

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2017

Carta nº: 11843955

A/C: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170557662 ASL-0403499/17
Vitima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 15/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO CASSIANO 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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11871409

A/C: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 3170557662 ASL-0403499/17
Vítima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 15/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO CASSIANO 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.seguradoralider.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, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11925311

A/C: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 3170557662 ASL-0403499/17
Vítima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 15/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO CASSIANO 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: **RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **237**

Agência: **000005776-2**

Conta: **000000820002-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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.

FU. RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3259 071 EXPEDIDO POR SSP PB EM 12/02/2004
 CPF 093252244-95 / CNPJ 00000000-00-000000-00, PROFISSÃO TEC. SEGUR.
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECEITA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 143/2012, 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 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5796-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0820002-5

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

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

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.

BARAUNA PB, 19 de SETEMBRO de 2017

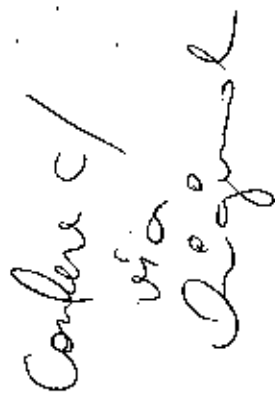
LOCAL E DATA

RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

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.


$$\frac{U}{U}$$

54

562

0820025





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2º SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PICUI/PB



C E R T I D ã O

Nº.Cont.: **077/2015**

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Registros de Ocorrências N.º 001/2015, o Registro n.º 077/2015, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao 02 dia do mês de Setembro do ano de 2015, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) **Bel. Dianni Regina de Barros Silva**, Delegada de Polícia Civil, comigo, **Escrivã(o) de Polícia** de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 17h:30min. compareceu: **RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS**, brasileiro, solteiro, empresário, natural de Picuí/PB, nascido aos 31/08/1987, filho de Antonio Roque dos Santos e Valdemira Buriti de Oliveira Santos, residente na rua Presidente João Pessoa, s/n, Centro, Baraúna/PB, CPF n.º 083.252.244-95, RG n.º 3259071 SSP-PB; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:** QUE No dia 15/08/2015, por volta das 17:30 horas, vinha conduzindo a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES, cor laranja, ano/modelo 2012, placa OFA-1034/PB, chassi 9C2KD0550CR583627, licenciada em nome de Sandra Raliane dos Santos Gomes; Narra o comunicante que vinha trafegando na rua Presidente João Pessoa, Baraúna/PB quando o pneu dianteiro bateu em uma pedra que estava no meio da rua, perdendo o controle da referida moto, e vindo a cair ao solo, sendo socorrido pelas testemunhas para o Hospital Regional de Picuí/PB; Tendo fratura no cotovelo e perna direita, conforme laudo em anexo, O referido é Verdade e Dou fe.

Picuí/PB, 02 de Setembro de 2015.

RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
COMUNICANTE:

RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS
RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS

TESTEMUNHA 1 CPF 064.347.744-60, residente na rua Abílio Gomes, s/n, Bairro Centro, Baraúna/PB.

ROBSON DA SILVA ARAÚJO SANTOS
ROBSON DA SILVA ARAÚJO SANTOS

TESTEMUNHA 2 CPF 066.615.274-80, residente na rua Pres. Getúlio Vargas, s/nº, Bairro Centro, Baraúna/PB.

RECEBIDO

18 OUT. 2017

GRUPO SEGURADOR
SBMAFPRE



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS, portador da carteira de identidade nº 3259071 e inscrito no CPF/MF sob o nº 053.252.244-95, residente e domiciliado na RUA PRES. JOÃO PESSOA - 14, Cidade BARAUNA, Estado PARAIBA, 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.

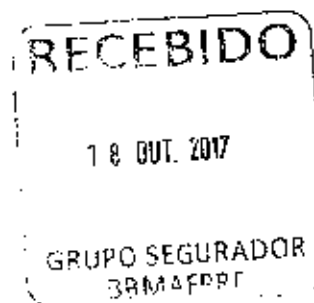
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

BARAUNA PB 16-08-2017

Local e data



RECEPCIONISTA: HRP

4.1.1. Administrative

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05776-2

CONTA: 000000820002-5

Nr. Autenticação

BRADESCO061120170500000000002370577600000082000233750 PAGO

RECEIVED
18 JUL 1964
GRUPO 10
BBMAT.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RODRIGO CASSIANO DOS SANTOSRG nº 3187997, data de expedição 1/1/, Órgão SSP PB,

CPF nº 064.319.741-60, 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>AV. ABILIO GOMES</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>PARAIBA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58188000</u>
Telefone de Contato	<u>93 999 204957</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PARAIBA PB 16-08-2017Assinatura do Declarante: RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS

JOSEFA ILMA CASSIANO DOS SANTOS
RUA ABILIO GOMES, S/N - CENTRO
BARAUNA/PB CEP: 58186000 (A3, B0)

Energisa

Classificação: RESIDENCIAL / RAZÃO RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 7 - 269 - 080 - 4280
Nº medidor: 00006820787

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 26 - Grupo Redenção - João Pessoa/PB - CEP: 58011-680
CNPJ: 09.086.183/0001-40 - Ins. Est. 16.915.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000511.188
Código para O Emissão: 0000778000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul/ 2017	13/07/2017	15/08/2017	2933234459

UC (Unidade Consumidora): **5/776488-9**

Canal de contato

ATENÇÃO - AVERIGUAÇÃO CADASTRAL 2017
Procure a Prefeitura de sua cidade até 18/08/2017 para atualizar seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social de Energia. Para mais informações acesse o site: www.mcas-0800-787-2007
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002)
Prezado Cliente:
A partir deste mês, as contas contarão com um novo layout para tornar ainda mais claras e compreensíveis as informações e os demonstrativos de consumo, alíquotas, tarifa e composição da fatura. O valor da tarifa passou a ser apresentado acrescido dos impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total da energia paga pelo cliente. Essa mudança não impacta nos valores finais pagos pelos clientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 12/08/17 Leitura: 7842	Data: 12/07/17 Leitura: 7894	1	42	31

Demonstrativo								
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	PIS (%)	COFINS (%)	ICMS (%)	Valor Total
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,153150	4,59	0,00	0,00	0,00	4,59
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	12,000	0,262720	3,15	0,00	0,00	0,00	3,15
0801	Adic. B. Armada	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0810	Subsídio	11,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0804	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR LUMIN. 05/2017	-0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio	-11,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 8,36 0,00 0,00 19,50 0,15 0,12

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO 20/07/2017** **TOTAL A PAGAR R\$ 8,36**

Histórico de Consumo (kWh)											
Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Sep/16	Ago/16	Jul/16
44	44	42	48	41	45	58	59	41	40	41	34

RESERVADO AO FISCO
7765.636b.542d.10d8.f334.5a0b.322e.3e59.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DEC MENSAL		4,35		Impostos de Inat da Energia PB	3,28	39,01
DEC TRIMESTRAL	12,30		NORMAL	Imposto de Energia	3,59	42,82
DEC ANUAL	24,60			Imposto de Transmissão	0,18	2,28
FIC MENSAL	3,30	1,00	CONTRATADA	Encargos Selecionados	1,00	11,60
FIC TRIMESTRAL	6,60		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	0,87	10,39
FIC ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	3,03	4,35		Total	8,42	100,00
ICFR	12,22					

Valor em R\$ (Ref 5/2017) R\$ 4,05

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada com a Base Fixa, tendo um desconto de R\$ 1,00

Faturas em atraso

RECEBIDO

18 OUT. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



ANEXO II

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 RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS, portador(a) do RG nº 31457997, expedido por SSP PB, em 22/10/2007, CPF/CNPJ nº 064.347.744-60,

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (à) ALCIDO WAREK OLIVEIRA SANTOS do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima ALCIDO WAREK OLIVEIRA SANTOS e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: DECUADOR Renda Mensal: R\$ DECUADOR

Documentos comprobatórios: DECUADOR

RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

RECEBIDO

18 OUT. 2017

GRUPO SEGURADORA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SANDRA RALIANE DOS SANTOS GOMES,
 RG nº 2923255, data de expedição 27/10/2002
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 061.570.344-54, com
 domicílio na cidade de BARAUNA, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua M. de Jesus, nº 163, complemento _____,
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
 minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
NEATO WAGNER DO OLIVEIRA SANTOS

Veículo: NXR 150 BROS
 Ano: 2012/2012
 Modelo: 2012
 Placa: OFA 1054/PB
 Chassi: 9C7K9 055 0 CR 5836 27
 Data do Acidente: 15/08/15

Local e Data: BARAUNA 11 de agosto 2016

Sandra Raliane dos Santos Gomes
 Assinatura do Declarante

RECEBIDO

18 OUT. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

OBS: RECONHECER POR AUTENTICIDADE



SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.258.000/160

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

END: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SA

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Rapa/Cor: PARDA

DT. Nasc: 31/08/1987 Idade: 27 ano(s) mês(es) de idade dia(s) de idade Sexo: M

Mãe: VALDEMIRA BURITI DE OLIVEIRA SANTOS

Profissão: EMPRESARIO Documento: 3258071

Endereço: RUA JOAO PESSOA Nº: 111

Bairro: CENTRO

Município/CEP/IBGE: BARAUNA / 58.188-000 / 250163

Telefone para contato: (83) 8721-6419 CNS: 201044960150018

Data e Hora: 15/08/2015 17:35:54 CADASTRO: 234239

PESO: PA: TEMP: SSVV

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queixa principal: dor no abdômen

do tipo cólico, em episódios

de 1 a 2 horas

em 1/2 hora

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)



Hospital Regional de Picui

Atesto conforme o original.

RESULTADOS Picui: 01/08/2015

Atendente Médico

Josevânia Lima de Melo

Aux. Administrativo

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Soro - 100ml

2. Soro - 100ml

3. Soro - 100ml

4. Soro - 100ml

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

Medicação:

ENCAMINHAMENTO:

SERVIÇOS REALIZADOS - CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S):

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO



Hospitals Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

EVOLUÇÃO

Nome: Renato Wagner Oliveira Santos Idade: 27 Reg.: 77.530
Serviço: P. Cirúrgico Diagnóstico: _____ Local: 207.01

Data	Evolução
	# ORTOPEDIA Pacientes submetidos a 140 cirurgias e/ou procedimentos Cl. I SMT <i>[Signature]</i> Dr. Carlos Cândido Filho Ortopedia Traumatologia CRM 6948-11/87 RJ <i>[Signature]</i> Dr. Fábio Gondina Nepomuceno Cirurgia do Joelho UNIMED: 035000054295
	RECEBIDO 18 OUT 2017

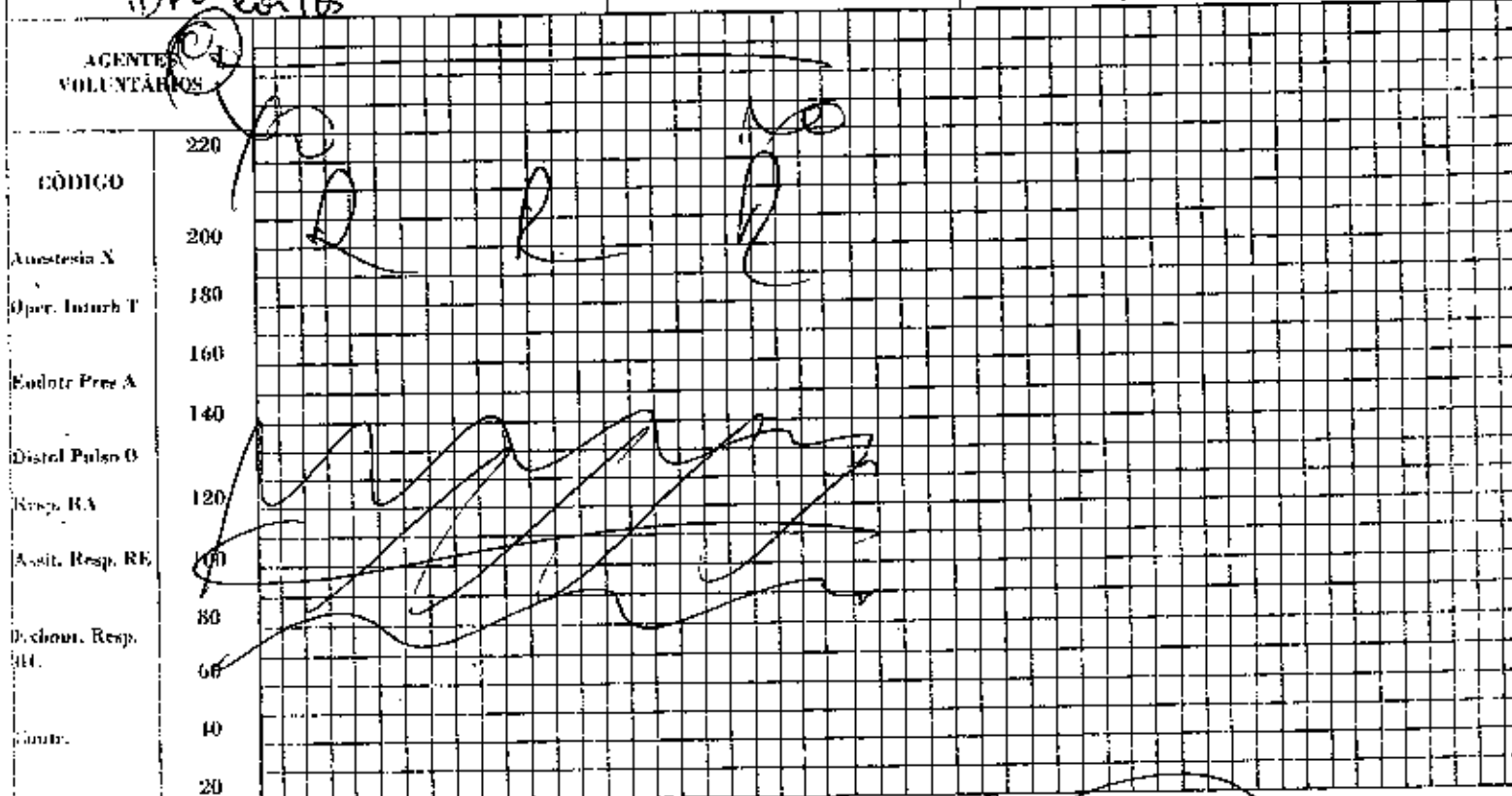
RECERIDO

18 OCT 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE

NOME Ronaldo Wagner Oliveira Santos	IDADE 27	SEXO M	GR. SANGÜÍNEO
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO FRACTURA de Ombreira	CATEGORIA SUS	DATA 30/08/15	

OPERAÇÃO REALIZADA Tb amputação de Fractura de Ombreira		
CIRURGIÃO Dro Carlos	AUXILIAR	ANESTESISTA Dro Roberto



Pré-Anestésico	Anestesia	☐ Geral	☐ Raquiana	☐ Peridural	☒ Bloqueio de Plexo	☐ Outras
Técnica	Injeção intracavitária				Venoclise	Sim
Início	Termínio				Duração minutos	

AGENTES DOSES	LÍQUIDO	ML
Yohimbina 200µg - 40mg		
Propofol 200µg - 40mg		
Atropina 1mg - 40mg		
Cefotaxima 1g - 40mg		
Trilostano 40mg		
Atropina 40mg		
Alcachaça 10mg		
Artesina 40mg		
O2 - 30 min		
TOTAL		1.100

RECEBIDO

18 OUT. 2015

GRUPO SEGUROADOR
BBMAFERRE

OBS:	Roberto Marinho Alves MÉDICO CPF 251 034 154-53 CRM 3512
------	--

ACT 4



SUS
Sistema
Único de
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE PICUI		2757710	
Identificação do Paciente		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE Renato Wagner Oliveira Santos		74.530	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
708 5003 5043 0233		31.08.83	
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
Masculino ☒ 1		Parda	
11 - NOME DA MÃE Valdemira Bunk de Oliveira Santos		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) Rua: Praça João Pessoa nº 119		DDD (83) N° DO TELEFONE 8613-2831	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Bomana		15 - UF PB	
16 - CEP 58.188-000		17 - COD. 1888 MUNICÍPIO 250553	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
11 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS História L ou Lta h morto e frouxa em capela E	
12 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessário fto cirurgia	

13 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RA + EP			
14 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de Ombro		15 - CID 10 PRINCIPAL S531	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO fto cirurgia de Prof. Ombro	
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408020279	
17 - CLÍNICA	
18 - CASARTE DA INTERNAÇÃO	
19 - DOCUMENTO	
20 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
21 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
22 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18.08.15	
23 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
24 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		25 - CNPJ DA SEGURADORA	
26 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		27 - N° DO BILHETE	
28 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		29 - CNPJ DA EMPRESA	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - CNPJ DA EMPRESA	
32 - DATA DA SOLICITAÇÃO		33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

34 - TIPO DE PREVIDÊNCIA			
35 - EMPREGADOR			
36 - AUTÔNOMO			
37 - DESEMPREGADO			
38 - APOSENTADO			
39 - NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		41 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
42 - DOCUMENTO		43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		46 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

RECEBIDO
18 OUT. 2017
GRUPO SEGURADOR
BBMAGRI

Valdemia Bunko de Ilueira Samson



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

CÓDIGO DO CNES: 2757710

CNP J: 08.778.268/0001-60

ENDEREÇO: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, Nº 15 BAIRRO: MONTE SANTO
MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAÍBA UF: PR

PACIENTE

NOME: Renato Wagner Oliveira Santos; SEXO: M; IDADE: 27
PROFISSÃO: Advogado; DOCUMENTO: 3259031
ENDEREÇO: R. João Pessoa n.º 111
MUNICÍPIO: Belem
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 0156708
CNS: 708500350470273
DATA DO NASCIMENTO: 31.08.97 DATA DO ATENDIMENTO: 17.08.15

RAÇA / COR

11 - BRANCA	12 - PRETA	13 - PARDAS
14 - AMARELA	15 - INDÍGENA	199 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Parental genome is identical to
autotetraploid (2n) ; quadruplo
chromosome number is 4n
cotyledons 4 pure 2

GRUPO SEGURO DE

18 OCT 2012

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS:

MATERIAIS -- MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. 2. 3. 4.

CARÁTER DO ATENDIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

1 01 - ELETIVO.
1 02 - URGÊNCIA.
1 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.
1 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
1 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.
1 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS.

PROCEDIMENTO - descricao:

CYD-10

DIAGNÓSTICO:

MEDICAÇÃO:		ENCAMINHAMENTO:	
☐	☐ PRESCRITA	☐	☐ OBSERVAÇÃO
☐	☐	☐	☐ RESIDÊNCIA
☐	☐	☐	☐ INTERNAÇÃO
☐	☐	☐	☐ OUTRO HOSPÍT.
☐	☐ APLICADA	☐	☐ OUTROS
☐	☐	☐	☐ ÓBITO

SERVIÇOS REALIZADOS : CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1

2. _____

8-1111

ASS. DO(S) PROFESSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) ...

CNS

CFO

225270	ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL.
--------	---

OU POLEGAR DIRETO

Elvademira Burity de O. Santos

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBA

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58.187-000 Fones: (83) 3371-2554 / 2990
Picuí PB - CNPJ: 08.778.288/0001-60

DE ASSI

Nº do Reg. 72.530
Nº do Docum. 32.59071

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Renato Wagner Oliveira Santos
Responsável: O mesmo
Mãe: Antonio Roque dos Santos
Mão: Valdemir Junior de Oliveira Santos
Prof: Médico Data Nasc.: 31.08.83 Idade: 27
Endereço: Rua: Praça João Pessoa Nº
Bairro: Centro Cidade: Bananeira Est. Civil: solt.

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Trat. cirur. de Fratura de Olerano
Tratamento efetuado no hospital: cirurgico
Exames realizados:

Internado em 17/08/15 Alta em 19/08/15 Óbito em 1/1

Dr. Manoel André Filho
CRM-PB 6648 - FORTALEZA

RECEBIDO
18 OUT. 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAFPE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS LIBERDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTÃO DE IDENTIFICACAO DE REABILITACAO	
NOME RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS	DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR 3259071 UF PB
CPF 083.252.244-55 DATA NASCIMENTO 31/08/1987	RAÇA ANTONIO ROQUE DOS SANTOS VALENTEIRA BURATTI DE OLIVEIRA SANTOS
TIPO DE AB	DATA DE VALIDACAO 28/11/2011
AP. IDENTIFIC. 95362163477	VALOR 10/06/2021
Observações	
Assinatura do Titular Assinatura do Portador	
Local PICUT, PB	Data de Emissão 14/09/2016
81242433101 99039029652	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

1350526028

RECEBIDO

18 OUT. 2016

GRUPO SEGURANCA



PROIBIDO PLASTIFICAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1410800720

1410800720

RODRIGO CASTILHO DOS SANTOS

JOSEFA ILLA CASTILHO DOS SANTOS

CPF: 3187007-9

CPF: 064.347.744-60

DATA NASCIMENTO: 26/02/1990

DATA EXPIRAÇÃO: 30/12/2015

DATA EMISSÃO: 19/01/2017

LOCAL: CURITIBA NOVOS, RN

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

63114577485-5

88702547485-7

RIO GRANDE DO NORTE

RECEBIDO

18 OUT. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

OUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012028392136
2015/04/2015

00493303 10 9C2KD0550CR5 83627
06157034459

SANDRA RALLIANE DOS SANTOS GOMES

PLACA ANTI/UF PB 9C2KD0550CR5 83627

NOVO

PAS/MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS ES

HONDA/NXR150 BROS ES

2015/04/2015

IPVA PAGO EM 29/04/2015

PARCELAMENTO / COTAS 0

PREMIO TOTAL R\$ 16.000,00

PREMIO PARCELA R\$ 16.000,00

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE COMPROMISSO

NAO VANDON PARANANSENSE R\$ 16.000,00

29/04/2015

PICUI 366

PB Nº 012028392136 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SANDRA RALLIANE DOS SANTOS GOMES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

06157034459

2015 29/04/2015

SANDRA RALLIANE DOS SANTOS GOMES

PLACA ANTI/UF PB 9C2KD0550CR5 83627

NOVO

PAS/MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS ES

HONDA/NXR150 BROS ES

2015/04/2015

IPVA PAGO EM 29/04/2015

PARCELAMENTO / COTAS 0

PREMIO TOTAL R\$ 16.000,00

PREMIO PARCELA R\$ 16.000,00

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE COMPROMISSO

NAO VANDON PARANANSENSE R\$ 16.000,00

RECEBIDO
18 OUT. 2017
GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

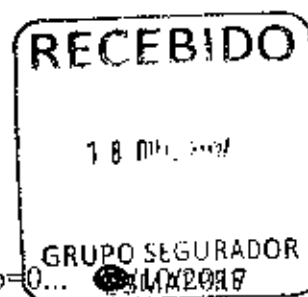
Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente LILIANI CARNEIRO DOS SANTOS	
Tipo de Sinistro ▼		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS		Nome da Vítima RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS	CPF da Vítima 08325224495
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☒ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec.Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvará Judicial		Inválidez Permanente Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações COMPROVANTE DO CARTAO DO BANCO BRADESCO DO RENATO, CIRCULAR SUSPER, DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA E COMPROVANTE DE RESIDENCIA EM NOME DE JOSEFA, PROCURAÇÃO PARTICULAR, DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO.	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar Relatório Médico Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170557662 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 15/08/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: AUREA MARIA TAVARES TORRES

CRM do médico: 52.56757-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170557662 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 15/08/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do olécrano à esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Refere dores esporádicas. Ao exame vítima apresenta hipotrofia, déficit residual da força muscular e limitação dos movimentos da flexão do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO Profissão: COMERCIAL, portador(a) do RG
32.59.071, órgão expedidor SSP/PB e do CPF: 093.252.211-95 residente
no(a) RUA PAES TOLE PESSOA nº 14,
bairro: CENTRO, município: PARAIBA 1/PB.

OUTORGADO:

Nome: ADRIANO CASSIANO DOS SANTOS,
brasileiro(a) estado civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do
RG 31.879.972, órgão expedidor SSP/PB e do CPF: 064.347.749-60
residente no(a)
RUA ADILIO ROMES nº 512,
bairro: CENTRO, município: PARAIBA 1/PB.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

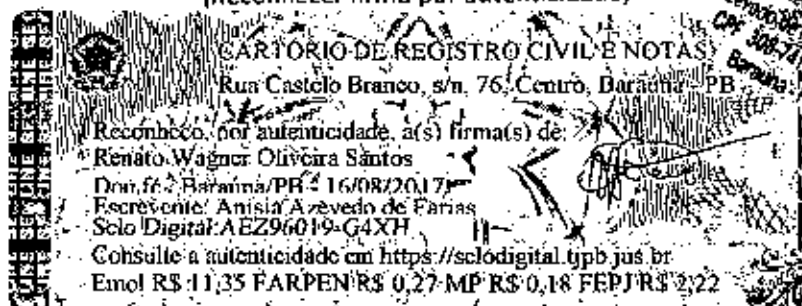
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

PARAIBA/PB 16-08-2017
Local e Data



RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECEBIDO

18 OUT. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Cartório de Registro Civil e Notas
Anísia Azevedo de Farias - Escrevente
CPF: 308.74.144-20

**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

Nome do(a) Examinado(a): **RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS** Sinistro: **3170557662** Data: **15/08/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Presidente Joao Pessoa, 14, Casa - Centro - Baraúna - PB - CEP 58188-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3259071**

Data local do exame: [**30/10/2017**] **Campina Grande** [**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 do olécrano à esquerda. Refere dores esporádicas. Ao exame vitima apresenta hipotrofia, déficit residual da força muscular e limitação dos movimentos da flexão do cotovelo esquerdo.

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.
Submetido a tratamento cirúrgico.

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.

Limitação funcional do cotovelo esquerdo

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):
Cotovelo esquerdo

% do dano: (**X**) 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

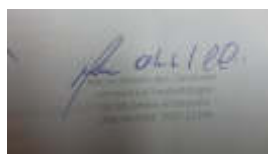
Região Corporal (Sequela):

% 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.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB