perna dir</i>				
CID S82.3				
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				
<i>O mesmo</i>				
CID				
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>				
<i>Osteossíntese com fixador externo</i>				
CÓDIGO				
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				

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 06/11/78

Nome: Zélio Leandro Siqueira Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

QPD: Tatame no Poco A

DA: Farol do Poco A

Facebook / Zélio Siqueira

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

Dr. Hélio Soárez  
032-202447  
Hospital Unimed JP

### Interrogatório Sintomatológico:

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

Ele: \_\_\_\_\_

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 [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas  
[ ]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-reposo [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

**Posição e Preparo:**

Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

**Incisão:**

Pequenas Incisões em 1/3 proximal e distal da região anterolateral da perna dir

**Achados:**

Fx de ossos de perna dir

**Conduta:**

Realizada manobra de redução

Aposição de pinos de schians (02 proximais e 02 distais ao foco de fx)

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Não realizado síntese definitiva devido a grande flectena em região anteromedial de 1/3 médio de perna esq

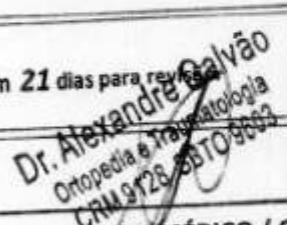
Data: 11 / 11 / 2018

Dr. Luizinho Gomes de Figueiredo  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-PB 9326

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <b>Elias Leandro da Silva</b>					PRONTUÁRIO N°
IDADE <b>40 anos</b>	SEXO <b>Mas</b>	COR	CLÍNICA <b>Ortopedia</b>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>03/01/2019</b>		DATA DE ALTA <b>18/01/2019</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>15 dias</b>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Refratura de Tibia Direita</b>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b>O mesmo</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <b>Rx de quadril demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</b>					
PÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" 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					
<b>RESUMO CLÍNICO</b> (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna com placa e parafusos após retirada de placa em "T". Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antidiábolica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b>					
<b>DIETA:</b> Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
<b>USO:</b> Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
<b>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:</b> 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.					
<b>MEDICAÇÕES PARA CASA:</b> Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.					
<b>RETORNO:</b> Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
 Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 9128 / SETO 963 <b>ASS. MÉDICO / C.R.M</b>					
<b>18/01/2019</b> <b>DATA</b> Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, <b>CONTINUIDADE DE TRATAMENTO</b>					



P/ Elias Leandro da Silva

Laudo Médico

Paciente vítima de trauma em perna resultando em fratura da tibia, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapt(o)(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 120 (cento e vinte) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.3

*Dr. Alexandre Galvão*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9126 - SBTO 9603

*03.01.2017*

*DR. ALEXANDRE GALVÃO*  
CRM 9.128-PB SBOT 9.603

*... Ag. Fiscal José Costa Duarte c/n recado*



### ATESTADO MÉDICO

Alesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Elias Leandro dos SIlva portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da patologia CID-10 S82.2 + S82.4, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sementa) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 10/04/09.

Dr. Luciano Gomes de Figueiredo  
Cirurgião-Dentista Traumatologista  
CRM-PB 9328

lgy  
Assinatura e Gerimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

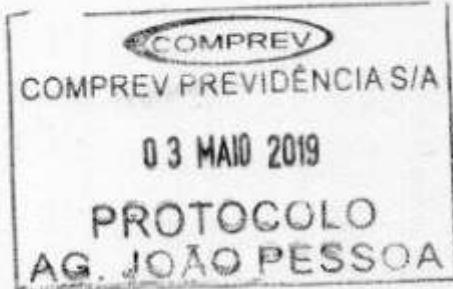
Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

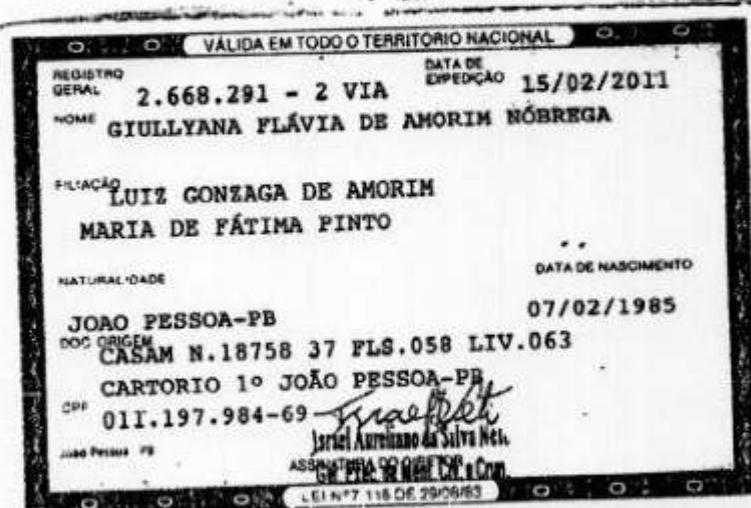
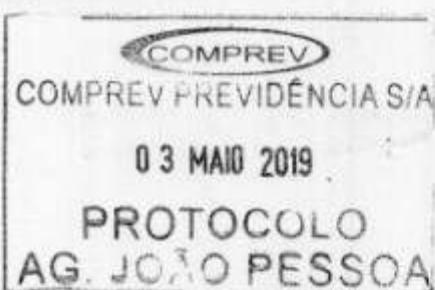
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1<sup>º</sup> VIA-PACIENTE

2<sup>º</sup> VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 59, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190303729      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIAS LEANDRO DA SILVA      **Data do acidente:** 06/11/2018      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 15/05/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR, PLACA E PARAFUSOS).

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Elias Leandro da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Pedreiro, residente e domiciliado à Rua Doutor Rubens Lira, nº 03, bairro Mandacaru alto do Ceu, Município de João Pessoa, Estado de(o) P.R., Cep: 58027-697, portador(a) do RG nº 136804490, SSP/PB e CPF nº 997.231.315-87.

**Outorgado:** Giullyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026406, com endereço profissional na Av. João Machado 553, sala 127, Centro, João Pessoa/PB. Telefone: (83) 3032-1329.

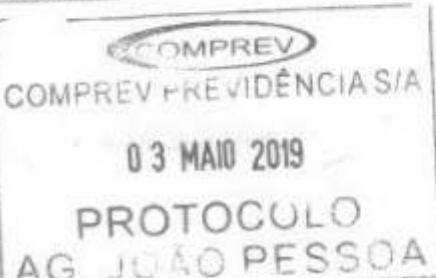
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Elias Leandro da Silva, ocorrido em 06.11.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.  
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Ciano Augusto de Farias Melo, João Pessoa, 27/03/2019, de Março de 2019.



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148022/19

**Vítima:** ELIAS LEANDRO DA SILVA

**CPF:** 997.231.315-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/11/2018

**Titular do CPF:** ELIAS LEANDRO DA SILVA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

### ELIAS LEANDRO DA SILVA : 997.231.315-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 03/05/2019

Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA  
CPF: 011.197.984-69

Data do cadastramento: 03/05/2019

Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO