:

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190409302

Vítima: CICERO DELFINO DE LIMA

Data do Acidente: 11/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00317/00318 - carta_02 - INVALIDEZ

00060159

Carta nº 14525747

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190409302 **Vítima: CICERO DELFINO DE LIMA**

Data do Acidente: 11/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO DELFINO DE LIMA

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

Pag. 00833/00834 - carta_01 - INVALIDEZ
00020417
Carta nº 14525748

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190409302 **Vítima: CICERO DELFINO DE LIMA**

Data do Acidente: 11/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO DELFINO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%
Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R$ 5.062,50

Recebedor: **CICERO DELFINO DE LIMA**
Valor: **R$ 5.062,50**
Banco: **104**
Agência: **000001456**
Conta: **0000009872-2**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01491/01492 - carta_15R - INVALIDEZ
00020746

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190409302 **Vítima: CICERO DELFINO DE LIMA**

Data do Acidente: 11/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO DELFINO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%
Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R$ 5.062,50

Recebedor: **CICERO DELFINO DE LIMA**
Valor: **R$ 5.062,50**
Banco: **104**
Agência: **000001456**
Conta: **0000009872-2**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01491/01492 - carta_15R - INVALIDEZ
00020746

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 043.992.494-47 | Nome completo da vítima: Cícero Delfino de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Cícero Delfino de Lima | CPF: 04399249447

Profissão: Recuso | Endereço: Rua dos Cupinzas | Número: 353 | Complemento:

Bairro: Mucumagro | Cidade: João Pessoa | Estado: PB | CEP: 58000-000

E-mail: | Tel.(DDD): (83) 986634900

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1456 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 09872 2 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital do polegar do(a) vítima ou beneficiário(a) não alfabetizado(a)

Local e Data, João Pessoa - PB 03/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Cícero Delfino de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 03 JUL. 2019 PROTOCOLO AO 10.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

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

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 07174.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07174.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:56 horas do dia 01 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Cicero Delfino de Lima**, RG nº 2078542 SSP/PB, CPF nº 043.992.494-47, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Pintor, filho(a) de Luzia Delfino de Lima e Não Declarado, natural de Bonito de Santa Fé/PB, nascido(a) em 06/09/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cupiúbas, Nº 353, complemento CASA, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Bar de Paulo., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98793-7914.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 008, Próximo a Acadepol., João Pessoa/PB, bairro Costa do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/01/19 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante no dia 11/01/2019 por volta das 12:30 horas quando transitava, pelo PB008; Jacarapé, João Pessoa-PB nas imediações do ACADEPOL, com o veículo tipo HONDA/NXR150 BROS ES e modelo: 2006/2006, de cor vermelha de placa: MNO/0197PB CHASSI: 9C2KD03306R035559 pertencente ao Sr. José Ricardo Claudio da Costa; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando um veículo não identificado/evadiu-se do local trancou o declarante fazendo com que o mesma perdesse o controle da moto e colidisse com um veículo Camionete F400 não identificada; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com CERTIDÃO nº 0785/2019, FRATURA EXPOSTA GRAVE DE OSSOS DO METATARSO + FERIMENTO EXTENSO DE PARTES MOLES CID S 92.3 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. Francisco Guedes de S. Neto CRM 2516/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

CICERO DELFINO DE LIMA
Noticiante

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

Procedimento Policial: 07174.01.2019.1.00.401

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 043.992.494-47 | Nome completo da vítima: Cícero Delfino de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Cícero Delfino de Lima | CPF: 04399249447

Profissão: Recuso | Endereço: Rua dos Cupinzas | Número: 353 | Complemento:

Bairro: Mucumagro | Cidade: João Pessoa | Estado: PB | CEP: 58000-000

E-mail: | Tel.(DDD): (83) 986634900

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1456 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 09872 2 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital do polegar do(a) vítima ou beneficiário(a) não alfabetizado(a)

Local e Data, João Pessoa - PB 03/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Cícero Delfino de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 03 JUL. 2019 PROTOCOLO AO 10.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 043.992.494-47 | Nome completo da vítima: Cícero Delfino de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Cícero Delfino de Lima | CPF: 04399249447

Profissão: Recuso | Endereço: Rua dos Cupinzas | Número: 353 | Complemento:

Bairro: Mucumagro | Cidade: João Pessoa | Estado: PB | CEP: 58000-000

E-mail: | Tel.(DDD): (83) 986634900

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1456 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 09872 2 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital do polegar do(a) vítima ou beneficiário(a) não alfabetizado(a)

Local e Data, João Pessoa - PB 03/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Cícero Delfino de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 03 JUL. 2019 PROTOCOLO AO 10.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190409302 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO DELFINO DE LIMA **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 1º e 2º MTT do pé E com lesão do tendão extensor, ferimento extenso de partes moles

Descrição do exame físico: AO EXAME : PRESENÇA DE ULCERA NA FACE DORSAL DE PÉ E COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE, DEFORMIDADE, COM PERDA DE 75% EVERSÃO, INVERSÃO E FLEXÃO DO PÉ E, LIMITAÇÃO DE 75% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DE 1º E 2º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: REALIZADO OSTEOSSÍNTESE NA URGÊNCIA , 02 LIMPEZAS , REALIZAÇÃO DE ENXERTO DE PELE. ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL . JÁ ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/07/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do pé E devido a repercussão funcional (presença de deformidade do pé, grande retração de pele, presença de úlcera na face dorsal, limitação grave da mobilidade do 1º e 2º pododáctilos esquerdos, limitação grave da eversão, inversão e flexão do pé).
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R$ 5.062,50
		Total	**37,5 %**	**R$ 5.062,50**

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980
FAX:( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 196908 Atd: Nao Regula
Data: 11/01/2019
Hora: 14:35:40
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAL
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Nome: CICERO DELFINO DE LIMA
Num. Prontuario: 2019.01.001254
CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 04399249447 Fone: 981466169
Natural: BONITO DE SANTA FE/PB Data Nasc.: 06/09/1979 Id: 39 ano(s)
End.: RUA CUPIUBAS,353
Bairro: MUCUMAGRO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: LUZIA DELFINO DE LIMA Pai:
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PINTOR SEM ESPECIFICACAO (SEM CURSO SUPERIOR) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: CICERO DELFINO DE LIMA
Tel/Doc. Responsavel: 981466169 / CPF: 04399249447
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO - MOTOXCARRO - CONDUTOR
Vitima de violência por: SO - TARDE - PX A CADEPOL - JACARAPE
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem	[ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia	[ ] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia	[ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular	[ ] Chocado
		[ ] Vomito	

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Queixa Principal
[illegible]MA DE COLISAO CARRO MOTO, COMSUSPEITA DE [illegible]URA EXPOSTA EM MIE

Observacao

CONFIANÇA PREVIDÊNCIA S/A
03 JUL. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
[illegible]

Diagnostico | Conduta

Prescricao | Horario da medicacao
1) SAD 5.000 U Em 15/30 [illegible]
2) Cefazolina 1g + 10 - [illegible]

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

27.07.2019
Realizado Atendimento Psicológico e Orientação.

Guiomar Ferreira da Silva
Psicóloga Clínica e Hospitalar
CRP 13 4366

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

COMPRE, P... S/A
03 JUL. 2019
PR...
AG. IO...

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 Medico

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980
FAX:( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 196908 Atd: Nao Regula
Data: 11/01/2019
Hora: 14:35:40
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAL
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Nome: CICERO DELFINO DE LIMA
Num. Prontuario: 2019.01.001254
CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 04399249447 Fone: 981466169
Natural: BONITO DE SANTA FE/PB Data Nasc.: 06/09/1979 Id: 39 ano(s)
End.: RUA CUPIUBAS,353
Bairro: MUCUMAGRO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: LUZIA DELFINO DE LIMA Pai:
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PINTOR SEM ESPECIFICACAO (SEM CURSO SUPERIOR) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: CICERO DELFINO DE LIMA
Tel/Doc. Responsavel: 981466169 / CPF: 04399249447
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO - MOTOXCARRO - CONDUTOR
Vitima de violência por: SO - TARDE - PX A CADEPOL - JACARAPE
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem	[ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia	[ ] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia	[ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular	[ ] Chocado
		[ ] Vomito	

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Queixa Principal
[illegible]MA DE COLISAO CARRO MOTO, COMSUSPEITA DE [illegible]URA EXPOSTA EM MIE

Observacao

CONFIANÇA PREVIDÊNCIA S/A
03 JUL. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
[illegible]

Diagnostico | Conduta

Prescricao | Horario da medicacao
1) SAD 5.000 U Em 15/30 [illegible]
2) Cefazolina 1g + 10 - [illegible]

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

27.07.2019
Realizado Atendimento Psicológico e Orientação.

Guiomar Ferreira da Silva
Psicóloga Clínica e Hospitalar
CRP 13 4366

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

COMPRE, P... S/A
03 JUL. 2019
PR...
AG. IO...

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 Medico

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: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO DELFINO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000009872-2

Nr. da Autenticação AF7B27D6F5327258

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cícero Delfino de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 043992494/47

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cícero Delfino de Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 043992494/47 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 na 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: Rua Agente Fiscal José G. Duarte		Número: 157	Complemento:
Bairro: Manangabeira	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58056-384
E-mail:			Tel (DDD): (83) 98663-4900

Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV PREVID
03 JUL. 2019
PRC
AG. J

DLDRL 001 V001/2017

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCISIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA UNICO DE SAUDE

CERTIDÃO

Nº. 0785/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 196908 e prontuário 2019.01.001254 pertencentes a **CICERO DELFINO DE LIMA** que foi atendido dia 11/01/2019 ás 14H35min, vitima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/01/2019, 07/02/2019 com alta médica dia 24/03/2019.

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

João Pessoa, 30 de maio de 2019

Médica
CRM/PB 4516

Dra. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516

COMPREV PREVIDENCIA S/A
03 JUL. 2019
PROTOCOLO

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980
FAX:( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 196908 Atd: Nao Regula
Data: 11/01/2019
Hora: 14:35:40
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAL
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Nome: CICERO DELFINO DE LIMA
Num. Prontuario: 2019.01.001254
CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 04399249447 Fone: 981466169
Natural: BONITO DE SANTA FE/PB Data Nasc.: 06/09/1979 Id: 39 ano(s)
End.: RUA CUPIUBAS,353
Bairro: MUCUMAGRO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: LUZIA DELFINO DE LIMA Pai:
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PINTOR SEM ESPECIFICACAO (SEM CURSO SUPERIOR) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: CICERO DELFINO DE LIMA
Tel/Doc. Responsavel: 981466169 / CPF: 04399249447
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO - MOTOXCARRO - CONDUTOR
Vitima de violência por: SO - TARDE - PX A CADEPOL - JACARAPE
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem	[ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia	[ ] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia	[ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular	[ ] Chocado
		[ ] Vomito	

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Queixa Principal
TRAUMA DE COLISAO CARRO MOTO, COMSUSPEITA DE FRATURA EXPOSTA EM MIE

Observacao

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 JUL. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
Paciente com fratura exposta de perna esquerda

Diagnostico | Conduta

Prescricao | Horario da medicacao
1) SAD 5.000 U Im 15:30
2) Cefazolina 1g + 100 - Cam
3) 01

Ronney A. Braga dos Santos
Medico - Cirurgia Geral

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

27.07.2019
Realizado Atendimento Psicológico e Orientações.

Guiomar Ferreira da Silva
Psicóloga Clínica e Hospitalar
CRP 13 4365

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

COMPRESS PRODUTOS S/A
03 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG JOA

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 Medico

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

JOÃO PESSOA

Nome: CICERO DELFINO DE LIMA				Registro:	
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clínica: *Traumatologia*	EMP:	LR:
Data: 28/ 01 / 2019			Cirurgião: *Everton*		
1º Assistente: *Yury Cordeiro*			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fratura do 1 e 2 Metatarso	*S92.3*

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O mesmo	

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	CÓDIGO
Limpeza Mecanica Cirurgica	

COMPANHIA PARAIBANA DE VIGILÂNCIA S/A
03 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de fratura de 1 e 2 metatarso

Conduta:

Realizado desbridamento de tecidos desvitelizados

Drenagem de secreção a expressão de dorso do pé

Exposição de tendão extensores

Solicito parecer da cirurgia plastica

Acompanhamento com comissão de curativo

Fechamento:

Curativo com sulfadiazina de prata

OBS:

COMPREV PREVIDENCIA S/A

03 JUL. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Dr. Yury Cordeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 11507

Data: 28 / 01 / 2019

MÉDICO/CRM

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Cicero Felipe de Brito				**Registro:**	
Idade:	**Sexo:** M	**Cor:**	**Clínica:**	**EMP:**	**LR:**
Data: 07/02/19	**Cirurgião:** André Siqueira			**1º Assistente:** Felipe	
2º Assistente: Ana Paula		**3º Assistente:** Tatiana		**Instrumentador:**	
Anestesista: Wilgard		**Tipo Anestesia:**		**Horário:** I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	**CID**
Infecção de Ferida Operatória	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	**CID**
O mesmo	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	**CÓDIGO**
LMC + drenagem	

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1- Paciente com DDH pós anterior
2- Anestesia + antissepsia
3- Aposição de campos estéreis

Incisão: Ø

Achados:

4- Fechamento c/ presença de fibrose em grande monta e áreas de necrose adiposa

Conduta:

5- LMC + desbridamento
6- Limpeza com SF 0,9% abundante
7- Curativo estéril com uso de alginato

Fechamento: Ø

OBS: Ato cirúrgico sem intercorrência

CONFERE COM O ORIGINAL
03 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO P.

Dr. Felipe Bezerra
Médico Ortopedista
Cirurgião Ortopedista
CRM - TO

Data: 01 / 02 / 19

MÉDICO/CRM

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: LICERO DELFINO DE LIMA				**Registro:**	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 11/03/19	Cirurgião: Dr FRANCISCO GUEDES			1º Assistente: Dr YURY	
2º Assistente: Dr VALDEMAR		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
FX EXPOSTA 1 e 2 MT +	
LESÃO TENDÃO EXTENSORES HALUX +	
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O MESMO.	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
RAFI + TENORRAFIA	

03 JUL. 2019

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (✓) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (✓) Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 (✓) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DD H SOB ANESTESIA
ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

Incisão:

Achados: RX EXPOSTO DE 2 MTT + LESÃO TENDÃO. EXTENSORES

Conduta: LMC COM SF 0,9%.
DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
APOSIÇÃO DE FIO K EM DE 2 MTTS. SOB AUX DE ESCOPIA.
TENORRAFIA DE TENDÕES EXTENSORES
LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
SUTURA DE PELE
CURATIVO
RX CONTROLE
TALA BOTA.

Fechamento:

03 JUL. 2019

OBS: AVALIAÇÃO DA EQUIPE DO PÉ DIABÉTICO. RISCO ELEVADO DE NECROSE DE PELE.

Dr. Yury Cordeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 11507

Data: 11/01/19

MÉDICO/CRM

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Cícero Delfino de Melo | PRONTUÁRIO Nº

IDADE | SEXO | COR | CLÍNICA: Ortopedia | ENF: 27 | LEITO: 417

DATA DE ADMISSÃO: 11/01/19 | DATA DE ALTA: 22/03/19 | TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx exposta dos ossos da Pl esq + ferimento externo. | CID

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: O.F. + Radiográfico

PROCEDIMENTO REALIZADO: MUC + Desbridamento + Raspagem perfurativa + curativo.

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA:

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO | COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente com quadro de Pl esq, evoluindo com fx exposta de ulna após período sobreposto à tto cirúrgico de urgência. Negativou, mantendo os cuidados de FOA locais, com boa aceitação de pele. Recebe alta com bons cuidados clínicos e orientado à cerca do uso do medicamento e do acompanhamento ambulatorial.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

03 JUL. 2019

DIETA: Livre

REPOUSO: Relativo em casa por — dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em — dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em — dias e com esforço maior em ____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina + Ativ + Analgésicos

RETORNO Ao posto de saúde em ____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr. Pedro Henrique em ~~30 dias~~ para revisão. Ortopedia
~~Dr. Marcelo de Aquino (Ortopedia)~~

22/03/19.
DATA

Leonardo Miranda
MÉDICO
CRM 8877
ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

2627718 SSP PB

CPF 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982

FILIAÇÃO
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO [redacted] ACC [redacted] CATEGORIA B

Nº REGISTRO 01851269660 VALIDADE 16/01/2019 1ª HABILITAÇÃO 29/06/2001

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
894056231

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014

ASSINATURA DO EMISSOR 66588356744 PB027919595

DETRAN PB (PARAÍBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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: ***3190409302***

Nome do(a) Examinado(a): ***CICERO DELFINO DE LIMA***

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Cupiúbas, 353 - Muçumagro - João Pessoa - PB - CEP 58066-144

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PB***] ***2078542***

Data e local do acidente: [***11/01/2019***] ***JOÃO PESSOA -PB***

Data e local do exame: [***09/07/2019***] ***João Pessoa*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fx exposta do 1º e 2º MTT do pé E com lesão do tendão extensor.

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

ACIDENTE EM 11-01-2019 AO EXAME :PRESENÇA DE ULCERA NA FACE DORSAL DE PÉ E COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE+DEFORMIDADE, COM PERDA DE 75% EVERSÃO,INVERSÃO E FLEXÃO DO PÉ E+75% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DE 1º E 2º PDE

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

REALIZADO OSTEOSSÍNTESE NA URGÊNCIA ,02 LIMPEZAS +ENXERTO DE PELE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL JÁ DE ALTA

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

LIMITAÇÃO MOTORA

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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
PÉ ESQUERDO
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

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

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

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

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

Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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: ***3190409302***

Nome do(a) Examinado(a): ***CICERO DELFINO DE LIMA***

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Cupiúbas, 353 - Muçumagro - João Pessoa - PB - CEP 58066-144

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PB***] ***2078542***

Data e local do acidente: [***11/01/2019***] ***JOÃO PESSOA -PB***

Data e local do exame: [***09/07/2019***] ***João Pessoa*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fx exposta do 1º e 2º MTT do pé E com lesão do tendão extensor.

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

ACIDENTE EM 11-01-2019 AO EXAME :PRESENÇA DE ULCERA NA FACE DORSAL DE PÉ E COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE+DEFORMIDADE, COM PERDA DE 75% EVERSÃO,INVERSÃO E FLEXÃO DO PÉ E+75% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DE 1º E 2º PDE

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

REALIZADO OSTEOSSÍNTESE NA URGÊNCIA ,02 LIMPEZAS +ENXERTO DE PELE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL JÁ DE ALTA

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

LIMITAÇÃO MOTORA

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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
PÉ ESQUERDO
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

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

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

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

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

Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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: ***3190409302***

Nome do(a) Examinado(a): ***CICERO DELFINO DE LIMA***

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Cupiúbas, 353 - Muçumagro - João Pessoa - PB - CEP 58066-144

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PB***] ***2078542***

Data e local do acidente: [***11/01/2019***] ***JOÃO PESSOA -PB***

Data e local do exame: [***09/07/2019***] ***João Pessoa*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fx exposta do 1º e 2º MTT do pé E com lesão do tendão extensor.

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

ACIDENTE EM 11-01-2019 AO EXAME :PRESENÇA DE ULCERA NA FACE DORSAL DE PÉ E COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE+DEFORMIDADE, COM PERDA DE 75% EVERSÃO,INVERSÃO E FLEXÃO DO PÉ E+75% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DE 1º E 2º PDE

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

REALIZADO OSTEOSSÍNTESE NA URGÊNCIA ,02 LIMPEZAS +ENXERTO DE PELE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL JÁ DE ALTA

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

LIMITAÇÃO MOTORA

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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
PÉ ESQUERDO
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

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

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

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

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

Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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: ***3190409302***

Nome do(a) Examinado(a): ***CICERO DELFINO DE LIMA***

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Cupiúbas, 353 - Muçumagro - João Pessoa - PB - CEP 58066-144

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PB***] ***2078542***

Data e local do acidente: [***11/01/2019***] ***JOÃO PESSOA -PB***

Data e local do exame: [***09/07/2019***] ***João Pessoa*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fx exposta do 1º e 2º MTT do pé E com lesão do tendão extensor.

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

ACIDENTE EM 11-01-2019 AO EXAME :PRESENÇA DE ULCERA NA FACE DORSAL DE PÉ E COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE+DEFORMIDADE, COM PERDA DE 75% EVERSÃO,INVERSÃO E FLEXÃO DO PÉ E+75% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DE 1º E 2º PDE

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

REALIZADO OSTEOSSÍNTESE NA URGÊNCIA ,02 LIMPEZAS +ENXERTO DE PELE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL JÁ DE ALTA

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

LIMITAÇÃO MOTORA

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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
PÉ ESQUERDO
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

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

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

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

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

Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190409302 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO DELFINO DE LIMA **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA E SUTURA + TENORRAFIA DE TENDÕES (PÁG 5 E 10). ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R$ 675,00
		Total	**5 %**	**R$ 675,00**