
Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190470379

Vítima: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIANO SOUZA DOS 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

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190470379

Vítima: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FABIANO SOUZA DOS 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

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190470379

Vítima: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIANO SOUZA DOS 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\$ 3.307,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.307,50

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 0000011630-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.



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: 078.405.034-11 Nome completo da vítima: Fabiana Souza dos Santos

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

Nome completo: Fabiana Souza dos Santos CPF: 078.405.034-11

Profissão: Recusou-se Profissional da Província do Para Número: 24 Complemento: _____

Bairro: Tibiri Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58300-000

E-mail: _____ (11) 98663-4900

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

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 11630 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 298 do Código Penal.

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

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A-ROGO

* Fabiana Souza dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV

2º Nome: _____

CPF: 08 AGU. 2019

Assinatura

PROT. LOT

AG. JOÃO PESSOA

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

OP AG Conta DV
 033 3348 11630 3

Esquema reservado para preenchimento do número da conta

Obs: Este formulário deve ser preenchido e enviado
 Caixa Econômica do Brasil

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101	0800-726 2492	0800-725 7474
Reclamações, sugestões e elogios.	Atendimento a pessoas com deficiência auditiva	Ouvimento

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 Abr. 2019

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: 3190470379
Nome do(a) Examinado(a): Fabiano Souza dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jornal A Província do Para, S/N
Tibiri Santa Rita PB CEP: 58301-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3121541
Data local do acidente: [01/01/2019]
Data local do exame: [19/08/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DA MÃO ESQUERDA (QUARTO E QUINTO METACARPOS).
FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO (QUARTO METATARSO E 1º, 2º E 3º PODODÁCTILOS).**

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

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MÃO COM OSTEOSSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA DESBRIDAMENTO E IMOBILIZAÇÃO DO PÉ ESQUERDO.
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
Data da Alta: 26/04/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DEVIDO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇAS MOTORA DO OMBRO DIREITO, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO E NO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA LEVE DA MÃO E ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇAS MOTORA DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA LEVE DA MÃO E ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO.

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 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)

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

Região Corporal (Sequela):

MÃO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

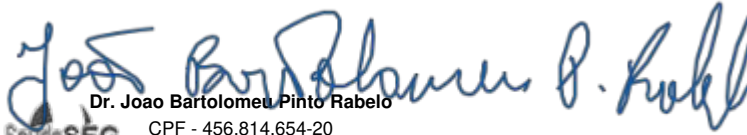
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08557.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08557.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:11 horas do dia 30 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Fabiano Souza dos Santos**, CPF nº 078.405.034-11, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Serralheiro, filho(a) de Lucia de Fatima da Silva Souza e Rildo Souza dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/04/1987 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornal Provincia do Para, Nº 24, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98807-8538.

Dados do(s) Fatos:

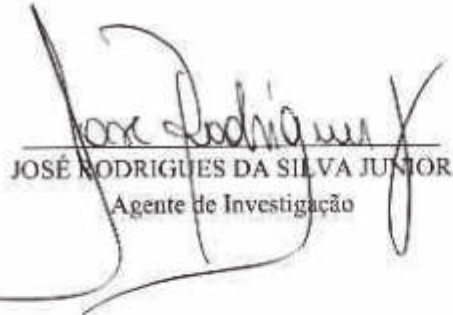
Local: Rua Marcone Alves Vasconcelos, Praça de Marcos Moura, Santa Rita/PB, bairro Marcos Moura; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/01/19 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

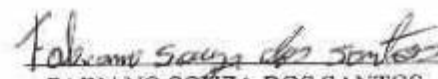
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

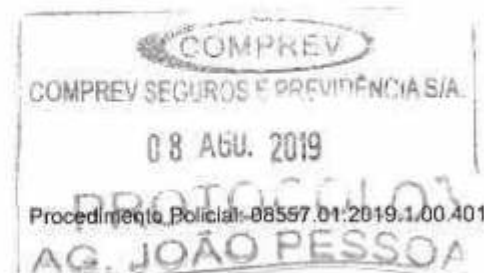
QUE NO DIA 01/01/2019, POR VOLTA DAS 11:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR PRETA, ANO 2006, PLACA MOC-4208/PB, CHASSI 9C2KC0820R834759, REGISTRADA EM NOME DE ANDRE DORGIVAL DA SILVA, NA RUA MARCONE ALVES DE VASCONCELOS, MARCOS MOURA, SANTA RITA/PB, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA VEIO NA CONTRA-MÃO E COLIDIU DE FRENTE NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE O PILOTO DA OUTRA MOTOCICLETA NÃO FICOU NO LOCAL PARA PRESTAR SOCORRO A ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE MÚLTIPLOS METACARPOS, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 16/01/2019, CONFORME CERTIDÃO 0769/2019, ASSINADA PELA MEDICA SONIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA.

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

João Pessoa/PB, 30 de julho de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


FABIANO SOUZA DOS SANTOS
Noticiante



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: 078.405.034-11 Nome completo da vítima: Fabiana Souza dos Santos

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

Nome completo: Fabiana Souza dos Santos CPF: 078.405.034-11

Profissão: Recusou-se Profissional da Província do Para Número: 24 Complemento: _____

Bairro: Tibiri Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58300-000

E-mail: _____ (11) 98663-4900

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

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 11630 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 208 do Código Penal.

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

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A-ROGO

* Fabiano Souza dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
Assinatura
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
2ª Nome: _____
CPF: 08 AGU. 2019

PROT. LOT
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

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

OP AG Conta DV
 033 3348 11630 3

Esquema reservado para preenchimento do número da conta

Obs: Este formulário deve ser preenchido e enviado
 para: Caixa Econômica Federal

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101	0800-726 2492	0800-725 7474
Reclamações, sugestões e elogios.	Atendimento a pessoas com deficiência auditiva	Ouvimento

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 Abr. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITTY

RUA: FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 194280

Atd: Nao Regular

Data: 01/01/2019

Hora: 12:31:01

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

CNS: 160205295340005 Sexo: M IDENTIDADE: 3121541 Fone: 988772345

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/04/1987 Id: 31 ano(s)

End.: RUA JORNAL PROVINCIA DO PARA, 24

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: LUCIA DE FATIMA DA SILVA SOUZA

Pai: RILDO JOAQUIM DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERRALHEIRO (FORA EXCECAO)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

Te/Doc. Responsavel: 988772345 / IDENTIDADE: 3121541

Pré-encina: RESIDENCIA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.01.000049

Escolaridade:

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL.MOTOXMOTO HJ PELA MANHA MARCOS MOURA COND

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: 024?

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Clínica Principal

COLISAO MOTO X MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

clínica - Resol - com exames prontos

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

COMPREV
08 ABU. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Recepção
Protocolo
5722

Ex Exp do HTH

At Bloco 1/h 4C+P

R. O. J. J. J.

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 []

Silviana Maria Diniz

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me

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: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.307,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000011630-3

Nr. da Autenticação B1CBCCCD950BA155



Lugar: MOVOFAS CO
Cidade: RER MTC B1 - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rua: 14-9-880-3422 Referência: Jun / 2019
Modelo: 700TRD70644 Emissão: 21/06/2019

ENERGISA-PARADA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R-230, Km 25 - Oito Pontões - João Pessoa/PB - CEP 5071-690
CNPJ 09.085.180/0001-43 - Ins. Est. 16.315.825-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 006 936 908
Cód. para Deb. Automático: 00014220403

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	21/06/2019	23/07/2019	000.061.204-80

UC (Unidade Consumidora): 5/1422045-3

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA PRAIS. Saiba mais em saude.gov.br/vacinebrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
23/06/18	413	21/06/18	437	1	24	23

Demonstrative

CC	Descrição	Quantidade	Valor Base Cof. 25%	Valor Base Cof. 25%	Valor Base Cof. 25%	Valor Base Cof. 25%	Valor Base Cof. 25%	Valor Base Cof. 25%	Valor Base Cof. 25%
			Valor Base Cof. 25%	Valor Base Cof. 25%	Valor Base Cof. 25%	Valor Base Cof. 25%	Valor Base Cof. 25%	Valor Base Cof. 25%	Valor Base Cof. 25%
0001	Consumo em kWh	94.000	0,002610	77,99	77,99	25	19,49	77,99	0,95
0001	Adic. B. Amarelo			0,48	0,48	25	0,12	0,48	0,02
	LIMPEZA E SERVIÇOS								
0007	CONTR. SERV. LUM. PUBL. CA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	EUROS DE VOTAÇÃO 01/2019			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ALTA 24/01/2019			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	PARCELAmento de DEBTO 09/10			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO INICIAL 01/2019			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CO - Código de Classificação do Item	TOTAL	123,68	78,47	13,81	78,47	0,66	3,21
Subtotal / Totais	0,671290						

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
01/07/2019	R\$ 123.68

Histórico de Consumo (kWh)

78	82	83	88	90	95	97	100	117	117	22
Jun/78	Jun/78	Apr/78	Dec/78	Oct/78	Nov/78	Dec/78	Jan/79	Feb/79	Mar/79	Apr/79

RESERVADO AO FISCO

74b2 b40a 4004.0f79 cc5e 77a0 920e c412

Indicadores de Qualidade 4/2015 - Setembro

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DE VENDA	5,43	0,00	
DE TRIBUTAÇÃO	3,92		NORMAL
DE INFLAÇÃO	3,92		
DE INICIAL	3,92	0,00	CONCRETADA
DE TRIBUTAÇÃO	0,14		INTEFERIDA
DE ANEEL	0,14		INTEFERIDA
DE INFLAÇÃO	0,14	0,00	

Completando os Correios

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Remuneração Deputados/PS	18,78	15,61
Contribuição da Empresa	27,39	22,16
Remuneração Transportação	1,89	1,53
Encargos Sociais	4,94	4,02
Impostos Diretos e Indiretos	58,91	48,04
Outros Serviços	32,67	26,64
Total	125,68	100,00

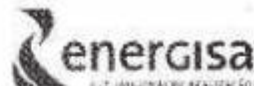
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 AUG. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento com valor fiscal.

Documento não é garantia de crédito.

Serviço para empresa pagadora da nota fiscal com o código eletrônico - Nº 028.333.128

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro - João Pessoa / PB - CEP 55071-480
CNPJ 03.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 14.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 137 SALA 06
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

19/07/2019

CONSUMO

168

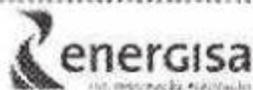
VENCIMENTO

26/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 150,11

Acesse: www.energisa.com.br



SERVIÇO DE PAGAMENTO

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Telefone: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/07/2019

VENCIMENTO

26/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 150,11

MATRÍCULA

5/1698358-7-07-1



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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPD=1&CODIGO=39636>

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 obrigatórios, 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS SEGUROS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTERNO 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 Alexandrina Cesar Duarte

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

Fabiano Souza dos Santos Inscrito (a) no CPF sob o nº 078.405.034 / 11
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fabiano Souza dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o nº 078.405.034 / 11 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, residência 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>Parangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(3) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 08/08/2019

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 AGO. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Andre Dorigival da Silva,
RG nº 2307388, data de expedição 20/01/17,
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 032.701.744-97, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Manoel Teixeira da Silva, nº 308,

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 Fabiano Souza dos Santos cujo o condutor era
Fabiano Souza dos Santos

Veículo: moto
Modelo: HONDA TITAN
Ano: 2006
Placa: MOC 4208
Chassi: GC2K C0820 R 834759
Data do Acidente: 03-03-19
Local e Data: 03/03/2019 João Pessoa - PB



Andre Dorigival da Silva
Assinatura do Declarante

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



SOUTO
SOUTO SERVICOS E REGISTROS
SOUTO SERVICOS E REGISTROS

1º OFFICINA DE NOTAS
2º TABELAÇÃO DE PROTESTOS
3º TABELAÇÃO DE PROTESTOS
4º TABELAÇÃO DE PROTESTOS
5º TABELAÇÃO DE PROTESTOS
6º TABELAÇÃO DE PROTESTOS
7º TABELAÇÃO DE PROTESTOS
8º TABELAÇÃO DE PROTESTOS
9º TABELAÇÃO DE PROTESTOS
10º TABELAÇÃO DE PROTESTOS

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....

ANDRE DORIGIVAL DA SILVA.....

Em test.da verdade, João Pessoa - PB 03/03/2019 12:46:37

José Francisco da Silva - Escrevente

[2019-000575]EMOL:R\$ 19,91 PARPEN:R\$ 0,29 FEP:R\$ 1,00 ISS:R\$ 5,00

SELG DIGITAL: AHW99537-ERTM

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.br>

José Francisco da Silva
Assinatura do Condutor



CERTIDÃO

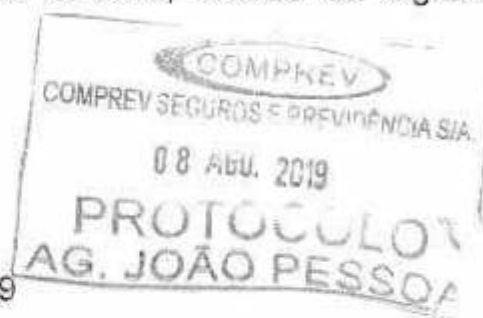
Nº. 0769/2019

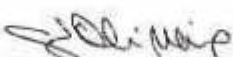
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 194280 e prontuário 2019.0.000049 pertencentes a **FABIANO SOUZA DOS SANTOS** que foi atendido dia 01/01/2019 às 12H31min, vítima de colisão de moto x moto, apresentando trauma em membro superior e inferior.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de múltiplos metacarpos. Realizado procedimento cirúrgico no dia 16/01/2019, com alta médica no mesmo dia.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 21 de Maio de 2019




Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Fabiano Souza dos Santos **Data da Admissão:** 08/01/19
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

QPD: Apêndice do mto
HDA: Ataque de cãibra por apêndice do mto com dor e hemorragia no mto em ombro @ pé e mão @; ho. # 9 doses.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia **Audição:** _____ **Visão:** _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ **Outros:** _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 AEU, 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Baço aumentado [] Casa de 1.º andar []
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo []
[] Alcoolismo []
Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

*Ex Exp de 1.º, 2.º e 3.º PDE e
colo de 4.º MTC
Ex de glândula (conservador) pelo Tumor
Ex de 4.º e 5.º MTC*

Conduta:

*Ag Bloco de HNC +
Cefazolina 2g IV
SAT 5000 US In.*

Dr. Valdean Carvalho Jr.
Médico - CRM 2092
GNS 206346920960016

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

+ Jânio

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>F. da Silva</i>		Registro: <i>EMP</i>	
Idade: <i>31</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clinica: <i>Orto</i>
Data: <i>07/01/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. F. da Silva</i>		1º Assistente: <i></i>
2º Assistente: <i></i>		3º Assistente: <i></i>	
Anestesista: <i></i>		Tipo Anestesia: <i></i>	
		Instrumentação: <i></i>	
		Horário: <i></i>	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Fx Exp de 1 PTC
Fx de 2 e 3 PTC + Fx colo 4º MTC
Fx de calcâneo D
Fx de 4 e 5 MTC

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

Dr. F. da Silva

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

L.M.C + Desbridamento

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 () Não

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
 2 () Não

Descreva:

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Atividade de audição e visão
 com DPH sobre o maxilar superior
 + Antropometria
 + Avaliação da camisa dentária

Incisão:

Achados:

Fx de fratura distal de LPE
 com rest. da unha e lesão em
 região medial do pé (E)

Conduta:

Realização de L.M.C. com
 500.000 - 9.000.000.
 Desbridamento de todos os
 tecidos

Fechamento:

Sutura de aproximação +
 Curativo com gaze vaselina +
 talco, Bata + Tala gipsada

OBS:

Kit com + de 8 horas de audição
 Realizado somente 2 M.C. e 2 Fm
 H. Suturação definitiva

Data:

01/01/19

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
 Médico CRM 7692

MÉDICO/CRM

Nome: FABIANO SOUZA DOS SANTOS				Registro: 2019010049	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 16 / 01 / 2019			Cirurgião: <i>Luis Filipe Lessa</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: GALVÃO		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura de múltiplos metacarpos</i>					<i>S623</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese com placa e miniparafusos</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão dorsal em 5º espaço intermetacarpal

Divulsão por planos até identificar fratura complexa de 4º mtc + fratura do colo do 5º mtc

Osteotomia + osteossíntese com placa 1.5 + 06 parafusos corticais

Verificado redução sob fluoroscopia

Achados:

Conduta:

Limpeza com sf 0,9%

Sutura com nylon 4.0

Curativo

Fechamento:

OBS:

Data: 16 / 01 / 19

Dr. Felipe Lessa
Ortopedia
Microcirurgia
TEC 1438
MÉDICO/CRM



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190470379

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

Data do acidente: 01/01/2019

Seguradora: MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

FRATURA DA MÃO ESQUERDA (QUARTO E QUINTO METACARPOS).

FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO (QUARTO METATARSO E 1º, 2º E 3º PODODÁCTILOS).

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DEVIDO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇAS MOTORA DO OMBRO DIREITO, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO E NO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA LEVE DA MÃO E ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS PORÉM EVOLUIU COM DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DEVIDO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇAS MOTORA DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA LEVE DA MÃO E ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			24,5 %	R\$ 3.307,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Fabiano Souza dos Santos, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Perito Chefe, residente e domiciliado à Rua General Maximiliano nº 24, bairro Teburi, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep 58300-000, portador(a) do Rg nº 3.121.541, SSP/PB e CPF nº 078.405.034-11.

Outorgado: Alexsandra Lusa Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal L. Costa Duarte nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 262.778 SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Fabiano Souza dos Santos, ocorrido em 03/03/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidiz.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar **Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT**, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Santa Rita, 30 de Julho de 2019.



Fabiano Souza dos Santos
Outorgante
CPF Nº 078.405.034-11

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271335/19

Vítima: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

CPF: 078.405.034-11

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 01/01/2019

Titular do CPF: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FABIANO SOUZA DOS SANTOS : 078.405.034-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO