

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11602999

A/C: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170477573 ASL-0335805/17

Vítima: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Data Acidente: 07/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2017

Carta nº: 11619308

A/C: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Sinistro: 3170477573 ASL-0335805/17
Vítima: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO
Data Acidente: 07/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11735724

A/C: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Sinistro: 3170477573 ASL-0335805/17
Vítima: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO
Data Acidente: 07/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Valor: R\$ 4.387,50

Banco: 104

Agência: 000001374

Conta: 000000116768-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.387,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =	R\$	1.012,50
--	-----	----------

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

Autorizacao de pagamento

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.

Indenização no banco.
EU, SANDRO VAL GUEDES RIBEIRO
PORTADOR(A) DO RG Nº 37799565 EXPEDIDO POR SSP-PA EM 03/04/17 E
CPF (518433824-15) / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO professor
E RENDA MENSAL DE R\$ três mil e quinhentos NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Sandro Val Guedes Ribeiro, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1374 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0016768-7

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 QUITA O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Guarabiro, 03 de outubro de 2016

LOCAL E DATA

Samuel B. Jones

SINATURA DO BENEFICIÁRIO

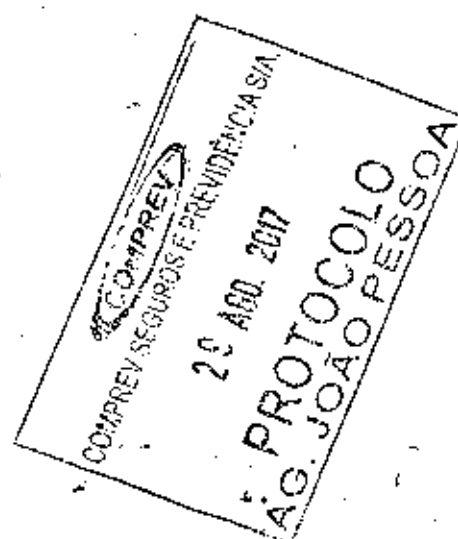


ATENÇÃO

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 valores 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.





Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa



Boletim de ocorrência



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 04435.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04435.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 05 dias do mês de Outubro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigação, às 10:52 horas, compareceu **SANDOVAL GUEDES RIBEIRO**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão MESTRE DE OBRAS, naturalidade Guarabira/Paraíba, data de nascimento 05 de Fevereiro de 1966, idade 50, filiação VALDETE GUEDES e SEBASTIÃO GALDINO RIBEIRO, Documento - CPF: 518.433.824-15, residente R. BRAULIO MARTINS, 126[NÃO INFORMANDO], Centro, na cidade de Guarabira/PB, telefone (83) 98887-9399.

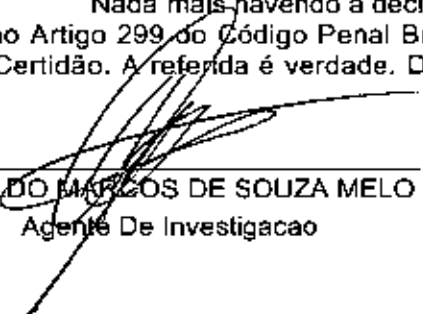
Dados dos Fatos:

(1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Centro, Baía da Traição - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 07/09/16 14:00

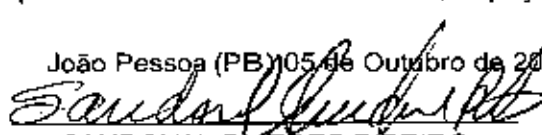
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

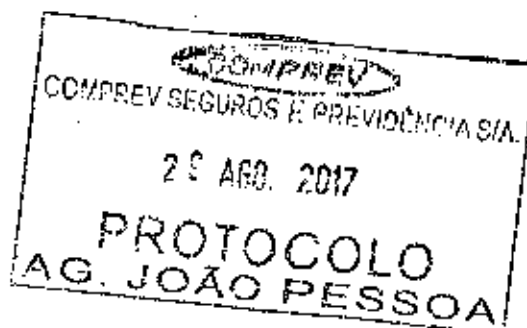
Que, no dia 07/09/2016, por volta das 14:00 horas quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESI, ano 2009/2010, de cor vermelha, placa NQJ4460/PB, chassi 9C2KC1550AR020814, Registrada em nome de José Romualdo da Silva, por uma rua no Arco de entrada da cidade de Baía da Traição/PB, o notificante informa que desmaiou quando conduzia a motocicleta, perdendo o controle de direção caindo ao solo, e em decorrência desse fato sofreu Traumatismo Craniano, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma, Senador Humberto Lucena, nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente De Investigação

João Pessoa (PB) 05 de Outubro de 2016


SANDOVAL GUEDES RIBEIRO
Notificante





DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Sandoval Guedes Ribeiro, portador da
carteira de identidade nº 37799565 e inscrito no CPF sob o nº 518.433.824-15
residente e domiciliado na Braulio Martins 126 - 5^{ta}
Terezinha, Cidade Guarabira,
Estado Paraíba, 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
- (x) 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.

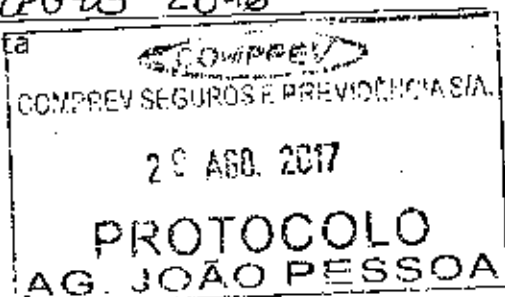
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa
perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao
direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

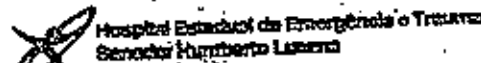
Sandoval Guedes Ribeiro

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Guarabira, 03 outubro 2016

Local e data





ACOLHIMENTO, on -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 945761

RX + CT + US



GOVERNO DA PARAIBA

Comprovação de ato declaratório



Identificação do paciente		Sexo	
ID	Nome	Masculino	
1078061	SANDOVAL GUEDES RIBEIRO	Prontuário	
Data de nascimento	Estado civil	Religião	
01/01/1984	SOLTEIRO(A)	NAO INFORMADA	
Mãe	Idade	Pai	
VALDETE GUEDES	62 anos 8 meses 6 dias	SEBASTIAO GALDINO RIBEIRO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco)	
NAO INFORMADO		CELIO GALDINO RIBEIRO - IRMAO(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
83	988622584		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
NAO INFORMADO			
Local de procedência		Tipo	UF
MAMANGUAPE		MUNICIPIO	PB
E-mail	Naturalidade	CBO/R	
	GUARABIRA		
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58200000	GUARABIRA	PB	BRAULIO
Número	Complemento	Bairro	
126		CENTRO	
Admissão			
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio	
07/09/2016 19:47:38	100005648549	SUS	
Especialidade	Clínica		
TRAUMATOLOGISTA	CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente		
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Centro de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	
URGENCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X OBJETO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU	SAMU		
Sinais Vitais			
PA		Pulso	Temperatura
X	mmHg		
Exames complementares			
Rio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos		COMPREV	
Subjacet devido a 08/09		COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.	
08/09		28 AGO. 2017	
Diagnóstico		PROTOCOLO	
AS		AG. JOAO PESSOA	
Atendido por		CID	
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA		Tempo	
		03min 28seg	

TOMOGRAFIA
TC + Trans
11/09/2016

TOMOGRAFIA
TC + PACC
DATA: 08, 09, 16

07/09/2016 19:

08/09/70

14:00

Sondoul, 52 anos

Última de acidente motociclístico com TCE, ontem à noite. Relato de confusão mental.

Exame: Glasgow 14

Pupilo no/pto

Movimentando os 4 membros

TC de crânio

HSA T

Pequena contusão temporal D.

- 9 - Internação.
- Liberado para procedimento ortopédico com bloqueio local ou anestesia geral.
 - Acompanhamento conjunto com Neurocirurgia e Ortopedia
 - Suporte clínico + observação neurológica

Leonardo de Costa Matias
CRM - PB 0028

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.387,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01374

CONTA: 000000116768-4

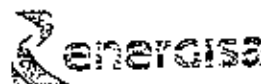
Nr. da Autenticação 85FE8F9E109B37F6

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIAEu, Sandoval Guedes RibeiroRG nº 377995 65, data de expedição 03/04/2017Órgão SSP-PB, CPF nº 518.403.884-15, 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>Bráulio Martins</u>
Número	<u>126</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>5ª Terezinha</u>
Cidade	<u>Guarabira</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58200000</u>
Telefone de contato	<u>83-9342-1170/99105-5363/3512-8500</u>
E-mail	<u>alexandrecesarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guarabira / PB, 03/10/2016Sandoval Guedes Ribeiro
Assinatura do Declarante



GUARAPAPA / PP CEP: 3220000 (AL: 22)
 CRISE Subst: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL NOVOPARQUE 2320, Km 2 - Crla Remter - Jss Psssl de PP - CEP 32171-000
 Ref. Res: 2 - 22 - 26 - 9330
 M. medid: 00001224287
 Emissao: 05/09/2017
 Nota Fis: al Contas de Enrg e Elctric 300000157

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

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima leitura:	CPF/CNPJ/RANI:
--------------------	---------------	-----------------------------------	----------------

Ago / 2017	08/08/2017	05/09/2017	36759843453
------------	------------	------------	-------------

UC (Unidade Consumidora): 5/49804-8

Canal de contato:

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
08/07/11	23264	08/06/17	23453				262		25
Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Taxa/Unid	Valor Base(Gr)	Alfa	Item(R\$)	Base Cost	Parcela(Gr)	Cost(R\$)
0501	Consumo em kWh	249,000	0,543780	135,290	160,20	27	43,28	169,20	1,53
0501	Adic @ Alameda			5,58	5,58	27	1,50	5,58	0,05
0501	Adic @ Vermeira			2,70	2,70	27	0,75	2,70	0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0507	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			13,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0504	JUROS DE MORA 05/2017			2,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0504	JUROS DE MORA 07/2017			0,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0503	MULTA 05/2017			4,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0503	MULTA 07/2017			3,54	0,00	0	0,00	0,00	0,00

Cot. Cálculo de Classificação do Item		TOTAL	190,39	189,53	45,51	189,55	1,83	1,84
Média últimos meses (kWh)		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
26/08/2017		R\$ 190,39						
Média de Consumo (kWh)								

284	330	328	327	346	278	287	334	311	274	228	326
Mar17	Apr17	May17	Jun17	Jul17	Aug17	Sep17	Oct17	Nov17	Dec17	Jan18	Feb18

2650.3a3c.2965.8ef9.57e9.6634.6a7a.903f.

[illegible]

ATENÇÃO Faturas em atraso

• **உதாரணம்:** *செவ்வாய்* என்பது *வெள்ள* என்ற சொல்லின் மூலம் வந்த சொல்.

EMPRESA PARA	VERCIMENTO	TOTAL A PAGAR
--------------	------------	---------------

Rotinas: 2-12-25-8830
Atividade: 48804-2017-09-3

836900000001-6 903900054000-1 00498042017-0 08300220019-0



COMPREV
29 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Comprovante de residencia



JOSE EDUARDO DA SILVA
R JOAO MACHADO 388
SALA CENTRO
68019-620 JOAO PESSOA PE

DECLARAMOS QUE O(A) SR(A) JOSE EDUARDO DA SILVA
RESIDE EM JOAO PESSOA - PE, RUA JOAO MACHADO, Nº 388, SALA CENTRO, CEP 68019-620.

Assinatura e Carimbo
Autenticado
Nº 123456789
www.orio.com.br

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA
20 Abr 2017
UNIDADE ADMINISTRATIVA



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 JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Saudaval Queluz Ribeiro do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Saudaval Queluz Ribeiro, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Romualdo da Silva,
 RG nº 2520013, data de expedição 14/12/2015
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 040.013.674-08 com
 domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de
Paraíba, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Guarani, nº 26,
 complemento Nenhuma, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Sandersonal Guedes Ribeiro o condutor era
Sandersonal Guedes Ribeiro.

Veículo: moto
 Modelo: HONDA/CG 150 FAN
 Ano: 2009/2010
 Placa: NQ34460/PB
 Chassi: 9C2KC1550APD20814
 Data do Acidente: 07-09-2016
 Local e Data: Guarabira, 14-10-16



Jose Romualdo da Silva
 Assinatura do Declarante

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



TESTAMENTO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
 WARDRIA TOSCANO DE SALES - TITULO
 Rua II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (33) 3273-1251

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....
 JOSE ROMUALDO DA SILVA.....
 Em test, da verdade. Guarabira-PB 14/10/2016 10:25
 Romero Fernandes Costa Filho - Escrivente
 (2016-008557)EJOL:R\$ 88,49, FARPENRA: 0,25, FEE: 0,10, IPR: 0,42
 SELLO DIGITAL: AER91569-KOTE
 Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>

Wardria Toscano de Sales
 Tabelião Público



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE SANDOVAL GUEDES RIBEIRO
DATA DE NASCIMENTO 05/02/86
NOME DA MÃE VALDETE GUEDES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 945.761

Nº PRONTUÁRIO 97.401

DATA DO ATENDIMENTO 07/09/16

HORA DO ATENDIMENTO 19:47

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) + CONTUSÃO CEREBRAL TEMPORAL D (PEQUENA) + HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE TRAUMÁTICA + LUXAÇÃO ESPOSTA DO 5º METACARPO E

CID 10 S 01.7 + S 06.3 + S 06.6 + S 63.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando TCE com relato de agitação mental + trauma de face com vários ferimentos, além de fratura exposta em mão E. Glasgow 12. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX da mão E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Contusão cerebral temporal D (pequena) + hemorragia subaracnóide traumática à TC do crânio. Luxação exposta do 5º metacarpo E ao RX. Sem alteração à TC da face, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Rômulo Castro.

ALTA HOSPITALAR: 13/09/16

DATA DA EMISSÃO: 20/02/17

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



Primeiro Atendimento Médico

100003640048
BRIGADA GERAL GABRIEL RIBEIRO BE.: 045781
07. NASC.: 01/01/1994
NOME: VALDETE QUEDES

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: BRASILEIRO
N. 125 - CENTRO
GUARAPUAVA
FONE: ()
CELULAR: (85) 90522694
IDRAC: 02
DT. EXATIDÃO:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

lesão de cabeça e membros apertados
trauma em face e membros expostos em uma
maquina. Paciente agitado e com cefaleia

AME PRIMARIO

AS ☒ Nervias () Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

☒ Presente e normal

HTD: () Rude

() Diminuído

() Ausente

☒ Presente e normal

HTE: () Rude

() Diminuído

() Ausente

2- RUÍDOS

() Sim

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

Imp

SpO₂

%

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal () Pálida () Cianótica

() Pleotônica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☒ Normal () Quente () Fria

PULSO

☒ Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

☒ Regular () Irregular () Ausente

SÚLHAS

☒ Normotônicas () Hipotônicas

() Hipotônicas () Ausente

SOPRO

() Presente () Ausente

BE OU BA

() Sim () Não

FC: _____ bpm

PA: _____ X _____

mmHg

T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN:

Pleno a palpam

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente

() Paralisadas

() Isocóricas

() Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

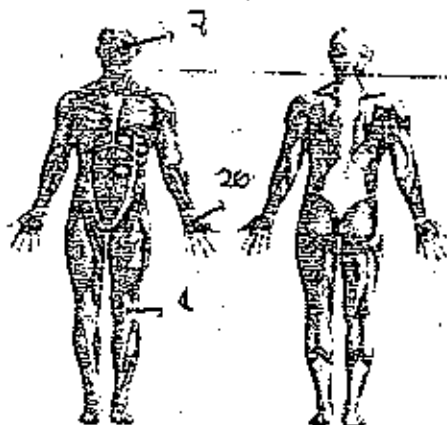
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:	12				

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encaixado |
| 11 Equimose | 29 Ocorrência |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Quelmadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias☐ Ultrassonografia (FAST)☐ Tomografia computadorizada☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1 <u>Exatente</u>		<u>Dr. Paulo Roberto</u>
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Dr. PatríciaSolicito parecer da Dr. PatríciaNervo

às

do dia

às

do dia

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Desistência☐ SVO☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ JML

ASSINATURA/ CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



1022055400040 BE: 945751
SANDROVAL GUEDES REBELLO
DT. NASC.: 01/01/1954
MOR: VALDENE GUEDES

BE/PRONTUÁRIO

RND.: BRASILEIRO
N. 128 - CENTRO
GUARABUARA
FONE: (0)
CELULAR: (41) 92522564
Cidade: RJ
DT. ENTRADA:

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08.09.16	00:50	π BMT = Paciente vítima de acidente motorciclístico há aproximadamente 08 horas (S.T.C). No momento apresenta-se desconhecido, inconsciente e com feridas em uma hospitalar. Paciente não apresenta a avaliação clínica, neurológica, dermática e ortopédica de acordo com a lesão. Ca: ① Aguarda melhora do quadro clínico para neurologia da BMT. <i>[Assinatura]</i> Pessoa Idônea CRO 4041
10/09/16	7:40	BMT Paciente em BEG, autônomo em pontos, apresentando em todo o corpo sinais de queimadura, global com queimadura de 1º grau. Ca: ① Aguarda liberação da dermá imobilizada por elásticos de conduta p.k BMT <i>[Assinatura]</i> Olivia Bruno Cris L. Mendonça Clínica e Traumatologia Buro Médico-Facial CROPB 4145
11/09/16	09:00	Paciente em B.E.G. e aguardando aguardando cirurgia. <i>[Assinatura]</i> Olivia Bruno Cris L. Mendonça Clínica e Traumatologia Buro Médico-Facial CROPB 4145

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
11-07-2016		3. social Assessado pelas de Resposta- bilidade p/ Pacientes Heteros- e Capazes. Exercido o prontua- rio.
		<i>Alfonso</i>
		BME
	12/09/16	Paciente em sistema em fase de avaliação, com evolução da doença quando da fase prévia.
		<i>Cláudia Campos Geivão</i> <i>Cláudia Campos Geivão - Foz de Iguaçu</i> <i>CRP - PB 2537</i>
		BME
	13/09/16	Paciente reavaliado após resposta do sistema e início da fase de avaliação, com evolução da doença quando da fase prévia.
		<i>Cláudia Campos Geivão</i> <i>Cláudia Campos Geivão - Foz de Iguaçu</i> <i>CRP - PB 2537</i>

Nome do paciente

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

HORA

16:40

#B.M.F.#

#B.M.F.#

Paciente vítima de acidente motor-
ciclístico. Encontra-se lucido
orientado ao exame clínico de
F.C.C. apresenta Ed. - e esplenomegalia
e ginecomastia (E), equimose peri-orbitária
(E), F.C.C. - pontos pontos,
respiração - torácica, Acidente vi-
sual preservado, vis. cines. preservada
movimentos mandibulares preservados, Ao exame de
lingua apresenta fissão de borda lateral d.
orbital (E) e perda posterior de sico (E) e xilaxia (E)
C.D. (E) Recidivado após Adriação
grupo de Ateuro
(2) Realização de Sutura

Adriação
Bico
Cines. 170, 652
CRO 247198

11/09/16 HNCM

of 11040 5 14

Clinicmate estab
sca intercomung

Sluggish to
pen - Defect none

Proc de controle con minime
contusus temporal (V) en rechard

8/11. 2nd 12 NCM

Dr. George A. C. Manges
Neurocirurgia / Neurologia
Intervencionista
CRM-PB 6348

F(NG).ENF.018-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/09/17		Admissão (pré-op.)
		# 3 anos vivas alguns,
		# per lúmen de Arterio porocitárias, com quisto de
		500.
		# no osso Fístia: lesão (pré-op.) - com quisto de
		osso do 5º dente da mão (V).
		# no osso: lesão de artéria - com quisto - fratura
		do 5º dente.
		# CD: no osso: lesão de artéria - com quisto - fratura
		+ moço.
		(PSSUOPINÇÃO)
		# para os 3 anos: a lesão - com quisto - fratura do
		osso do 5º dente, com
		fratura de osso.
		# CD: lesão de artéria - com quisto - fratura
		do 5º dente.
		Dr. Nêmeio



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>SEBASTIÃO GONÇALVES DE MORAES</u>			Registro:		
Idade: <u>30</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica: <u>ONE</u>	EMP:	LR:
Data: <u>08.09.16</u>	Cirurgião: <u>DR. ADRIANO</u>		1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo de Anestesia: <u>Local</u>	Hora início: <u>16:40</u>	Hora término: <u>17:00</u>	

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<u>MÚLTIPLOS FERIMENTOS EM PÉES</u>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<u>SUTURA EM PÉES</u>	

Acidente durante ato cirúrgico 1º sim 2º não	Descreva:
Biopsia de congelação:	1º sim 2º não
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1º enfermaria 2º terapia intensiva 3º residência 4º óbito durante ato cirúrgico

<u>08 109 4246</u>
João Pessoa - Data

<u>Adriano</u> CRES 174 CRO 251718 Ass. do Médico / CRM
--

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) PACIENTE EM DDM

2) LITOTOMIA

Incisão:

3) APÓS O CAMPO OPERATÓRIO

4) INCISÃO COM ACESSO CONVULSO

Achados:

5) SUTURA POR PULOS AUTOMÁTICOS

6) RETORNO DE CAMPO OPERATÓRIO

Conduta:

7) PACIENTE TRANSFERIDO AO RPP

Fechamento:

Observação:

Data, João Pessoa 08 de SETEMBRO de 2016

Assinatura/carimbo

Adriano Dantas
BUCAL-MAXILO-FACIAL
CRES 1.70.652-4/5.840.005
CRO 2442/PB



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

RECEBEMOS

Nome: 492004m Bruno Ribeiro BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: (X) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: redução manobra de Luxação do 5º dedo mão (D)
 Cirurgião: Dr. Bruno 1º Assistente: Dr. Martins (R3)
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. (Vivis)
 Tipo de Anestesia: anestesia geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>1º Luxação de Articulação metacarpo-falange proximal do 5º dedo da mão (D) + Luxação exposta</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>1º redução manobra de Luxação exposta</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Mathias
CRM: 123456

João Pessoa, 08/09/14

8

f

 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA		LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA	
SANDOVAL GUEDES RIEIRO		REGISTRO 945761	
SEXO MASCULINO	COR	CLÍNICA NEUROCIRURGIA	ESQ. 1 LFTD 1
DATA DE ADMISSÃO 07/09/2016	DATA DE ALTA 13/09/2016	TEMPO DE INTERNAÇÃO 9	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL TRAUMATISMO CRANIANO/CONTUSÃO CEREBRAL			VALOR \$06,9
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO HSA TRAUMÁTICA			
COMPLICAÇÕES TC CRÂNIO: PEQUENA CONTUSÃO TEMPORAL, DIREITA, HSA TRAUMÁTICA, SEM DESVIO DA LINHA MÉDIA OU EFEITO COMPRESSIONAL			
EVOLUÇÃO CLÍNICA NÃO			
EVOLUÇÃO FÍSICA	☒ SIM	☐ NÃO	EVOLUÇÃO PSÍQUICA
			☒ SIM ☐ NÃO
EVOLUÇÃO FONÉTICA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO
		☐ CURADO	☐ ÓBITO
PACIENTE APRESENTOU BOA EVOLUÇÃO NEUROLÓGICA DURANTE SEGUIMENTO. AFEBRIL VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMATISMO CRANIANO GLASGOW 15. SEM DEFICIT FOCAL. ORIENTADO SOBRE NECESSIDADE DE RETORNO AMBULATORIAL. ALTA PARA SEGUIMENTO MÉDICO NO HTOP (AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA)			
ORIENTAÇÕES POS-ALTA			
DIETA:	LIVRE		
REPOUSO:	Retorno ao repouso por 30 dias Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias Retorno às atividades com esforço físico leve em 90 dias e com esforço máximo em 180 dias		
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão 3 vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
MEDICAÇÕES PARA CASA: em anexo.			
RETORNO AO HTOP, AMBULATORIO DA NEUROCIRURGIA (LIGAR PARA AGENDAR) 3214-2911			
RECIBE ALTA DA NEUROCIRURGIA NESTA DATA		DR. EMERSON MAGNO - CRM-6213	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DMIL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			

Dr. Emerson Magno de Andrade
 NEUROCIRURGIA FUNCIONAL
 CRM-PB 6213

 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA					
CLÍNICA NEUROCIRÚRGICA					
NOME	SANDOVAL GUEDES RIEIRO				
ENF.	6	LEITO	I	DATA	13/09/2016

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR.
SANDOVAL GUEDES RIEIRO ESTEVE INTERNADO
NESTE HOSPITAL DE 07/09/2016 A 13/09/2016
DEVENDO PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 120 DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ALTA HOSPITALAR.
CID: S06.9

Dr. Emerson Magno de Andrade
NEUROCIRURGIÃO FUNCIONAL
CRM-PB 6215

	DR. EMERSON MAGNO CRM-PB 6215		
--	----------------------------------	--	--

Documentos de identificação



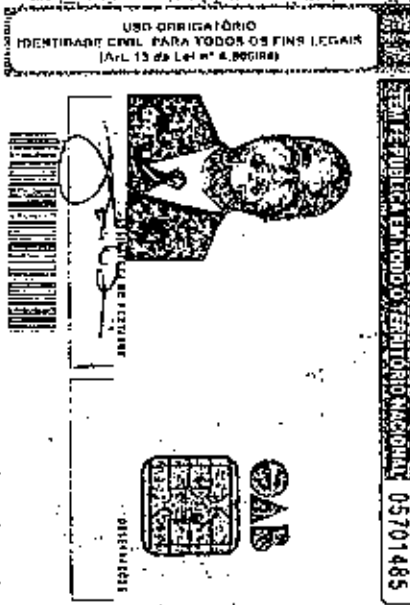
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME SANDOVAL GUEDES RIBEIRO	
DOC. IDENTIDADE / Org. EMISSOR / UF 37799565 SAP/SP	
DT 518.433.824-15	DATA NASCIMENTO 05/02/1966
TITULAÇÃO SEBASTIAO GAIDIRO RIBEIRO VALDETE GUEDES	
PROFISSÃO PROFESSOR	ACC PROFESSOR
CAT. HAB. A3	
Nº REGISTRO 01860863584	VALIDADE 03/04/2022
	1ª REGISTRAÇÃO 29/06/2001
	
OBSERVAÇÕES 	
Assinatura: <i>Sandoval Guedes Ribeiro</i>	
LOCAL SAC PAULO, SP	DATA EMISSÃO 03/04/2017
Assinatura: <i>Wll</i> Alencar Borges de Menezes Diretor Presidente do Departamento Nacional de Identificação	
Assinatura do Emissor SÃO PAULO	
20708262487 SP950813972	

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1430535810

PROIBIDO PLASTIFICAR
1430535810

COMISSÃO DE REGISTRO DE PROVEDORES
 20.000.2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1



CONF. REV. SECT. 20 AGO. 2017

20 AUG 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477573 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO **Data do acidente:** 07/09/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA QUANTO AS POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477573

Cidade: Baía da Traição

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Data do acidente: 07/09/2016

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO-FACIAL (FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA E FACE), CONTUSÃO CEREBRAL TEMPORAL DIREITA (PEQUENA), COM HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA TRAUMÁTICA) E FRATURA LUXAÇÃO ABERTA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE CEFALÉIA CRÔNICA, TONTURAS, SÍNCOPEs FREQUENTES E AGITAÇÃO PSICOMOTORA, CONSTATADA NA ENTREVISTA PERICIAL. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MÚLTIPLAS CICATRIZES FACIAIS, SEM REPERCUSSÕES FUNCIONAIS. CICATRIZ CIRÚRGICA NO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM RETRAÇÃO TECIDUAL, PSEUDO ARTROSE E DEFORMIDADE DA FALANGE MÉDIA, LIMITAÇÃO DA FORÇA E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TRAUMA CRANIANO E SUTURAS DA FACE. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E OSTEOSÍNTESE PARA A FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO QUE EVOLUIU COM RETRAÇÃO TECIDUAL, PSEUDO ARTROSE E DEFORMIDADE DA FALANGE MÉDIA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/09/2017

Conduta mantida:

Observações: SEQUELAS PÓS TRAUMÁTICAS DE HEMATOMA SUBARACNOIDE, COM REPERCUSSÕES NA FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. DEFORMIDADE ANATÔMICA E FUNCIONAL DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50

PRESTADOR

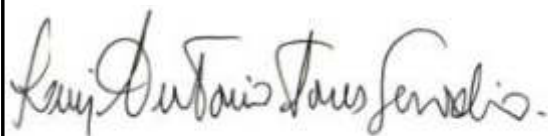
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

Procuração



OUTORGANTE:

Sandoval Guedes Ribeiro
brasileiro(a), estado civil solteiro profissão
mestre de obra, CI RG nº 37799565
CPF/MF nº 518.433.824-15, residente e domiciliado(a) à Rua
Braulio Martins, 128 - 5ª Terezinha
Cidade de Guarabira Estado
Paraíba CEP: 58200000 telefone
83-99342-1170, 83-3512-8600

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

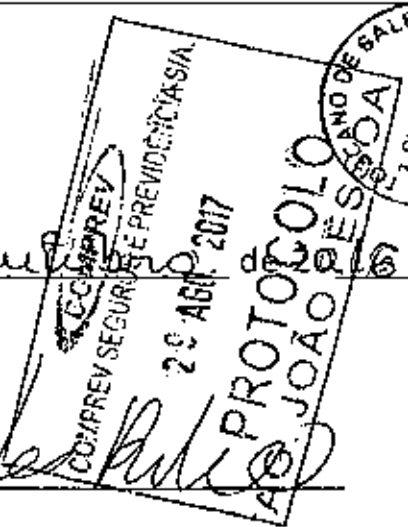
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos 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.

Guarabira

03 de outubro

2017

Sandoval Guedes Ribeiro
OUTORGANTE



**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): **SANDOVAL GUEDES RIBEIRO** Sinistro: **3170477573** Data: **07/09/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **BRAULIO MARTINS, 126 - STA TEREZINHA - Guarabira - PB - CEP 58200-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / SP**] **37799565**

Data local do exame: [**13/09/2017**] **João Pessoa** [**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)
TRAUMA CRÂNIO-FACIAL (FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA E FACE), CONTUSÃO CEREBRAL TEMPORAL DIREITA (PEQUENA), COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMÁTICA) E FRATURA LUXAÇÃO ABERTA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. A VÍTIMA REFERE CEFALÉIA CRÔNICA, TONTURAS, SÍNCOPE FREQUENTES E AGITAÇÃO PSICOMOTORA, CONSTATADA NA ENTREVISTA PERICIAL. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MÚLTIPLAS CICATRIZES FACIAIS, SEM REPERCUSSÕES FUNCIONAIS. CICATRIZ CIRÚRGICA NO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM RETRAÇÃO TECIDUAL, PSEUDO ARTROSE E DEFORMIDADE DA FALANGE MÉDIA, LIMITAÇÃO DA FORÇA E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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.
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TRAUMA CRANIANO E SUTURAS DA FACE. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E OSTEOSSÍNTESE PARA A FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO QUE EVOLUIU COM RETRAÇÃO TECIDUAL, PSEUDO ARTROSE E DEFORMIDADE DA FALANGE MÉDIA.

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.

Dano neurológico, Limitação funcional do 5º quirodáctilo 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

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Sistema Nervoso Central

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):
5º quirodáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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.

SEQUELAS PÓS TRAUMÁTICAS DE HEMATOMA SUBARACNOIDE, COM REPERCUSSÕES NA FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. DEFORMIDADE ANATÔMICA E FUNCIONAL DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.



Joao Fernandes de Souza
CRM - PB 6744

Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB