

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180224685

Vitima: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA

Data do Acidente: 17/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180224685**.

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 12825113



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2018

Carta nº: 13035455

A/C: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180224685
Vítima: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA
Data do Acidente: 17/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA

Valor: R\$ 8.437,50

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000015047-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.437,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 192 / 2018.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 17 / Janeiro / 2018 **HORAS:** 21h20min.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA

Notificante/Vítima:

JOSÉ AMANCIO DA SILVA, natural de Nova Olinda/PB, Casado, Aposentado, nascido no dia 01.02.1967, filho de Francisco Amancio da Silva e Maria José da Silva, RG 1.242.633/SSP/PB e CPF 640.382.974-20, residente na R. João Inacio de Oliveira, 25-centro Nova Olinda/PB.

HISTÓRICO DO FATO:
O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

Que no dia e horas acima citados, seu filho 'JOSEPH AMANCIO DE SOUSA', nascido no dia 27/06/1998, portador do RG 3.903.067/SSP / PB E CPF Nº. 106.640.714-22, trafegava pela Rodovia que liga Santana dos Garrotes à Nova Olinda/PB, conduzindo a moto HONDA/CG150 FAN ESDI, cor Vermelha, Ano 2013/14, Placa OGG2697/PB e chassi Nº 9C2KC168OER468619, em nome de JOSE YAN BARREIRO DA SILVA e já nas proximidades de Nova Olinda/PB, deparou-se com alguns animais (Jumentos) e ao tentar desviar colidiu com um deles. Foi socorrido pela SAMU para atendimento Hospitalar.

ITAPORANGA/PB, 23 DE Março DE 2018.

x José Amancio da Silva
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

PCB SIA/S PRODIGES
MIG. RUAH/EST. MOAS
CHIEF DE CARTÓRIO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAIO 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

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 interdita 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

Joseph Amancio de Sousa

CPF da Vítima

106.640.714-22

Data do Acidente

17/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

antonio.sousa@hotemail.com

Telefone (DDD)

83 999471520

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

COMPREV

COMPREV PRESELO

16 MAIO 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Itaporanga 02 de maio de 2018

Local e Data

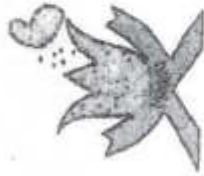
x Joseph Amancio de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA OLINDA
: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ.: 11.268.720/0001-59
SAMU 192 -UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

 $0.5\sqrt{5}$

EVOLUÇÃO CLÍNICA

parte, incessantemente, vítima de colapso entre maio e agosto, com lenta lentidão no outro e de novo febre, foi medicado até ao 1.º de Setembro. No 10 de Setembro para melhor diagnóstico audição.

DESTINO DO PACIENTE

PROPOSTO DA ENTIDADE QUE TRANSPORTOU O PASSENGEIRO

LOCAL DO DRAFTING

PROPRIOGRAM, OUR PROBLEM-O-ROUNDR

www.elsevier.com/locate/jmb

función

~~Dr. Leandro A. de C. Pinto~~

ME DIC O

TERMINO DE RECIBIR

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU REQUERENDO ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU 192 REGIONAL DE FIANCO, NESTA OPORTUNIDADE.

Associação dos Pais e da Família em Boimondinho

3

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 MAIO 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

