

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2016

Carta nº: 9978930

A/C: ORLANDO DAVID DE SOUSA

Sinistro: 3160658999 ASL-1131838/16
Vítima: ORLANDO DAVID DE SOUSA
Data Acidente: 06/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2016

Carta nº: 10028622

A/C: ORLANDO DAVID DE SOUSA

Sinistro: 3160658999 ASL-1131838/16
Vítima: ORLANDO DAVID DE SOUSA
Data Acidente: 06/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10120965

A/C: ORLANDO DAVID DE SOUSA

Sinistro: 3160658999 ASL-1131838/16
Vítima: ORLANDO DAVID DE SOUSA
Data Acidente: 06/04/2016
Natureza: 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: **ORLANDO DAVID DE SOUSA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000634-3**

Conta: **000010020687-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T1%*



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DALANDO DAVID DE SOUSAPORTADOR(A) DO RG Nº 1.131.237

EXPEDIDO POR

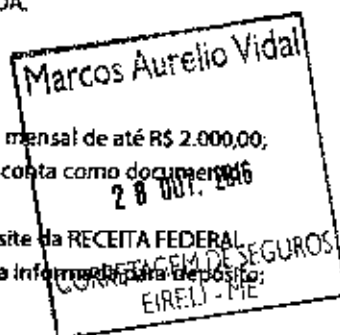
SSPIPBEM 05/07/18 ECPF 488572644-49 CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO FUNC. PÚBLICO

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DALANDO DAVID DE SOUSA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 005 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0634-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20.687-3

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

ITAPORANGA, 28 de JULHO

LOCAL E DATA

de 2016 Dalando David de Sousa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISB8 SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/07/2016 11:59:03
217671986 2493
EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX
AGENCIA: 0634-9
CONTA: 205687-3
VARIACAO: 11-59
CLIENTE: ORLANDO DAVID DE SOUSA
DATA: 01.08.2016 HISTORICO VALOR
Junho/2016

Marcos Aurelio Vidal

28 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Orlando David de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dr Joao Lucia, S/N 00
Mariz Nova Olinda PB CEP: 58798-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 11221
Data local do exame: [23/11/2016] Cajazeiras [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura da clavícula esquerda.

Presença de diminuição dos movimentos de elevação e abdução do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de atrofia da musculatura do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de cavalgamento das extremidades fraturadas no terço distal da clavícula esquerda provocando encurtamento da mesma.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

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

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

(X) Sim () Não

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

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

Paciente deu entrada no hospital origem aonde foi transferido para o hospital de referencia aonde e foi tratado conservadoramente da fratura da clavícula esquerda com colocação de colete em oito. Recebeu alta e realizou fisioterapia.

Data da alta: 10/2016.

Foi tratado conservadoramente da fratura da clavícula esquerda com colocação de colete em oito por um período de 40 dias, Presença de diminuição dos movimentos de elevação e abdução do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de atrofia da musculatura do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de cavalgamento das extremidades fraturadas no terço distal da clavícula esquerda provocando encurtamento da mesma.

Complicações: Sem complicações.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Presença de diminuição dos movimentos de elevação e abdução do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de atrofia da musculatura do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de cavalgamento das extremidades fraturadas no terço distal da clavícula esquerda provocando encurtamento da mesma.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

Membro superior - Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. José Gerardo V. Matos
Médico | CRM - 3216
CPF: 073.762.353-53



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 433 /2016

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 06 / ABRIL / 2016.

HORAS: 18h15min

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: JOSE PEREIRA DE SOUSA

Notificante / Vítima:

ORLANDO DAVID DE SOUSA, natural de Nova Olinda/PB, Solteiro, Funcionario Publico, nascido no dia 12.04.69, filho de Antonio de Oliveira David da Silva e Ana Idalina de Sousa, RG 1.131.237/PB e CPF 488.512.644-49, residente na R. Dr. João Lucio s/n CJ.Mariz Nova Olinda/PB.

HISTORICO DO FATO

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

Queno dia e horas acima citadas, dirigia-se de Santana dos Garrotes pra Piancó, pela BR 426, conduzindo o veículo GM/CELTA 2P LIFE, cor Preta, ano 2006/07, placa KPG3829SP e chassi 9BGRZ08907G169177, em nome de DANIEL ROSADO DE SOUSA e após passar pelo Lixão de Santana dos Garrotes/PB, um animal(jumento) atravessou a BR e ao tentar desviar do mesmo capotou o veiculo, sendo então socorrido pelo SAMU.



Itaporanga, 24 / Jun / 2016.

Orlando David de Sousa

Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 60.265-5





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rilando David de Sousa, portador da carteira de identidade nº 1.131.237 e inscrito no CPF/MF sob o nº 488.512.644-49, residente e domiciliado na Rua Dr. João Inácio, S/N, Maria, Cidade Nova Olinda, Estado Paraná, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rilando David de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itaperanga/PB, 28/07/2016.

Local e data





REGISTRO MÉDICO / ATENDIMENTO VTR: USB-14

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: <u>06/04/2016</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>28</u>	PACIENTE / USUÁRIO: <u>Orlando Davi de Souza</u>	IDADE: <u>46</u>	SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>Bm. 426</u>	Bairro: <u>Zona Rural</u>	MÉDICO REGULADOR: <u>Dr. Carlos</u>		
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☒ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H. R. Franco RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: Médico

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES ☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: 28 OUT. 2016

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Aptidão em MSE + Helicóptero Local / Oligo redemia

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 130 X 80 FC: 120 FR: 20 TEMP: 36 °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 98% SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM / TÉC. EM ENFERMAGEM:

- ☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardíopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros _____

INTERVENÇÕES

Aprimor. SSVV, imobilização collar cervical e prancha rígida, com auxílio médico regulador, transferido p/ H. R. Franco / enfermeiro, com suporte regulador móvel

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO / TÉC. DE ENFERMAGEM:

At 10h masculino 46 anos, consciente, deambulando, vítima de acidente auto-mobilístico, ferimentos no tórax e clavícula (C), aprimor. SSVV, com auxílio médico regulador, imobilizado com collar cervical e prancha rígida, transferido p/ H. R. Franco / enfermeiro

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

EPTC, gases estêreis, Atorolux 15 cm.

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS**DIAGNÓSTICOS****PROCEDIMENTOS**

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)**EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)****ENCAMINHAMENTO**

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____ MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: Francis COREN: 304009 MAT: _____

CONDUTOR: Paulo Neto MAT: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ORLANDO DAVID DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000010020687-5

Nr. da Autenticação 9AF0F5CA5D20724B



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Orlando David de SousaRG nº 1.131.237, data de expedição 05/07/85, Órgão SSP/PB,CPF nº 488.512.644-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Sr. João Pucio</u>
Número	<u>310</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Maria</u>
Cidade	<u>Nova Olinda</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.798-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)999471520/(83)996978811</u>
E-mail	<u>sertao.asessoria@hotmail.com</u> <u>edilsondpvatpb@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaperanga/PB, 28/07/2016.Assinatura do Declarante: Orlando David de Sousa

Marcos Aurelio Vidal

28 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

JOANA MARIANO DA SILVA
RUA DE JOAO LUCIO, SN - MAFZ
NOVA OLINDA/PB CEP 58160000 (AO 134)

Cidade/Estado: RESIDENCIAL / BARRA RENDA LITORAL
Roteiro 3 - 158 - 400 - 720
Número 00009412395
Referência: Jul/2016
Emissão: 08/07/2016

Energisa

ENERGISA PARÁ: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R-220, Km 25 - Centro Paredão - João Pessoa/PB - CEP 58071-620
CNPJ 08.056.193/0001-40 Ins. Est. 15.915.822-4
Ano 1 de 1000 de Energia Elétrica Nº000 202 381
Código para DDD: Automático: 000000000

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

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora): 61322207-0**

Jul/2016

Apresentação:

08/07/2016

Data prevista da próxima leitura

09/08/2016

CNPJ/CPF/RAT

00009412395

07/08/16 0274 08/07/16 0368

Atualizar

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Consumo

Marcos Aurelio Vidal
28 OUT. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

DOCUMENTO 1 *T196*



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CARIA, 56 - CENTRO
ITAPORANGA/PA CEP: 68700000 (40° 154)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 7 - 104 - 75 - 2780
Módulo: 00008705001
Referência: Jun/2016
Emissão: 13/09/2016

energisa

ENERGISA PARÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
8-230, Km 25 - Criciúba Residencial - João Pessoa (PB) - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.086.180/0001-40 - Ins. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal/Contato Energia Eficiente 0000-458-711
Código para DTE: Autorizadora: 00000270834

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4

Jun / 2016

Canal de contato

Apresentação

13/08/2016

Data prevista da
próxima leitura

14/07/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

8924708409

Pos. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 06/06/2016 PAGAS
OBRIGADO!

**Histórico de Consumo
(kWh)**

Maio 70
Abril 82
Março 75

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/05/16	8578	13/08/16	8973	1	85	37

Descrição	Demonstrativo		Preço	Valor (R\$)
	Quantidade			
Consumo em kWh	85		R\$ 18,17	39,72
ICMS				14,43
PIS				0,84
COFINS				2,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA				0,00
JUROS DE MORA 05/2016				0,06
MULTA 05/2016				0,33

Marcos Aurelio Vidal

28 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 seguro, 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.

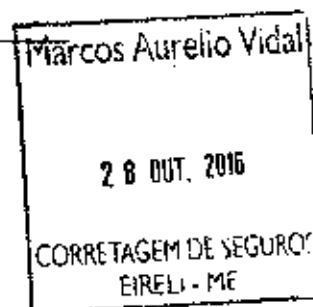
Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos, portador(a) do RG nº 5.652.161, expedido por SSP/PE, em 30/04/96, CPF/CNPJ nº 039.247.064-09,

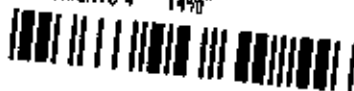
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Flaviano David de Sousa do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Flaviano David de Sousa, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ Recusa-R

Documentos comprobatórios: Recusa-R

Edilson Rodrigues dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Daniel Rosado de Sousa
 RG nº 2770605, data de expedição 25/08/2010
 Órgão SSP. PB, portador do CPF nº 059973274-18 com
 domicílio na cidade de Nova Olinda, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua = João de Sousa, nº 411,
 complemento grueta, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Orlando David de Sousa o condutor era
O mesmo.

Veículo: GM Celta 2 P LIFE
 Modelo: 2007
 Ano: 2006
 Placa: KGP 3829
 Chassi: 3 BGR2 089076 169177
 Data do Acidente: 06-04-2016
 Local e Data: BR-426

Daniel Rosado de Sousa
 Assinatura do Declarante

Orlando David de Sousa

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

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E NOTAS
 Avenida Doutor João Lúcio, 10 - Centro

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

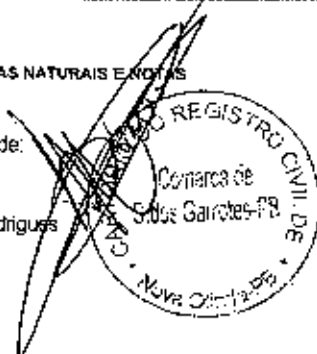
Daniel Rosado de Sousa

Dou fe: Nova Olinda/PB - 14/07/2016

Escrevente: Marcelo Gonzaga de Sousa Rodrigues

Selo Digital: ADR12633-3ESA

Acesso o site <https://selodigital.ljpb.jus.br>



Marcos Aurelio Vidal

20 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES



DOCUMENTO S *15%



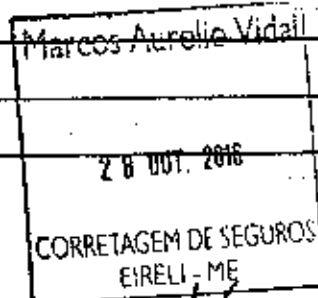
AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE PACIENTE

De: Hospital Regional de Pernambuco PB
Para: Hospital Regional de Pernambuco
Paciente: Orlando Barreto de Sá
Endereço:

Diagnóstico: Pac. com lesão mielo-ligamentar em clavícula esquerda após trauma em trânsito

Motivo da Transferência: ausência de ortopedista

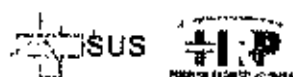
veículo Recomendado: suporte básico



Data: 06.04.16

Dr.ª Joana Dure Bope
CRM PB 5786

ASSINATURA DO MÉDICO



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268.0023/78
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 26

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (AUTOMOVEL)

Paciente: ORLANDO DAVID DE SOUSA
Mãe: ANA IDALINA DE SOUSA
Nascimento: 12/4/1969 Idade: 46 Cor: PARDA Sexo: M
Profissão: FUNCIONÁRIO(A) PÚBLICO
Endereço: DOUTOR JOAO LUCIO Nrm.:
Bairro: CONJUNTO MARIS 2 Fone: (83)99692-2924
Cidade: NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204
CNS: 700-2039-8549-9023 Identidade: 1131237 SSP/PB
CPF: Reg. Nasc.:
Data / Hora: 6/4/2016 20:35:11 Recepcionista: Iara
Ficha Número: 134184 68739

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

- 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO	
☐ 1. PRESCRITA	☐ OBSERVAÇÃO	☐ RESIDÊNCIA	☐ INTERNAÇÃO
☐ 2. APLICADA	☐ OUTRO HOSPITAL	☐ ÓBITO	☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-	0	3	0	3	0	9	0	1	2	0
2-										
3-										

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

Médico / Cnm / Cna

RALFF LOPES DE MEDEIROS PEREIRA LIMA - 4821 - 126-3270-244-0005

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Pol. de Direção

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Marcos Aurelio Vidal

28 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Dr. Claudio de A. Silva

B. H. M.

*Alfama 1.000
Tamanho 2/3 8/8*

Dr. Antonio

*Dr. Antonio Leão de F. Costa
Traumato. Ortopedia
CRM-PB 2038*

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

Marcos Aurelio Vidal

28 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANÓ
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

CÓDIGO DO CNES: 2600331 CNPJ/CPS: 09.778.268/0031-86

ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPO FILHO - 302

MUNICÍPIO: 58705-000 - PIANÓ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: *Delamirio Lauro de Sousa* SEXO: M IDADE: 40

PROFISSÃO: *professor* DOCUMENTO: *273227*

ENDEREÇO: *Av. João Agripino*

CIVILIDADE: *solteiro* ESTADO: *Paraná*

CÓDIGO DE MUNICÍPIO: *212020* INSC: *200227975499023*

DATA DO EXAME: *21-04-2016* DATA DE ATENDIMENTO: *06-04-2016*

1 - RACIA: 14 - BRANCA 15 - INDIGENA 16 - OUTRO
2 - ANTERIOR 3 - INDIGENA 4 - OUTRO

EXAMINE E EXAME VISUAL DO MARIOL

*pac. e trauma
contusões
clavícula esp*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

*Exame de clavícula
em R. prof*

RESULTADOS

MATERIAIS - INDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

CARACTER DO ATENDIMENTO:

- () 01 - ELEITIVO
- () 02 - URGÊNCIA
- () 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- () 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- () 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE E/OU TRANSPORTES
- () 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO

Trauma contusões

ENCAMINHAMENTO

1 - AMBULATORIAL 2 - RESIDENCIAL
3 - INTERNAÇÃO 4 - OUTRO HOSPITAL
5 - OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS (TIPO) - PROCEDIMENTO

1 - *0301060096*
2 -
3 -

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

CNS

CRM

CRM

225/25

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

Macos Aurelio Vidal

28 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
CIREL - ME



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

CÓDIGO DA UNIDADE: 5673

CNPJ: 08.778.268/0031-86

ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIÑO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000

MUNICÍPIO: PIANCÓ

ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

PACIENTE

NOME: Colomides DOLLA S. Sousa

IDADE: 46

PROFISSÃO: nutricista

DOCUMENTO:

ENDEREÇO: João V. Basco

BAIRRO:

CEP:

MUNICÍPIO: Urua Linda

ESTADO: PB

UF:

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:

CNS:

DATA DO NASCIMENTO: 22-04-1969 DATA DO ATENDIMENTO:

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

RAÇA/COR:

SEXO:

DADOS CLÍNICOS

Trauma crânio

Marcos Aurelio Vidal

28 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx de clavícula
esquerda em AP
e perfil

0 2 0 4 1 0 2 0 0 6 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

CID - 10

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
488.512.644-49

Nome
ORLANDO DAVID DE SOUSA

Nascimento
12/04/1969

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DOCUMENTO 6 "T546"



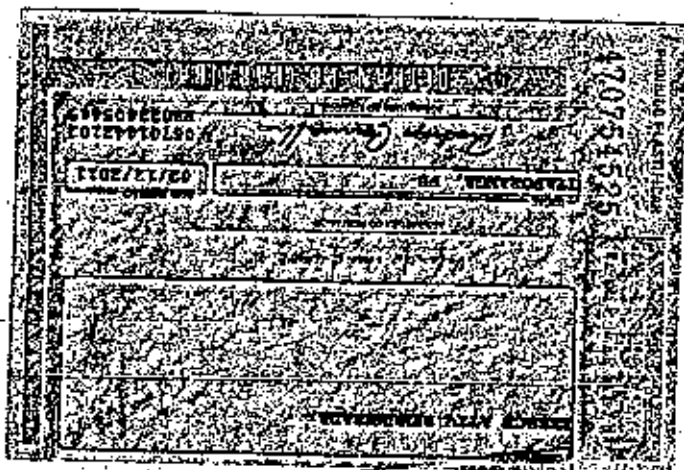
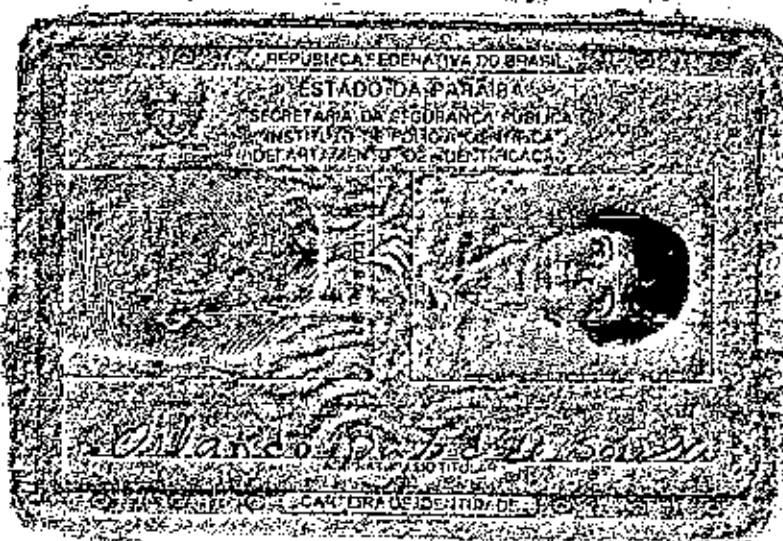
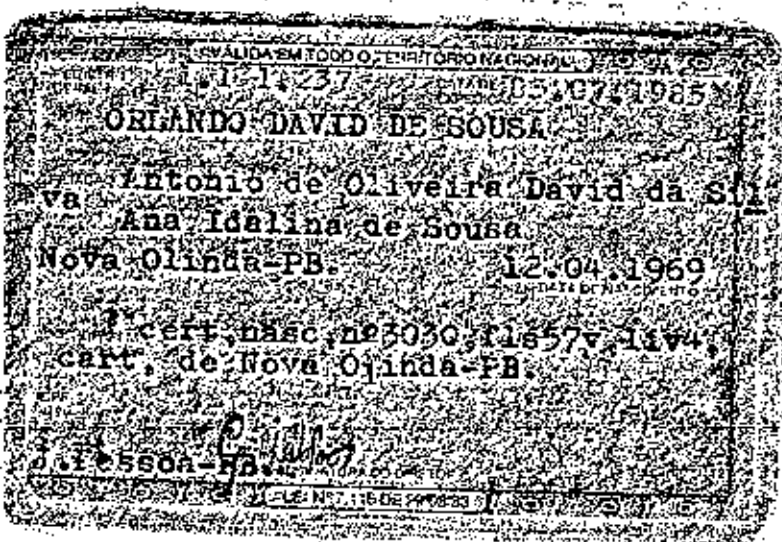
CÓDIGO DE CONTROLE
3FB3.4E78.EB81.61AA

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

As 10:02:59 do dia 03/05/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



Marcos Aurelio Vidali
28 OUT. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

DOCUMENTO 3 "13%"



573984566
D. TERNERIANO PLACIDIANO
573984566

REPUBLICA DE PARAGUAY
MINISTERIO DEL INTERIOR
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICACION

ESTEROS RODRIGUES DOS SANTOS

NO. IDENTIFICACION 573984566
SEX M
DATE OF BIRTH 23/05/1976
DATE OF EXPIRATION 23/05/2012
ADDRESS DOS SANTOS
CALLE RODRIGUES DA SILVA
CITY ASUNCION
DEPARTMENT ASUN

573984566
D. TERNERIANO PLACIDIANO
573984566

REPUBLICA DE PARAGUAY
MINISTERIO DEL INTERIOR
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICACION

ALBINO RODRIGUES DOS SANTOS

NO. IDENTIFICACION 573984566
SEX M
DATE OF BIRTH 23/05/1976
DATE OF EXPIRATION 23/05/2012
ADDRESS DOS SANTOS
CALLE RODRIGUES DA SILVA
CITY ASUNCION
DEPARTMENT ASUN

Marcos Aurelio Vidal

20 OCT. 2015

CORRETAGEN DE SEGUROS
EIRELI - ME

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160658999

Cidade: Itaporanga

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ORLANDO DAVID DE SOUSA

Data do acidente: 06/04/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Presença de diminuição dos movimentos de elevação e abdução do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de atrofia da musculatura do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de cavalgamento das extremidades fraturadas no terço distal da clavícula esquerda provocando encurtamento da mesma.

Resultados terapêuticos: Foi tratado conservadoramente da fratura da clavícula esquerda com colocação de colete em oito por um período de 40 dias. Sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional leve do MSE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jose Gerardo Vale Matos

CRM do médico: 3216

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160658999 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ORLANDO DAVID DE SOUSA **Data do acidente:** 06/04/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS.

DANOS

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

PRESTADOR

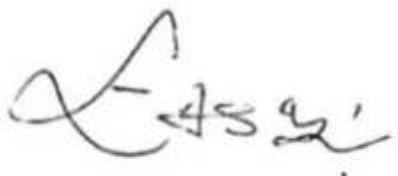
VISÃO MÉDICA LTDA

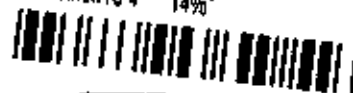
Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguro
DPVAT

O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Orlando David de Sousa
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
 Profissão: Func. Público
 Identidade: 1.131.137 CPF: 488.512.644-49
 Endereço: R. Dr. João Pucio, S/N, Maria, Nova Olinda.

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
 Profissão: Autônomo
 Identidade: 5.652.161 CPF: 039.247.064-09
 Endereço: R. Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaporanga.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a MBM SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Orlando David de Sousa.

Local e Data: Itaporanga/PB, 28/07/2016.

Orlando David de Sousa

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

IBS CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO
SERVIDOR NOTARIAL E REGISTRAL / OFÍCIO DE NOTAS
R. Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaporanga, PB, 56300-000



Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de ORLANDO DAVID DE SOUZA
 ITAPORANGA/PB, 28 de julho de 2016.
 Edilson Rodrigues dos Santos
 Manoel Rodrigues dos Santos (Escrivão),
 Selo Digital LAE76586-KYRZ
 Consolida e autenticada em: <https://selodigital.ijpb.us.br>

Marcos Aurelio Vidal

28 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



НАУДНВАРТОДАНУДОДНА

ИСТИДНОВА

ИСТИДНОВА

ИСТИДНОВА

ИСТИДНОВА

ИСТИДНОВА

ИСТИДНОВА

ИСТИДНОВА

ИСТИДНОВА

ИСТИДНОВА

ИСТИДНОВА

ИСТИДНОВА

ИСТИДНОВА