



Número: **0803169-75.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32871535	03/08/2020 10:48	Contestação	Contestação
32871547	03/08/2020 10:48	2738720_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
32871548	03/08/2020 10:48	2738720_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 09179

CONTA: 000000016306-9

Autenticação:

540D5F6AEE52E29D4CC1D2FE6DAA1E1FC082BC2EBE4C97C755D750F3888F177D





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 067.964.694-96 4 - Nome completo da vítima: Josiel Deodora da S. Santos

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

5 - Nome completo: Josiel Deodora da S. Santos 6 - CPF: 067.964.694-96
7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: Santa Luzia 9 - Número: 360 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz das Armas 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58086-070
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Itaú

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

AGÊNCIA: 9179 CONTA: 25646 7

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

22 - 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 LIDER 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 26/09/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

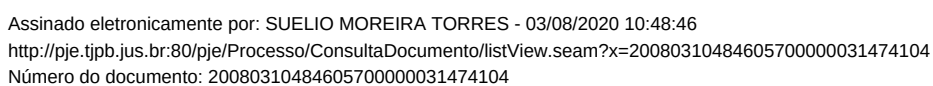
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



COMPREV
COMPREV SEGURADORA DE PREVIDENCIA S/A
26 SET. 2010
PROT...
AG JOÃO PESSOA





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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464336

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

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,

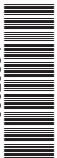
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14681095

Pag. 01667/01668 - carta_01 - INVALIDEZ

00020834





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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190464336 Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o entregue não permite a leitura das informações
----------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00755/00756 - carta_03 - INVALIDEZ

00040378



Carta nº 14681096





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, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464336

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 01961/01962 - carta_02 - INVALIDEZ

00030981



Carta nº 14727042





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, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464336

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00411/00412 - carta_25 - INVALIDEZ





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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464336

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01277/01278 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464336

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00707/00708 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464336

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 341

Agência: 000009179

Conta: 0000016306-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 321206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

067.964.694-96

Josiel Deodoro da Silva Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Josiel Deodoro da Silva Santos CPF titular da conta: 067.964.694-96 Profissão: Pintor
Endereço: Santa Luzia Número: 360 Complemento:
Bairro: Cruz das Armas Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58086-070
Email: alexandracesarduarte@hotmail.com Telefone (DDD): (83) 99305.5363

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: Santander Agência: 033

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 17 de Julho
Local e Data

Josiel Deodoro da Silva Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

de 2018
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAPPF.001 V001/2017



 **Santander**



5021 2131 3200 7556

5021

MEMBER
SINCE

05/15

VALID
THRU

05/23

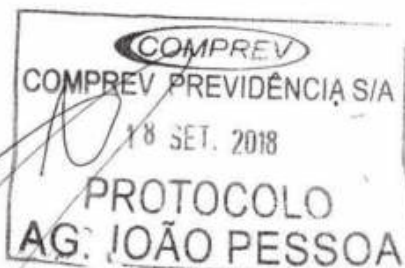
JOSIEL D S SANTOS

3175 01046669-2

MasterCard

debito

c/c





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01334.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01334.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:16 horas do dia 17 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Josiel Deodoro da Silva Santos**, CPF nº 067.964.694-96, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pintor, filho(a) de Luzinete Deodoro da Silva e José Maria Bezerra dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/04/1986 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Santa Luzia, Nº 160, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Colégio Zulmira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98783-3577.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua do Rio, Oficina Dois Irmãos, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/03/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

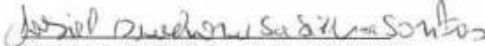
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, SEGUNDO O NOTIFICANTE: Já qualificado acima diz que no dia 25/03/2018, por volta das 16:00 horas, quando transitava pela rua do Rio, localizado no bairro de Cruz das Armas, nesta Capital PB; QUE na ocasião estava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA/XTZ 125 K, ano e modelo: 2010 de cor preta, placa: NQF 3019/PB, chassi nº 9C6KE1260A0016973, registrado em nome de Damião Alex Dantas Herculano, CPF nº 110.327.874-65; QUE segundo o notificante, transitava normalmente em sua mão pela direita, quando foi trancado por um veículo, fiat UNO de cor vinho, não sabendo informar a placa do mesmo, pois este tomou destino ignorado, que segundo o notificante ao desviar desse veículo, perdeu o controle e veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0779/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 22.05.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo corpo de bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 17 de julho de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS
Noticiante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01334.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01334.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:16 horas do dia 17 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Josiel Deodoro da Silva Santos**, CPF nº 067.964.694-96, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pintor, filho(a) de Luzinete Deodoro da Silva e José Maria Bezerra dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/04/1986 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Santa Luzia, Nº 160, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Colégio Zulmira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98783-3577.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua do Rio, Oficina Dois Irmãos, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/03/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

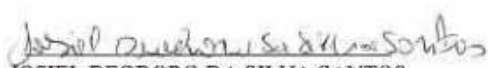
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

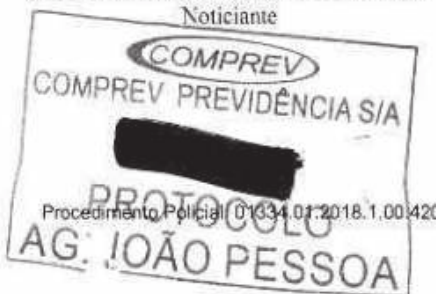
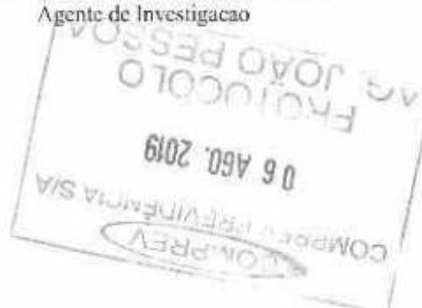
QUE, SEGUNDO O NOTIFICANTE: Já qualificado acima diz que no dia 25/03/2018, por volta das 16:00 horas, quando transitava pela rua do Rio, localizado no bairro de Cruz das Armas, nesta Capital PB; QUE na ocasião estava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA/XTZ 125 K, ano e modelo: 2010 de cor preta, placa: NQF 3019/PB, chassi nº 9C6KE1260A0016973, registrado em nome de Damião Alex Dantas Herculano, CPF nº 110.327.874-65; QUE segundo o notificante, transitava normalmente em sua mão pela direita, quando foi trancado por um veículo, fiat UNO de cor vinho, não sabendo informar a placa do mesmo, pois este tomou destino ignorado, que segundo o notificante ao desviar desse veículo, perdeu o controle e veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0779/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 22.05.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo corpo de bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2018.


JOSÉ SAULO ARAÚJO NEGREIROS
Agente de Investigação


JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS
Notificante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

CPF da Vítima

067.964.694/96

Data do Acidente

25/03/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

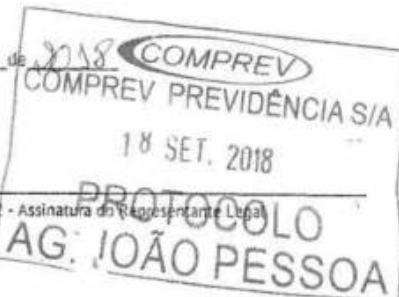
Assinar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS
Local e Data



JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSIEL DEVEDORO DA SILVA SANTOS

CPF da Vítima

067.964.694/96

Data do Acidente

25/03/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

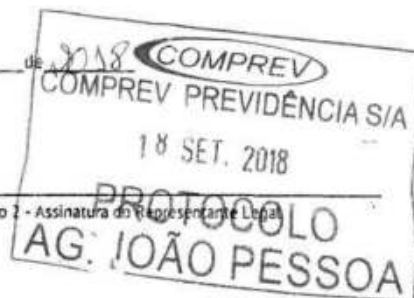
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

JOSIEL DEVEDORO DA SILVA SANTOS
Local e Data

JOSIEL DEVEDORO DA SILVA SANTOS
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





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: 067 964 694 96 Nome completo da vítima: Josiel Deodoro da S. Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Josiel Deodoro da S. Santos CPF: 067 964 694 96
Profissão: Pintor Endereço: Santa Luzia Número: 360 Complemento: _____
Cidade: Cruz das Armas Estado: PB CEP: 58086-070
E-mail: joao.pessoa@joao.pessoa.com.br (13) 986634900

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

DADOS CADASTRAIS

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)

☒ CONTA CORRENTE (Somente os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: _____

(informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3175

(informar o dígito se existir)

CONTA: 03046669

(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 quem eu tiver direito, reconhecendo o débito, desde já e somente após a efetivação do crédito; quitação total do valor recebido.

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 do acidente de trânsito, conforme Lei 196/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ 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 aos únicos 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 217 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 06/08/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, compreendendo-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



 Santander



5021 2131 3200 7556

5021

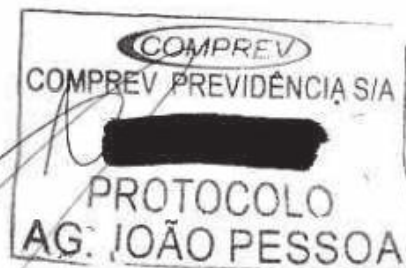
MEMBER SINCE 05/15 VALID THRU 05/23

JOSIEL D S SANTOS
3175 01046669-2

MasterCard

debito

e/c



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: 114217 Atd: Nao Regulad
Data: 25/03/2018
Hora: 17:37:29
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.03.003791

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3109765 Fone: 986181954

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/04/1986 Id: 32 ano(s)

End.: RUA SANTA LUZIA, 168 CASA

Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUZINETE DEODORO DA SILVA

Pai: JOSE MARIA BEZERRA DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR DE EDIFICIOS

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

FATUADO

Resp.: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 986181954 / IDENTIDADE: 3109765

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM PE
ESQUERDO

030106006-1 041504004-3 (L97)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de trauma em PE E, cortocutuso, ha ± 2h, decorrente de queda de moto com uso de capacete (sic). Nega TCE. Apresenta trauma isolado em PE E, sem deficit motor ou sensitivo. Nega outras queixas. Nega vacinacao contra o tétano.

Diagnostico

18 SET. 2018

Conduta

- Atendimento inicial
- Radiografia PE E: AP e obl. qv
- Avaliação da ortopedia

Prescricao

PROTOCOLO
AG: JOAO PESSOA

Horario da medicacao

Dr. Deslaurier
do 22
Prescrito

Dr. Antonio
CRM 22112
05/03/18



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM



Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Rosa Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Deodoro da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.964.694-96 do sinistro de DPVAT cobertura um válido da Vítima João Deodoro da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.964.694-96 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Mamaina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandracarduarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>99105-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa 27 de agosto de 2018
Local e Data

Alexandra Rosa Duarte
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

DLDR001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSP 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: 4020-1556 / Outras regiões: 0800 022 81 89

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 estabelecido na Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

² SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS SEGUROS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ³ CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTERMEDIÁRIO ANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

Joel Deodoro S. Santos Inscrito (a) no CPF sob o nº 067.964.694, 96

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Joel Deodoro S. Santos

Inscrito (a) no CPF sob o nº 067.964.694, 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>15</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel (DDD): <u>(33) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 06/08/19

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Damiano Alex Santos Herculanio,
RG nº 349265, data de expedição 04/01/2017
Órgão SSBS-PB, portador do CPF nº 110.327.874-65 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Semador José Luis, nº 4,
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 Joacel Deodora da Silva cujo Santos condutor era
Joacel Deodora da Silva Santos

Veículo: moto
Modelo: YAMAHA/XTZ 125
Ano: 2010
Placa: N/A F 3019/PO
Chassi: 9GB K 5 1260 APO 16973
Data do Acidente: 25/03/18
Local e Data: 12/07/2018



Damiano Alex Santos Herculanio
Assinatura do Declarante

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



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: DAMIANO ALEX SANTOS HERCULANIO
Em test. da verdade. João Pessoa - PB 13/07/2018 17:34:19
José Francisco da Silva - Escrevente
(2018-017022) EMPL: R\$ 19,48 FAPEN: R\$ 0,28 EFP: R\$ 1,90
SEL DIGITAL: AHC60607-TUBS
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.br>





CERTIDÃO

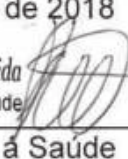
Nº. 0779/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº114217, pertencentes a **JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS** que foi atendido dia 25/03/2018 às 17H37min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Realizado debridamento e liberado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de maio de 2018


Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





08.05.18

DATA

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

Dr. Roberto Dias Lattuada
Cirurgião Plástico
CRM-PB 4506 / RQE 1283
ASS. MEDICO / CRM

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: 114217 Atd: Nao Regulad
Data: 25/03/2018
Hora: 17:37:29
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3109765 Fone: 986181954 Num. Prontuario: 2018.03.003791
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/04/1986 Id: 32 ano(s)
End.: RUA SANTA LUZIA, 168 CASA
Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA, UF: PB
Mae: LUZINETE DEODORO DA SILVA Pai: JOSE MARIA BEZERRA DOS SANTOS
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PINTOR DE EDIFICIOS Estado Civil: CASADO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: FATEC DO
Resp.: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS
Tel/Doc. Responsavel: 986181954 / IDENTIDADE: 3109765
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM PE
ESQUERDO

030106006-1 041504004-3 (L97)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de trauma em pé E, ortocontuso, há ± 2h, decorrente de queda de moto com uso de capacete (sic). Nega TCE. Apresenta trauma isolado em pé E, sem déficit motor ou sensorial. Nega outras queixas. Nega vacinação contra o tétano.

Diagnostico

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2018

Conduta

- Atendimento inicial
- Radiografia pé E AP e oblíquo
- Avaliação da ortopedia

Prescrição

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Horario da medicacao

Dr. Desh...
do 22...
Prescrição...

Dr. Antonio...
CRM 227...
05/03/18



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM



Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

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





CERTIDÃO

Nº. 0779/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº114217, pertencentes a **JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS** que foi atendido dia 25/03/2018 às 17H37min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Realizado debridamento e liberado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de maio de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 32A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 02/04/2018		DATA DE ALTA 9/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>INFECÇÃO + NECROSE DE 2 PODODÁCTILO ESQUERDO</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de PE + exame físico</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
<i>Paciente portador de infecção + necrose em 2 pododáctilo esquerdo foi submetido a tratamento cirúrgico através de amputação de 2 pododáctilo esquerdo. Recebe alta em boas condições clínicas orientações com relação ao uso de medicação antitrombolítica, antibiótica e para analgesia. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento.</i>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...	
REPOUSO:	Relativo em casa por 30 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>profenid, dipirona</i>	

RETORNO:	Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.
----------	--

<i>05/18</i>	<i>Eduardo Paes Lyra</i> Médico Complexo Hospitalar Mangabeira
DATA	ASS. MÉDICO / C.R.M.

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



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58
Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente EVERALDO ROBERTO DA SILVA		BAE 1062724	Data/Hora Entrada 17/05/2018 15:27:37
Data de nascimento 17/03/1979	Idade 39a 2m	Sexo Masculino	CNS 161193616270003
Mãe MARIA DA GLORIA LIMA DA SILVA			
Endereço MASANGANA I, S/N		Bairro ZONA RURAL	Município CRUZ DO ESPIRITO SANTO
Acidente MOTO X ANIMAL		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LAJANA KAREN DANTAS BARRETO
Data/Hora Classificação 17/05/2018 15:34:17		Data/Hora Prescrição 17/05/2018 20:14:25	

Anamnese

<TOPEDIA#

N A ALERGIA E NEGA COMORBIDADES
RELATA QUE TEVE IAM EM 2015, PORÉM HOJE NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO.
RELATA QUEDA DE MOTO HOJE. DIZ QUE CAIU COM O OMBRO DIREITO.
QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO DIREITO. DIZ QUE JÁ TEVE DUAS CIRURGIAS NESSE OMBRO.
RELATAR QUAIS).
EFO: DOR A PALPAÇÃO DE OMBRO DIREITO, COM EDEMA LOCAL, ARCO DO MOVIMENTO DIFÍCIL.
RAIO-X DE OMBRO D = EVIDÊNCIA DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU III

CD: INTERNO PACIENTE + SOLICITO EXAMES + TIPOIA

STAFF: DR. ROBERTO

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

1. ISONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA ORAL, 8/8H
1. MADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 100,0 MG VIA ORAL, 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSIVA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 400,0)
1. OLANSETRONA 4MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 4,0 MG VIA ORAL, 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEA
DE TRAMAL (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 16,0)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)
SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME
TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)
TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)
UREIA - SORO
COAGULOGAMA COMPLETO
CREATININA
HEMOGRAMA
SÓDIO - SORO

POTASSIO

EXAME DE IMAGEM



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: 114217 Atd: Nao Regulad
Data: 25/03/2018
Hora: 17:37:29
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3109765 Fone: 986181954
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/04/1986 Id: 32 ano(s)
End.: RUA SANTA LUZIA, 168 CASA
Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: LUZINETE DEODORO DA SILVA Pai: JOSE MARIA BEZERRA DOS SANTOS
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PINTOR DE EDIFICIOS Estado Civil: CASADO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PAT DO
Resp.: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS
Tel/Doc. Responsavel: 986181954 / IDENTIDADE: 3109765
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO RJ
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
PG: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao
VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM PE
ESQUERDO

030106006-1 041504004-3(L97)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de trauma em pé E, corticostico, há 2h, decorrente de queda de moto com uso de capacete (sic). Nega TCE. Apresenta trauma isolado em pé E, sem déficit motor ou sens. hvs. Nega outras queixas. Nega vacinacao contra o tétano.

Diagnostico
Conduta - Atendimento inicial
- Radiografia pé E AP e Obl. qus
- Avaliacao da ortopedia

Prescricao
Horario da medicacao

Dr. Desiderio
do 22
Pessoa
Dr. Antonio
CRM 22782
05/03/18



ELETROCARDIOGRAMA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERFIL

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP NO OMBRO DIREITO)

CID10

Código	Descrição
S43.1	Luxação da articulação acromioclavicular

Conduta

Internar Paciente



EVERALDO ROBERTO DA SILVA

LAJANA KAREN DANTAS
(CRM: 6491/RM)



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOSUE DIOGO DA SILVA SANTOS					
IDADE: 35A	SEXO: M	COB:	CLÍNICA: Ortopedia	PROFISSIONAL:	EMF:
DATA DE ADMISSÃO: 04/04/2018		DATA DE ALTA: 09/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: INFECÇÃO + NECROSE DE 2 DEDOS DÍCTILO ESQUERDO				CID: I00	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: Rx de PE + exame físico					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO DE F.O. ☐ SIM ☒ NÃO			COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐					
ÓBITO:					

RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, DIAGNÓSTICO, COMPLICAÇÕES
Paciente portador de infecção + necrose em 2 dedos dígito esquerdo foi submetido a tratamento cirúrgico através da amputação de 2 dedos dígito esquerdo. Recebeu alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antitrombótica, antibiótica e para analgesia. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônica, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias.
Retorne às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorne às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes ao dia. Não esmear produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou um "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: profenid, dipirona

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

09/05/18

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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

IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
2627718 SEP PB

CPF
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO
21/08/1982

VENÇÃO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO
ACE
CATEGORIA
B

Nº REGISTRO
01051249660

VALIDADEZ
16/01/2019

Nº HABILITAÇÃO
29/06/2001

DESCRIÇÃO

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/01/2014

Rodolfo Carneiro
ASSINATURA DO EMISSOR

66588356744
PB027919595

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**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: **3190464336**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

R STA LUZIA, 160 - CRUZ DAS ARMAS - João Pessoa - PB - CEP 58086-070

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3109765**

Data e local do acidente: [**25/03/2018**] **JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [**26/08/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA EM PÉ ESQUERDO COM NECROSE DE 2º PDE E AMPUTAÇÃO.

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

25-03-2018 ACIDENTE AO EXAME : RETRAÇÃO CICATRICAL NA FACE DORSAL DE PÉ ESQUERDO, COM AUSÊNCIA DE 2º PDE. MARCHA CLAUDICANTE

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 DEBRIDAMENTO ,INFECÇÃO COM NECROSE DE 2º PDE +AMPUTAÇÃO E ROTAÇÃO DE RETALHO .
ALTA EM 08-05-2018**

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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

2º PDE

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 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 Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464336 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA **Data do acidente:** 25/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ ESQUERDO COM NECROSE DE 2º PDE E AMPUTAÇÃO.

Descrição do exame físico: AO EXAME : RETRAÇÃO CICATRICAL NA FACE DORSAL DE PÉ ESQUERDO, COM AUSÊNCIA DE 2º PDE. MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: REALIZADO DEBRIDAMENTO , INFECÇÃO COM NECROSE DE 2º PDE , AMPUTAÇÃO E ROTAÇÃO DE RETALHO . ALTA EM 08-05-2018.

Sequelas permanentes: Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em perda anatômica do 2º pododáctilo E devido a amputação do mesmo. 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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464336 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA **Data do acidente:** 25/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PÉ ESQUERDO, EVOLUINDO COM NECROSE NO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO. P5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. P5
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINA 1 DE OUTRA VÍTIMA.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

João Carlos da Silva Santos,
brasileiro(a), estado civil casado, profissão
Pintor, CI RG nº 3.109.765,
CPF/MF nº 067.964.694-96 residente e domiciliado(a) à Rua
Santa Luzia, 160 Cruz das Armas,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58086-070, telefone
(83) 99105.5363, (83) 98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE 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, ter informações e acompanhar perícias necessárias 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.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa

de 20 18.



João Carlos da Silva Santos

OUTORGANTE