TRANSPORTE SEGURANÇA

Fls. 01

Fls. 02

Fls. 03

Fls. 04

Fls. 05

Fls. 06

Fls. 07

Fls. 08

Fls. 09

Fls. 10

Fls. 11

Fls. 12

Fls. 13

Fls. 14

Fls. 15

Fls. 16

Fls. 17

Fls. 18

Fls. 19

Fls. 20

Fls. 21

Fls. 22

Fls. 23

Fls. 24

Fls. 25

Fls. 26

Fls. 27

Fls. 28

Fls. 29

Fls. 30

Fls. 31

Fls. 32

Fls. 33

Fls. 34

Fls. 35

Fls. 36

Fls. 37

Fls. 38

Fls. 39

Fls. 40

Fls. 41

Fls. 42

Fls. 43

Fls. 44

Fls. 45

Fls. 46

Fls. 47

Fls. 48

Fls. 49

Fls. 50

Fls. 51

Fls. 52

Fls. 53

Fls. 54

Fls. 55

Fls. 56

Fls. 57

Fls. 58

Fls. 59

Fls. 60

Fls. 61

Fls. 62

Fls. 63

Fls. 64

Fls. 65

Fls. 66

Fls. 67

Fls. 68

Fls. 69

Fls. 70

Fls. 71

Fls. 72

Fls. 73

Fls. 74

Fls. 75

Fls. 76

Fls. 77

Fls. 78

Fls. 79

Fls. 80

Fls. 81

Fls. 82

Fls. 83

Fls. 84

Fls. 85

Fls. 86

Fls. 87

Fls. 88

Fls. 89

Fls. 90

Fls. 91

Fls. 92

Fls. 93

Fls. 94

Fls. 95

Fls. 96

Fls. 97

Fls. 98

Fls. 99

Fls. 100

Fls. 101

Fls. 102

Fls. 103

Fls. 104

Fls. 105

Fls. 106

Fls. 107

Fls. 108

Fls. 109

Fls. 110

Fls. 111

Fls. 112

Fls. 113

Fls. 114

Fls. 115

Fls. 116

Fls. 117

Fls. 118

Fls. 119

Fls. 120

Fls. 121

Fls. 122

Fls. 123

Fls. 124

Fls. 125

Fls. 126

Fls. 127

Fls. 128

Fls. 129

Fls. 130

Fls. 131

Fls. 132

Fls. 133

Fls. 134

Fls. 135

Fls. 136

Fls. 137

Fls. 138

Fls. 139

Fls. 140

Fls. 141

Fls. 142

Fls. 143

Fls. 144

Fls. 145

Fls. 146

Fls. 147

Fls. 148

Fls. 149

Fls. 150

Fls. 151

Fls. 152

Fls. 153

Fls. 154

Fls. 155

Fls. 156

Fls. 157

Fls. 158

Fls. 159

Fls. 160

Fls. 161

Fls. 162

Fls. 163

Fls. 164

Fls. 165

Fls. 166

Fls. 167

Fls. 168

Fls. 169

Fls. 170

Fls. 171

Fls. 172

Fls. 173

Fls. 174

Fls. 175

Fls. 176

Fls. 177

Fls. 178

Fls. 179

Fls. 180

Fls. 181

Fls. 182

Fls. 183

Fls. 184

Fls. 185

Fls. 186

Fls. 187

Fls. 188

Fls. 189

Fls. 190

Fls. 191

Fls. 192

Fls. 193

Fls. 194

Fls. 195

Fls. 196

Fls. 197

Fls. 198

Fls. 199

Fls. 200

Fls. 201

Fls. 202

Fls. 203

Fls. 204

Fls. 205

Fls. 206

Fls. 207

Fls. 208

Fls. 209

Fls. 210

Fls. 211

Fls. 212

Fls. 213

Fls. 214

Fls. 215

Fls. 216

Fls. 217

Fls. 218

Fls. 219

Fls. 220

Fls. 221

Fls. 222

Fls. 223

Fls. 224

Fls. 225

Fls. 226

Fls. 227

Fls. 228

Fls. 229

Fls. 230

Fls. 231

Fls. 232

Fls. 233

Fls. 234

Fls. 235

Fls. 236

Fls. 237

Fls. 238

Fls. 239

Fls. 240

Fls. 241

Fls. 242

Fls. 243

Fls. 244

Fls. 245

Fls. 246

Fls. 247

Fls. 248

Fls. 249

Fls. 250

Fls. 251

Fls. 252

Fls. 253

Fls. 254

Fls. 255

Fls. 256

Fls. 257

Fls. 258

Fls. 259

Fls. 260

Fls. 261

Fls. 262

Fls. 263

Fls. 264

Fls. 265

Fls. 266

Fls. 267

Fls. 268

Fls. 269

Fls. 270

Fls. 271

Fls. 272

Fls. 273

Fls. 274

Fls. 275

Fls. 276

Fls. 277

Fls. 278

Fls. 279

Fls. 280

Fls. 281

Fls. 282

Fls. 283

Fls. 284

Fls. 285

Fls. 286

Fls. 287

Fls. 288

Fls. 289

Fls. 290

Fls. 291

Fls. 292

Fls. 293

Fls. 294

Fls. 295

Fls. 296

Fls. 297

Fls. 298

Fls. 299

Fls. 300

Fls. 301

Fls. 302

Fls. 303

Fls. 304

Fls. 305

Fls. 306

Fls. 307

Fls. 308

Fls. 309

Fls. 310

Fls. 311

Fls. 312

Fls. 313

Fls. 314

Fls. 315

Fls. 316

Fls. 317

Fls. 318

Fls. 319

Fls. 320

Fls. 321

Fls. 322

Fls. 323

Fls. 324

Fls. 325

Fls. 326

Fls. 327

Fls. 328

Fls. 329

Fls. 330

Fls. 331

Fls. 332

Fls. 333

Fls. 334

Fls. 335

Fls. 336

Fls. 337

Fls. 338

Fls. 339

Fls. 340

Fls. 341

Fls. 342

Fls. 343

Fls. 344

Fls

[illegible][illegible][illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA OLINDA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ.: 11.268.720/0001-59
SAMU 192 -UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

[illegible]

ATTENDIMENTO SEGUNDO MORBIDADE

[illegible]

CHARGES EXTENDING

[illegible]

TEMPORENTA SEGUNDO MORTALIDADE

☐ **Not a member of a labor union** ☐ **Member of a labor union**
☐ **Not a member of a labor union** ☐ **Member of a labor union**

INTERCONFERÊNCIAS NO ATENDIMENTO

☐ I have a personal relationship with the donor	☐ I have a personal relationship with the donor
☐ I have a personal relationship with the donor	☐ I have a personal relationship with the donor
☐ I have a personal relationship with the donor	☐ I have a personal relationship with the donor

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

~~16 MAIO 2018~~

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EVALUACIÓN SECUNDARIA

[illegible]

DADOS COMPLEMENTARES

[illegible]

DIAGNÓSTICOS

TERAPÉUTICA INSTITUÍDA			
REPOSIÇÃO VOLUMICA	VOLUME	MEDICAÇÕES	VIA
REINER LACTIVO	1	lançodo de dipirona + AL	CV
SOL. FISIOLÓGICA 0,9%			
SOL. GLICOSEADO 30%			
OUTROS			

MATERIAL UTILIZADO
Quiso, Teflon, Pringa de cordão

COMPREV

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: 26/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.437,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000015047-4

Nr. da Autenticação A2BD70E87FA8C53B

JOSE ISMAL DA SILVA
RUA JOAO NACIO DE OLIVEIRA, 25 - CENTRO
NOVA OLINDA / PE CEP: 50780000 (AG 154)

Emissão: 07/03/2018 Referência: Mar / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B225, kWh25 - Cota Residencial - João Pessoa / PE - CEP 50711-900
Reters: 2 - 156 - 420 - 3900 NF Medidor: 00008227401

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.095.903/0001-40 Ins. Est. 16.616.323-0

Nota Fiscal/Contra de Entrega Emissão: 00008227401
Cód. para Deb. Automática: 00008227401

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a: Mar / 2018
Apresentação: 07/03/2018
Data prevista da próxima leitura: 06/04/2018
CPF/ CNPJ/ RAN: 37403265491
PSC: EN

UC (Unidade Consumidora):

5/868057-1

Canal de contato

- Furto de energia e a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no comitê ao mesmo tempo: transmita da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
02/02/18	8045	07/03/18	9153	33
Demonstrativo				
CC Descrição	Quantidade Tarifas	Valor Base Calc. Aq. (unidade)	Base Calc. (R\$)	Cobrança (R\$)
0001 Consumo em kWh	107,000 0,114720	78,47	78,47	0,51 2,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		8,52	0,00	0,00 0,00
0004 JUROS DE MORA 01/2018		0,74	0,00	0,00 0,00
0005 MULTA 01/2018		2,35	0,00	0,00 0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018		0,54	0,00	0,00 0,00

CC Código de Classificação do Item TOTAL 89,82 78,47 20,84 79,47 0,51 2,29

Média últimos meses (kWh)

137

VENCIMENTO
14/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 89,62

Histórico de Consumo (kWh)

130 | 127 | 138 | 136 | 134 | 140 | 121 | 137 | 158 | 138 | 152 | 114
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

f55f.dc57.f3f0.327f.791e.bf35.6c48.da2b.

Indicadores de Qualidade

1/2018 - Energia

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	3,88	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	25,88		
FIC MENSAL	3,48	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 200 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	9,97		
FIC ANUAL	19,95		
OMC	0,30	3,65	
DICR	12,24		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Requisito de Qualidade Energia PE	20,75	23,15
Compra de Energia	23,86	26,51
Serviço de Transmissão	3,11	3,47
Encargos Setoriais	4,51	5,02
Impostos, Custos e Encargos	36,69	40,92
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	89,82	100,00

Valor em USD (R\$) 1/2018 (R\$ 40,29)

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 22/03/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida 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 essa mensagem.
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

Fev/18 100,71

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AP number: 000920500

96

CPF/ CNPJ/ RANI

3924706409

5/27663-4

Canal de conta
Ao acessar www.energia.com.br você resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como segunda via da conta, mudança de titularidade, religação, cancelamento de débitos, entre outros.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
15/08/17	8847	14/08/17	8867						
CCI	Descrição	Demonstrativo							
		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Aliq	Valor Base Calc	Por(R\$)	Consumo(R\$)	Dias
		Tributos Totais(R\$)	ICMS(R\$)	ICMIO		Pa/Consumo(R\$)	ICMS(R\$)	ICMIO(R\$)	
0601	Custo de Disponibilidade	14,48	0,00	0	0,00	14,48	0,08	0,01	
0601	Adic. B. Vermeixe	0,49	0,00	0	0,00	0,49	0,00	0,01	
0601	Adic. B. Amarela	0,28	0,00	0	0,00	0,28	0,00	0,00	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

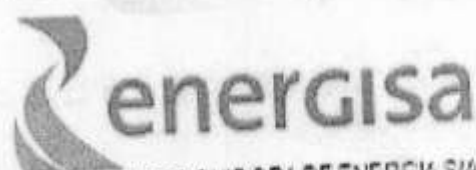
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIÁ, 58 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58790000 (AG. 154)

Emissão: 13/04/2018 Referência: Abr / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3890

Nº medidor: 00008205001



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 004.930.499
Cód. para Dêb. Automático: 00000276634

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2018	13/04/2018	15/05/2018	3924706409 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/27663-4**

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
Viu um fio caído no chão? Não toque ou se aproxime. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para isolar o local.



Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/03/18	10032	13/04/18	10090	1	58	30

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc. Aliq.	ICMS(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	Colins(R\$)	
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	PIS/Colins(R\$)	(0,9161%)	(4,2196%)	
0801	Consumo em kWh	59,000	0,707930	41,08	41,08	25	10,28	41,08	0,37 1,73
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			9,30	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 03/2018			0,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	MULTA 03/2018			0,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018			0,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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:

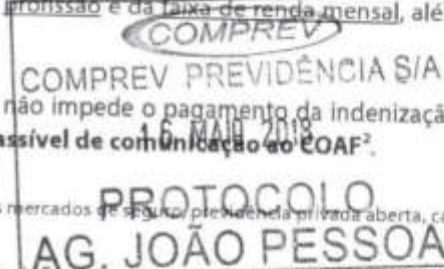
<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.



Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064/09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joseph Amancio de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.640.714/22, do sinistro de DPVAT cobertura inculcista da Vítima Joseph Amancio de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.640.714/22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaporanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.780-000</u>
Email <u>sentar.assessoria@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83/999471520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978811</u>	

Itaporanga 02 de Maio de 2018
Local e Data

X Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, José Yan Barreiro da Silva
RG nº 3.851.979, data de expedição 29 / 04 / 2010,
Órgão SSDS/PR, portador do CPF nº 105.275.814-29, com
domicílio na cidade de Nova Olinda, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Timoteu de Paula, nº 511,
complemento dentro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Joseph Amancio de Sousa, cujo condutor era
o mesmo.

Veículo: moto
Modelo: Honda/CG 150 Fan ESD
Ano: 2013/2014
Placa: OGG 2697/PB
Chassi: 9C2KC168DER468619
Data do Acidente: 17/ janeiro/2018

Local e Data: Itaperanga/PB, 02/ maio/2018

x José Yan Barreiro da Silva

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL - E NOTAS
Rua Getúlio Vargas, 10, Centro, Nova Olinda - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) do:
José Yan Barreiro da Silva
Dou fe. Nova Olinda/PB - 02/05/2018
Escrevente: Marcelo Górgias de Sousa Rodrigues
Selo Digital: AGW02437-7H97
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,74



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Paciente: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA
Nº do Pedido: 19474
Idade: 19 Anos
Convênio: PIAF
Data: 25/04/2018
Médico Solicitante: NAO INFORMADO

RAIO X DO OMBRO DIREITO

ACHADOS

Fratura completa de terço médio da clavícula com cavalgamento.

Corticais e interlinhas articulares conservadas.

Aspecto normal das partes moles periarticulares.



Emerson Claudino
Médico Radiologista
CRM: 8342

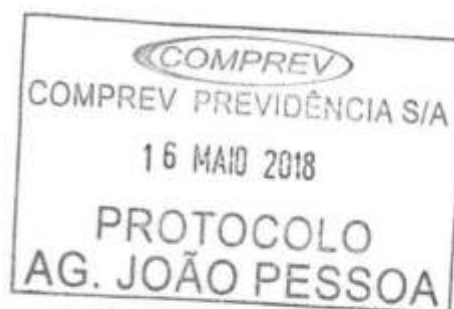
Paciente: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA
Nº do Pedido: 18207
Idade: 19 Anos
Convênio: PAF
Data: 06/03/2018
Médico Solicitante: NAO INFORMADO

RAIO X DA CLAVÍCULA

ACHADOS

Fratura de terço médio da clavícula com cavalgamento.

Partes moles sem alterações.



Emerson Claudino
Médico Radiologista
CRM: 8342



**RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

NOME: *Joseph Amancio Sane* DN: _____ PRONT. Nº: *1582143*
 NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____
 ADMISSÃO: *18/01/2018* ALTA: *28/02/18*

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

*Pct vítima de colisões moto + animal, sofreu
 Politrauma, el TCE grave (LAD + HSAT + H⁺ comerva de
 pela NCK), altera ca livre de complacência eucitoi
 apresentando ainda ferimentos em face.*

2. Resultado dos principais exames

TC = resultado do item 1.

3. Evolução e complicações

*Evolui grave no UTI el PNM aspirativa, ulcena
 sacral, PAR (aureobacta sp); necessitou per traq
 otomizado. Alta de UTI em 13.2.18, el melhora
 Decanulado dia 27/2/18 do quadro*

4. Terapêutica realizada

*Meopren
 Vancomina
 Hidantal*

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

*TCE grave
 Politrauma*

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Eucitivo em escane



7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☒ Melhorado ☐ Inalterado
☐ Transferido para: _____

Campina Grande, *28* de *02* de *18*

Responsável pelo resumo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DOENÇAS
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PROFISSIONAL
JOSEPH AMANCIO DE SOUSA

DOC. ENTIDADE / ORG. EMISSOR
3903067 SSDB PB

CPF
106.640.714-22

DATA NASCIMENTO
27/06/1998

PLACÃO
JOSE AMANCIO DA SILVA
DAMIANA ALVES DE SOUSA
AMANCIO

PERMISSÃO
ACD CENAS
AB

1ª REGISTRO
06773811812

VALIDADE
29/01/2021

1ª REGISTRAÇÃO
05/01/2017

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR
JOSEPH AMANCIO DE SOUSA

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
29/01/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
44088406030
PB036176516

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1633600843

PROIBIDO PLASTIFICAR
1633600843

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5652161 SSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

Nº REGISTRO
04119219971

VALIDADE
20/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR
Edilson Rodrigues dos Santos

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Carlos Antônio Sousa Alencar
 Diretor Presidente

32584580707
 PE079781306

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 16 MAIO 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANES

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013221554183
VIA 1 0059522626-4 00/00000000 2017

JOSE YAN BARREIRO DA SILVA

10527581429 OGG2697/PB

NOVO PB 9C2KC1680ER468619

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL

HONDA/CG150 FAN ESDI 2013 2014

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA

1 00/00/0000 1º

2 00/00/0000 2º

3 00/00/0000 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO 25/08/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

NOVA OLINDA-PB 05/09/2017

17221 35335

PB Nº 013221554183 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 05/09/2017

VIA 1 10527581429 PLACA OGG2697/PB

00595226264 HONDA/CG150 FAN ESDI

2013 9 9C2KC1680ER468619

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** DENATRAM (R\$) *****

***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.208/0001-04

35335-0925409-20170905

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180224685 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA **Data do acidente:** 17/01/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO GRAVE COM EDEMA CEREBRAL COM FOCOS HEMORRÁGICOS DIFUSOS. FRATURA CAVALGADA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME NEUROLÓGICO: APRESENTA PERDA DA MEMORIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA DE FORMA INTENSA, ALTERAÇÕES COGNITIVAS, DIFICULDADE PARA COMUNICAÇÃO DURANTE O EXAME FÍSICO, RELATO DE VERTIGEM, CEFALÉIAS CRÔNICAS, FAZ USO DE GARDENAL DE 100 MG, FENOBARBITAL DE 100 MG 1 X AO DIA, CICATRIZES E RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO OCCIPITAL E TEMPORAL DO LADO DIREITO, ALÉM DE MÚLTIPLAS CICATRIZES EM HEMI FACE DIREITA.
AO EXAME DO OMBRO DIREITO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DEVIDO AO CAVALGAMENTO ÓSSEO, ENCURTAMENTO RELATIVO DE 1 CM, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 15°.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM REALIZAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO, PERMANECU INTERNADO DEVIDO AO REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA POR UM PERÍODO DE 32 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, DURANTE ESSE PERÍODO PERMANECU COM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E POSTERIORMENTE FOI REALIZADA CONVERSÃO PARA TRAQUEOSTOMIA, APÓS ESSE PERÍODO PERMANECU POR MAIS 13 DIAS EM ENFERMARIA ATÉ A TOTAL ESTABILIZAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, DEVIDO AO ESTADO GRAVE DO TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO NÃO FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA, POIS O MESMO ENCONTRAVA-SE SEM CONDIÇÕES DE REALIZAR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico, Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			62,5 %	R\$ 8.437,50

PRESTADOR

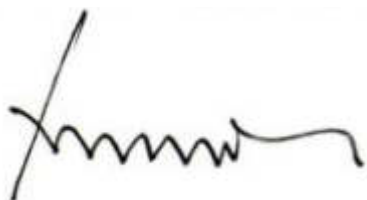
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175620/18
Vítima: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA
CPF: 106.640.714-22

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/01/2018
Titular do CPF: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA

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
Outros

3180224685

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

JOSEPH AMANCIO DE SOUSA : 106.640.714-22

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 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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/05/2018
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.242.633 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 30/09/2010

NOME JOSÉ AMANCIO DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO AMANCIO DA SILVA
MARIA JOSÉ DA SILVA

NATURALIDADE NOVA OLINDA-PB DATA DE NASCIMENTO 01/02/1967

DOC CASAM N.2.577 FLS.38-V LIV.B-07

CARTORIO ITAPORANGA-PB

CPF 640.382.974-20

Inden. Pessoa - PB

Arquivado em 17/10/2010

Arquivado em 17/10/2010

Notificante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-239

ESQUERDO

José Amancio da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 MAIO 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180224685 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA **Data do acidente:** 17/01/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE E FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA

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: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180224685**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSEPH AMANCIO DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOAO INACIO DE OLIVEIRA, 25, CASA - CENTRO - Nova Olinda - PB - CEP 58798-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1242633**

Data e local do acidente: [**17/01/2018**] **NOVA OLINDA PB**

Data e local do exame: [**21/06/2018**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO GRAVE COM EDEMA CEREBRAL COM FOCOS HEMORRÁGICOS DIFUSOS. FRATURA CAVALGADA DA CLAVÍCULA DIREITA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM REALIZAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO, PERMANECU INTERNADO DEVIDO AO REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA POR UM PERÍODO DE 32 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, DURANTE ESSE PERÍODO PERMANECU COM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E POSTERIORMENTE FOI REALIZADA CONVERSÃO PARA TRAQUEOSTOMIA, APÓS ESSE PERÍODO PERMANECU POR MAIS 13 DIAS EM ENFERMARIA ATÉ A TOTAL ESTABILIZAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, DEVIDO AO ESTADO GRAVE DO TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO NÃO FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA, POIS O MESMO ENCONTRAVA-SE SEM CONDIÇÕES DE REALIZAR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME NEUROLÓGICO: APRESENTA PERDA DA MEMORIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA DE FORMA INTENSA, ALTERAÇÕES COGNITIVAS, DIFICULDADE PARA COMUNICAÇÃO DURANTE O EXAME FÍSICO, RELATO DE VERTIGEM, CEFALÉIAS CRÔNICAS, FAZ USO DE GARDENAL DE 100 MG, FENOBARBITAL DE 100 MG 1 X AO DIA, CICATRIZES E RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO OCCIPITAL E TEMPORAL DO LADO DIREITO, ALÉM DE MÚLTIPLAS CICATRIZES EM HEMI FACE DIREITA. AO EXAME DO OMBRO DIREITO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DEVIDO AO CAVALGAMENTO ÓSSEO, ENCURTAMENTO RELATIVO DE 1 CM, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 15°.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano neurológico, Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CIME-PE 24411
TECOT 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB