

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta nº: 10603923

A/C: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170118756 ASL-0075863/17
Vitima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Data Acidente: 14/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO 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, 07 de Março de 2017

Carta nº: 10617589

A/C: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170118756 ASL-0075863/17
Vítima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Data Acidente: 14/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO 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 Março de 2017

Carta nº: 10741627

A/C: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170118756 ASL-0075863/17
Vítima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Data Acidente: 14/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO 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: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 00000052568-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2017

Carta nº: 10925658

A/C: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170118756 ASL-0075863/17
Vítima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Data Acidente: 14/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO 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, 26 de Maio de 2017

Carta nº: 11040775

A/C: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170118756 ASL-0075863/17
Vítima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Data Acidente: 14/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO 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: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 00000052568-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170118756 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO MATO GROSSO nº 00 - ZONA RURAL - UIRAUNA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4159654 - SSP**
Data local do exame: **17/03/2017 CAJAZEIRAS/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura exposta dos ossos da perna esquerda.

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?

☒ SIM

☐ NÃO

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?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Tratamento cirúrgico com colocação de fixador linear externo por um período de 150 dias. Realizou fisioterapia e teve alta definitiva. Presença de deformidade em varum na perna esquerda, atrofia da musculatura da coxa esquerda, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo, encurtamento do membro inferior esquerdo em relação ao membro inferior direito em cerca de 02 cm.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ 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.

Sequela funcional média de membro inferior esquerdo

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(*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAJAZEIRAS, 17/03/2017

Médico Perito: JOSE GERARDO VALE MATOS CRM:10035/PB


Dr. José Gerardo Vale Matos
MÉDICO CREMEC 3218
CRM PB 10035

Assinatura do perito Examinador - CRM

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170118756 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO MATO GROSSO nº 00 - ZONA RURAL - UIRAUNA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4159654 - SSP**
Data local do exame: **12/05/2017 CAJAZEIRAS/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura exposta da diáfise dos ossos da perna esquerda.

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?

☒ SIM

☐ NÃO

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?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Periciando sequelado de fratura exposta da diáfise dos ossos da perna esquerda, tratado cirurgicamente com uso de fixador linear externo por um período de 150 dias. Paciente teve alta definitiva em 29/03/2017.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ 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.

Presença de edema residual na perna e tornozelo esquerdo. Presença de atrofia da musculatura da coxa esquerda. Presença de bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo. Presença de desvio em varum da perna esquerda. Presença de depressão cutânea na panturrilha esquerda em virtude de queimadura do terceiro grau. Presença de encurtamento do membro inferior esquerdo em relação ao membro inferior esquerdo em cerca de 03 cm. Presença de diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo. Paciente deambula com auxílio de muletas.

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAJAZEIRAS, 12/05/2017

Médico Perito: JOSE GERARDO VALE MATOS CRM:10035/PB


Dr. José Gerardo Vale Matos
MÉDICO CREMEC 3218
CRM PB 10035



Nº DO SINISTRO _____

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.

EU, Francisco Helder Alves da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.159.654 EXPEDIDO POR SSP - PM EM 18/04/2013
CPF 013725924-74 / CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO carona
E RENDA MENSAL DE R\$ menor (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Helder Alves da Silva, 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos o acesso ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta indicada 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) 0558 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 052568-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Payaguaras, 18 de Janeiro de 2013 x Francisco Helder Alves da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Policia
3ª Delegacia Regional de Policia Civil
20ª Delegacia Seccional de Policia
Delegacia de Policia Civil de Uiraúna/PB



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



ADITAMENTO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 418/2016 - DPVAT

Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRANSITO**

Data do fato: **14/07/2016** hora: **15h30min**

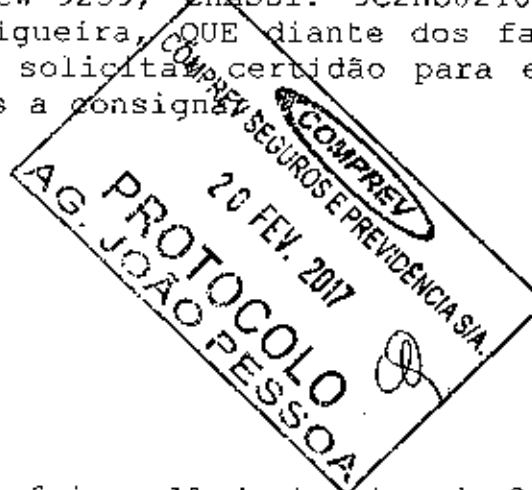
Notificante: JÁ QUALIFICADO NO BO 418 **FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA**, 18 anos de idade, alcunha " ", Nacionalidade: BRASILEIRO, naturalidade: , nascido(a) em 13/02/1998, documento: RG 4.159.654 SSP/PB, CPF 013.725.924-74, Profissão: ESTUDANTE, filho(a) de FRANCISCO CESANILDO DA SILVA e de MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA, endereço: Sítio JOÃO FERREIRA, UIRAÚNA/PB, referência: , TELEFONE PARA CONTATO: 83 9. 9304-8818.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **DANILO CHARBEL NEWMAN MACIEL**

Vitima: O(a) **NOTIFICANTE**.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, no dia 14/07/2016, vinha do sítio Quixaba de baixio para o sítio Mato Grosso, QUE, ao chegar em uma curva, um veículo veio em sua direção na contra mão e colidiu com o comunicante, QUE, no sinistro o mesmo teve fratura na perna esquerda, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Cajazeiras/PB, QUE, moto está HONDA/PB 100, ANO:2011, Cor Vermelha, PLACA oew-9239, CHASSI: 9c2hb0210br516064, em nome de Geraldo Pedro de Figueira, QUE diante dos fatos o notificante veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos do seguro DPVAT. Nada mais a consignar.



Uiraúna/PB, quarta-feira, 11 de janeiro de 2017 às 11:16

Francisco Helder Alves da Silva
NOTIFICANTE

Maxwell Francis do Nascimento Mattas
Assinatura do Policial responsável pelo registro
MAXWELL FRANCIS DO N. MATTAS
MATRÍCULA: 182.196-2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Helder Alves da Silva,
portador da carteira de identidade nº 4.159.654 e inscrito no
CPF/MF sob o nº 033.725.924-74, residente e domiciliado no
(a) Sítio Mato Grosso, SN, Zona Rural, Cidade
Uirauna, 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
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não
realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro
DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por
veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o
prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do
laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à
perícia médica à custa 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.

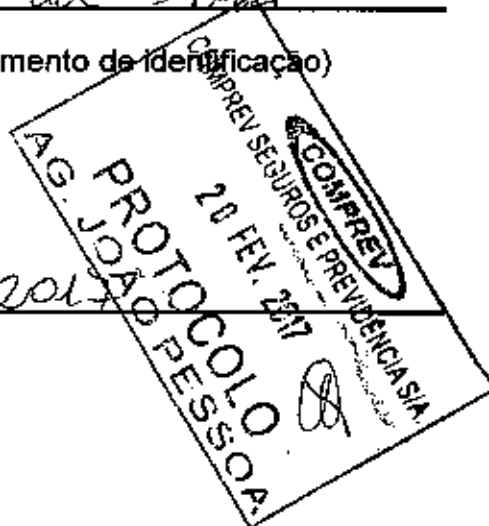
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia
não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia
ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco Helder Alves da Silva

Assinatura do declarante (conforme documento de identificação)

Uirauna - PB 20/01/2017

Local e data



Dto Declaratório



SUS

Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

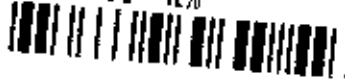
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

DOCUMENTO 2 *1296*



Identificação do Paciente

2 - NOME DO PACIENTE

Maurício Helton da Silva

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

1607223

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

20034377611495223-16

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/07/1978

MASC ☒ 1FEM ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maurício Helton da Silva

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua 11/15 Cajazeiras

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cajazeiras

14 - CDD. REG. MUNICÍPIO

25690

15 - UF

PB

16 - CEP

57200-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Rp (vítima de acidente no trabalho) com lesões
expos. aos perigos 6 II (A)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acidente com

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exatidão física e mental

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur

21 - CID 10 PRINCIPAL

S82.2

22 - CID 10 SECUNDÁRIA

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. cir. H. de

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DORNO DO PROCEDIMENTO

106.10.000.000

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

106.10.000.000

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/07/2016

32 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

CRM-4382 TEOT 6514

033004362

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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: 22/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000052568-1

Nr. da Autenticação 03AC1F3AC16F07CA

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: 23/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

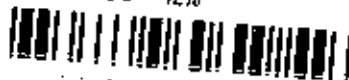
CLIENTE: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000052568-1

Nr. da Autenticação EB3B1C232FD506A2



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Francisco Helder Alves da Silva, RG nº 4.159.654, data de expedição 18/04/2013, Órgão SSP/PB,

CPF nº 013.725.924-74, 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>Sítio Mato Grosso</u>
Número	<u>S/N-</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural.</u>
Cidade	<u>Uiraúna - PB</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58915 000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-12.66 / 99415-5835</u>
E-mail	<u>mteguarodprivatz@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Uiraúna - PB 20/01/2013



x FRANCISCO Helder Alves da Silva

Assinatura do Declarante

FRANCISCO CEBALDO DA SILVA
SIT MATO ROSSO, S/N. AREA RURAL
URUMITA/PB CEP: 58619000 (AO-177)

Categoria: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Cria Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-000
Número: 15-206-913-1250 Referência: Jun / 2016
NF Medidor: 00008308856 Emissão: 23/07/2016

energisa
ENERGISA PARABÁ: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.055.103/0001-40 Insc Est 18.015.923-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº001.083.485
Código para Dúvida Autenticação: 0000618201

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/616806-6**

Jun / 2016

Canal de contato

Apresentação

23/08/2016

Data prevista da
próxima leitura

28/07/2016

CPF/CNPJ/RANI
41251318487

Faturas em atraso

01/06/2016 128,28
03/05/2016 155,72
01/04/2016 134,13

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 24/05/16 Leitura 18101	Data 23/06/16 Leitura 18404	1	303	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	303	0,29272	88,89
Subsídio			38,01
PTS			1,49
COFINS			8,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			1,77
PARCELAMENTO DE DÉBITO 08/10			45,43
Devolução Subsídio			-38,01

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/16 235
Abr/16 321
Mai/16 357
Jun/16 252
Jul/16 391
Ago/16 428
Set/16 446
Out/16 443
Nov/16 494
Dez/16 482
Jan/16 405
Fev/16 461

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALORES
ICMS	0,00	0,00	0,00
PTS	135,08	1,1098	1,49
COFINS	135,08	6,6100	8,89

VENCIMENTO
01/07/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 144,27

Média dos últimos meses
387 kWh

TESTEMANHO DIGITAL

478a.3f7d.fb62.6fe0.f471.8419.dcf4.a6cc.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)
ON-MENSAL 12,80	0,00	NOMINAL 220
ON-TRIMESTRAL 25,52		
ON-ANUAL 51,05		
FC-MENSAL 7,80	0,00	CONTRATAÇÃO 207
FC-TRIMESTRAL 15,04		LIMITE INFERIOR 231
FC-ANUAL 31,28		
DVAC 8,89	0,00	
OCRI 10,50		

Composição dos custos totais da sua conta

Obrigações	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	37,78	27,72
Corporação de Energia	42,99	30,17
Serviço de Transmissão	7,51	5,28
Energia Gerada	10,29	7,20
Impostos Diretos e Indiretos	10,15	7,04
Outros Serviços	45,43	31,49
Total	144,27	100,00

Valor de EUSO (Ref 4/2016) R\$ 49,50

ATENÇÃO

PREAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/07/2016. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado em 15 dias corridos após o vencimento da fatura, caso o consumidor para compensação. Caso essas condições estejam pagas, desconsiderar esta mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ RELEVADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
Subvenção DEC 7 89/113 R\$ 38,01
- Leitura confirmada
Isento ICMS

ENERGISA PARABÁ

Referência: 15-206-913-12503
Matrícula: 610806-2016-06-7

VENCIMENTO
01/07/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 144,27

83670000001-8 44270054000-2 06168062016-0 08702080019-2



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
20 FEV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

25



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAURICELIO MACARIO DA SILVA, portador(a) do RG nº 2.241.541, expedido por DETRAN/PB, em 07/04/2011, CPF/CNPJ nº 035.831.484.44, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a): Francisco Helton Plus da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Francisco Helton Plus da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: peixeiro Renda Mensal: R\$ três mil

Documentos comprobatórios: nos possui

Maurício Macário da Silva

ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Not intended for official interpretation.

FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

09-14/12/2016

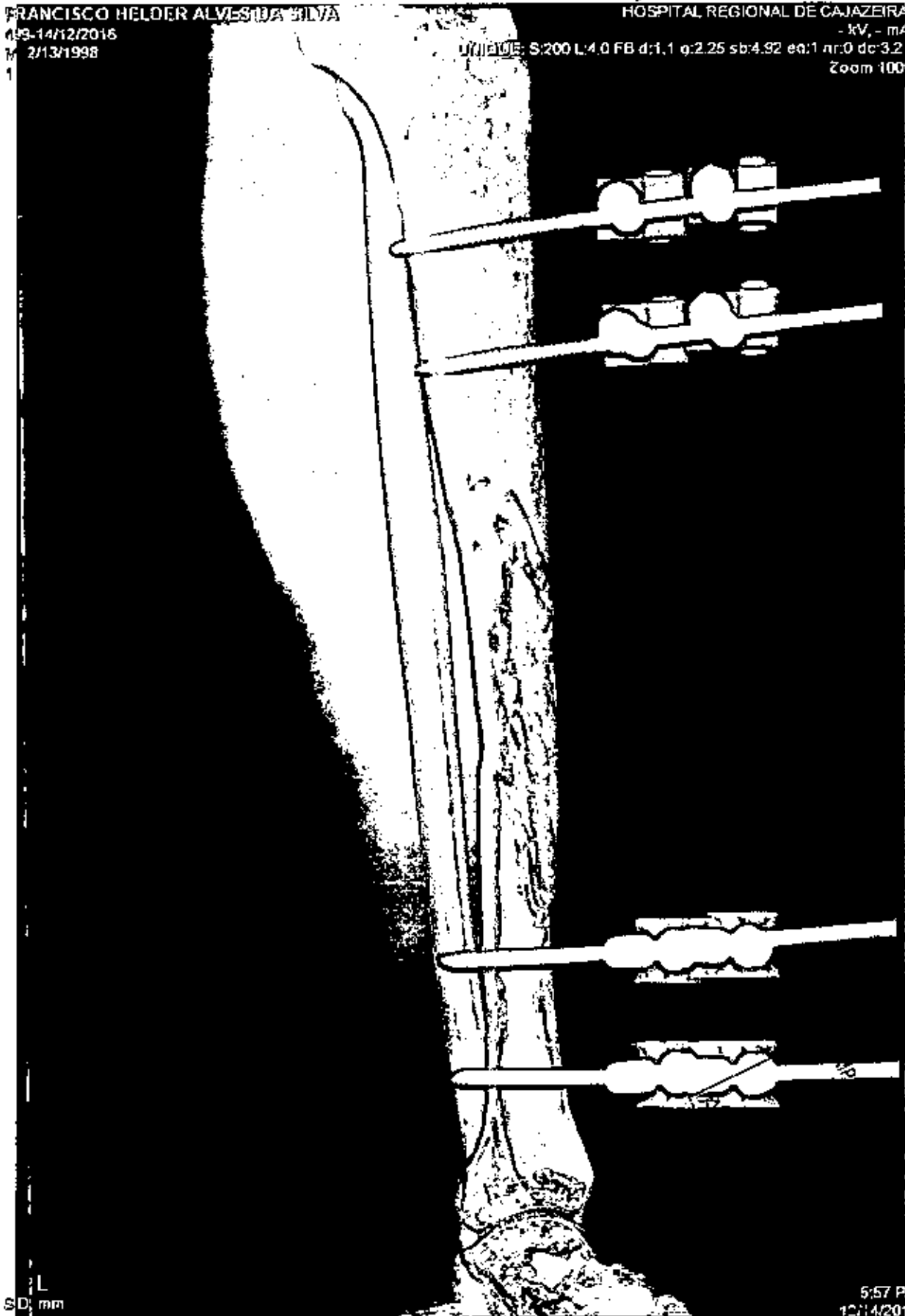
2/13/1998

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

- kV, - mAs

UNIDADE: S:200 L:4.0 FB d:1.1 q:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2 ...

Zoom 100%



L
SD, mm

5:57 PM

12/14/2016

COMPREV
PREVIDENCIA S/A

S:CA

Not intended for official interpretation.

FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

499-14/12/2016

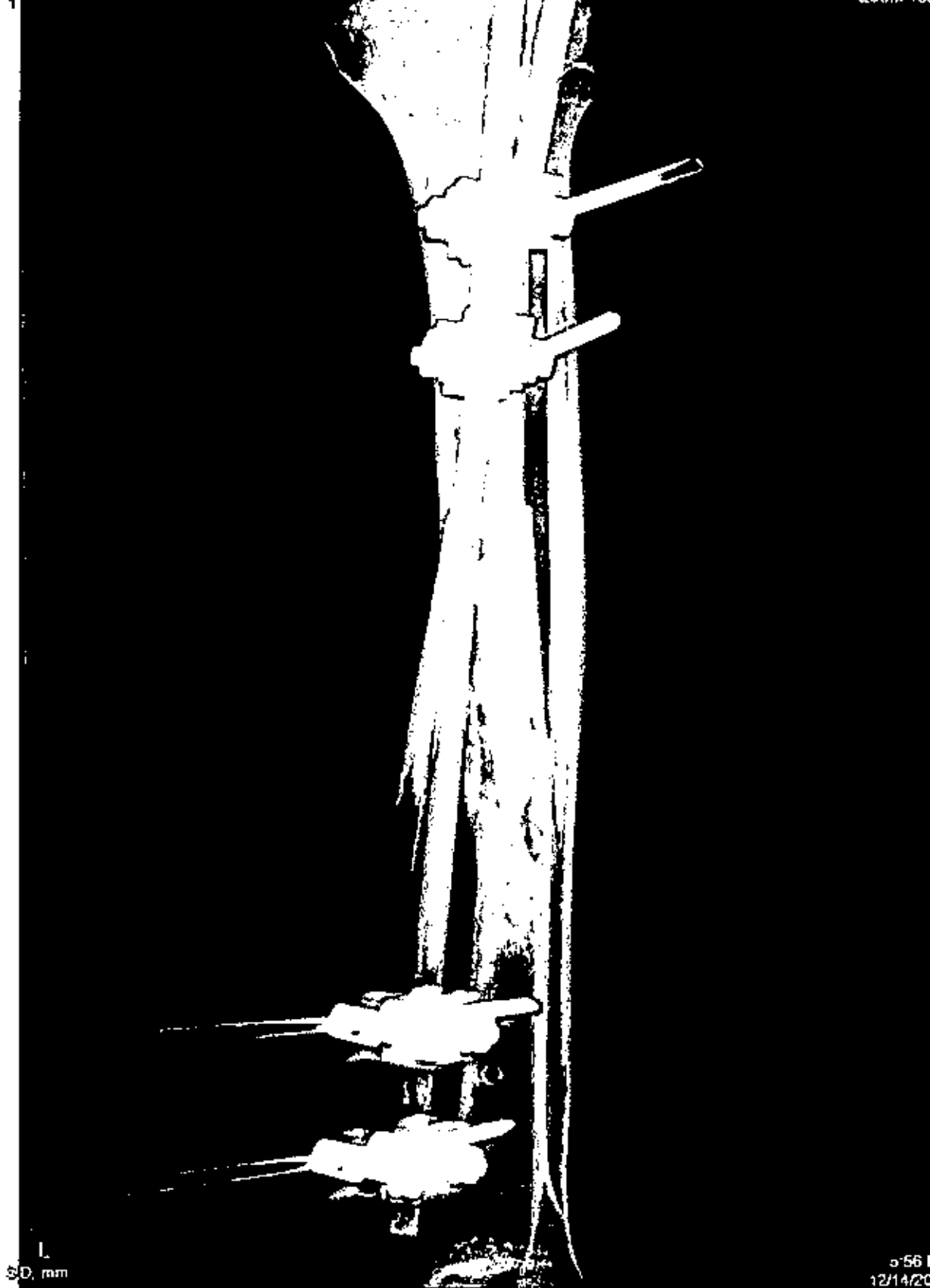
2/13/1998

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

- kV, - mAs

TECHNIQUE S200 L:4.0 FB d:1.1 g:2 25 sb:4.92 ea:1 nr:0 dc:3.2

Zoom 100%



L
SD, mm

5:56 PM
12/14/2016

COMPREV
PREVIDENCIA S/A

**SUS**
 Sistema Único da
Saúde

 Ministério da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 - CNES

4 - CNES

2 6 1 3 4 7 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Manoel Nepomuceno Silva

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

1607223

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2 0 0 1 6 3 1 7 1 6 1 9 5 2 1 3 1 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

13-01-1978

MASC. ☒ 1FEM. ☐ 3

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Márcia Nepomucena Silva

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua 10 de Novembro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cajazeiras

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

25690

15 - UF

PB

16 - CEP

57015-0

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

 Rpt. vítima de acidente motorista
exposto aos ferimentos 6 II

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acidente

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico e radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta fêmur H

21 - CID 10 PRINCIPAL

S22.2

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. cir. H. fêmur H. fixação externa

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

06.10.00.10.00.00

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

1 - CNS

2 - CPF

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. João Dantas Guaberto

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/07/2016

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

CRM-4382 TEOD. 6514
033004362
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11/07/16

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



Energy Co

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

N.º 4159655 / 551043

Name FERNANDO HECTOR MARTINEZ JR WILLIAM

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

200439649520206

Data Nascimento 13/02/1998 Residente à (Rua, Av.) _____

_____. N.º _____ Bairro _____

Cidade Vila Rica UF PA Segurado ou Dependente

My #10 20 20 corner Grau Parenlesco My 1st

no qual dou fé

Cajazeiras

191 June 106

Funcionário Responsável

Paciente Responsável

COMPREV
COMPREEN SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
09 FEV. 2017

20 FEB. 2017

PROTOCOLLO
PESOA

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: FRANCISCO LAZARUS ALVES DA SILVA Filho de: _____
e de MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA
Residência: SITIO MATO GROSSO - UIRUNA Idade: 18
Cor _____ Sexo MASCULINO Estado Civil SOLTEIRO
Naturalidade _____ Profissão: AGRICULTOR
Internado em 15 de JULHO de 16

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Rte vítima de acidente de usf
e patula expõe GII (A) pmt

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exposico orea + pmdo de pmt

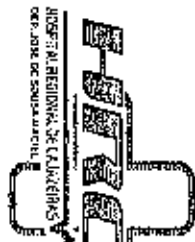
Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Rte pmt



Diagnóstico:

fratura expõe ossos pmt
GII (A) pmt



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
Cidade de Cajazeiras - PB

Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Francisco Helder Alves Idade: _____ Cor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Categoria: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
------	-------------------	---------	-----------

13/07/16	1) Dieta Livre		# Orelaprelator
----------	----------------	--	-----------------

	2) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º	22:00	AD: 10 primeiros dias de
--	--	-------	--------------------------

	3) Distúrbio de sono, 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º	22:00	para
--	---	-------	------

	4) Diarréia 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º	22:00	
--	---	-------	--

	5) Intermittente 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	--	--	--

	6) Dor de cabeça		
--	------------------	--	--

	7) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	--	--	--

	8) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	--	--	--

	9) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	--	--	--

	10) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	---	--	--

	11) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	---	--	--

	12) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	---	--	--

	13) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	---	--	--

	14) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	---	--	--

	15) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	---	--	--

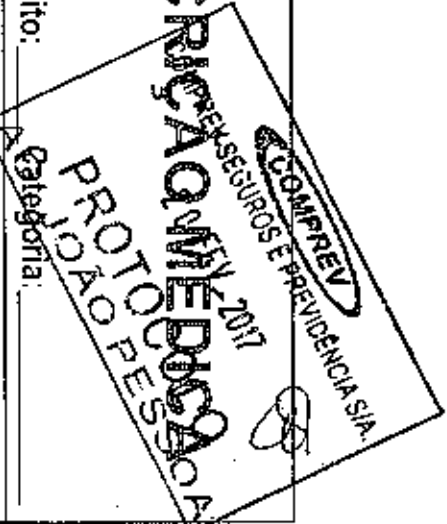
	16) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	---	--	--

	17) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	---	--	--

	18) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	---	--	--

	19) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	---	--	--

	20) Dor abdominal 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º		
--	---	--	--



Dr. Francisco Helder Alves
CRM: 10.101 e 10.102
Título de Especialista em Medicina
CRM: 10.101 e 10.102

Dr. Francisco Helder Alves
CRM: 10.101 e 10.102
Título de Especialista em Medicina
CRM: 10.101 e 10.102

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Francisco Helder Alves Idade 49 Enf. 119 Leito 04

Data	Hora	Anotações	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art.
14/07/16	22:00	paciente admitido no setor das clínicas cirúrgicas, proveniente do bloco cirúrgico; com fratura exposta na perna E, consciente, orientado, verbaliza- ndo, em jejum intestinal, não reque- re cuidados no momento e segue sob cuidados da equipe				
		Nayane Lima D. Pereira Enfermeira COREN-PB: 960.035				
15/7/16	08:00	Paciente em 2º dia de fratura exposta de MJE, sem feridas, consciente, orientado, verbalizando, Res- ta no leito, acalor de 37,5°C, e de 100 x 60 mmHg, presentes, com dorada em MJE Amarelha	36,5	76	17	120 x 80
15/07/16	20:00	SSVV — x —	36,7	76	16	90 x 60
16/07	08:00	SSVV — — —	36,5	82	18	100 x 80
		Consciente, orientado, verbalizando, deambula no setor de MJE				
16/07/16	20:00	SSVV — — —	36,7°C			100 x 70
17-07-16	8:00	SSVV — — —	35			90 x 60
		Consciente, orientado, calmo, verbalizando, deambula no setor de MJE				
17/07/16	19:00	SSVV — — —				

COMPREV
COMPREV
COMPREV
20.FEV.2017
AG PROTOCOLO
DA PESSOA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Emmanuel Hilário, Alencar da Silva Enf.: 119 Leito: 24

DATA	HORA	
14/07/16	22:00	Paciente evoluindo com sinais de desidratação, hipotensão, taquicardia, febre, tosse, expectoração amarelada, dispnéia, saturação de oxigênio 92% em ar ambiente. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.
15/07/16	15:00	Paciente evolui com sinais de desidratação, hipotensão, taquicardia, febre, tosse, expectoração amarelada, dispnéia, saturação de oxigênio 92% em ar ambiente. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.
16/07/16	08:00	Paciente evolui com sinais de desidratação, hipotensão, taquicardia, febre, tosse, expectoração amarelada, dispnéia, saturação de oxigênio 92% em ar ambiente. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.
17/07/16	08:45	Paciente evolui estável, com sinais de desidratação, hipotensão, taquicardia, febre, tosse, expectoração amarelada, dispnéia, saturação de oxigênio 92% em ar ambiente. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.
18/07/16	09:00	Paciente evolui com sinais de desidratação, hipotensão, taquicardia, febre, tosse, expectoração amarelada, dispnéia, saturação de oxigênio 92% em ar ambiente. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.

Fco Lindomercio Fernandes
ENFERMEIRO
COREN: 166187

COMPREV
20 FEV. 2017
PROTOCOLO
CONTADO
PES
SOA

Emmanuel K. A. Cavalcante Rolim
Enfermeira
Coren PB 448217

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME		IDADE	SEXO	COR	
		Francisco Hilário A. da Silva					
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÊIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					BRONQUITE		
AP. DIGESTIVO					ELETROCARDIOGRAMA		
ESTADO VENTAL			DENTES	PESCOÇO	APURINÁRIA		
			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALEGRIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		
					RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES							
MÉDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					EFITO		

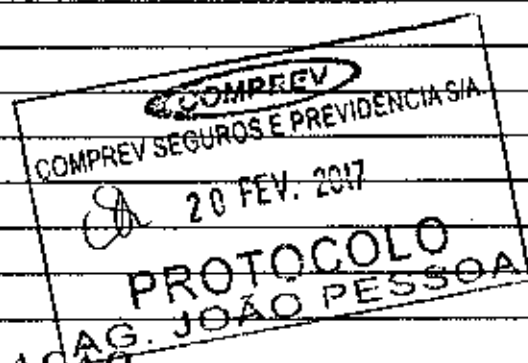
AGENTE ANESTÉSICO	LIQUIDO	CÓDIGO	VP - ARTERIAL: 0 - PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO: 0 - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO: 0	INDUÇÃO
02	SF RI SF			Satisf. _____ Excit. _____ Tos _____ Laríngeo Espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outras: _____ MANUTENÇÃO Procedimento para intubação ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Despertar Reflexos na SO _____ Obstr.: _____ CO _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outras: _____ Com Câmbio Para o Lote: Sim _____ Não _____ CONDICÕES:
SP02 99 99 99 RPA COMPREV SEGUROSSE PREVIDENCIA S/A 20.FEV.2017 PROTOCOLADO LAG JOÃO PESSOA				
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES				
ANOTAÇÕES				
AGENTES				
TÉCNICA				
OPERAÇÃO				
CIRURGIÕES				
ANESTESISTAS				
OBSERVAÇÕES				
Cefazolina 2g + Dapirone 2g + Plavix 150mg Proc hipe 15mg + Dapirone 2g Respirometria Fratura exposta Dr. Gomes Dr. Barbone				
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS				PERDAS SANGÜÍNEAS

Hospital

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Fco. Ildemar Alves DA SILVA			
Data Operação	Enf.	Leito	
14/02/16			
Operador		1º Auxiliar	
Dr. Janio Santos			
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista		Tipo de Anestesia	
Dr. Barão		Róqui	
Diagnóstico Pré-Operatório			
F. exp. BIL (A) p. m. t.			
Tipo de Operação			
Trat. da. de exp. BIL p. m. t.			
Diagnóstico Pós-Operatório			

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato
Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Hip. sul. meses
- 2) Asepsia + anti-sepsia
- 3) Acesso de campo
- 4) Amarelo transparente, perf. c/ St 0,9/18x18cm
- 5) Visualização do pco. natural c/ grande curvatura
- 6) Redução do pco.
- 7) Colocação de fios de exp. c/ 02 p. m. t.
- 8) Sutura por plano + camadas

Dr. Janio Santos
Otorrinolaringologista
CRM 4382 - RJ
07/04/16



PREFEITURA DE UIRAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Nº SOLICITAÇÃO:	DATA: 14/07/16	VIAJANTE: ☐ USA ☐ USB ☐
MÉDICO(A) REGULADOR(A) DIAI:		CRM:
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:	Nº	
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO: BA
PONTO DE REFERÊNCIA:		
☐ RESIDÊNCIA ☐ LOCAL DE TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA		

PACIENTE/SUSCRIPTO:	SOLICITANTE:	
SEXO: ☐ MASC. ☐ FEM.	IDADE:	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA		
☐ CLÍNICA ☒ TRAUMÁTICA ☐ PEDIÁTRICA ☐ GINECO-OBSTÉTRICA ☐ PSIQUIÁTRICA ☐ CIRÚRGICA		
APOIO NO LOCAL		
☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ POLÍCIA CIVIL ☐ POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL		
☐ DEFESA CIVIL ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ IML ☐ OUTRO:		

AValiação PRIMária

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl NEUROLÓGICA
☒ PERIÚTERO ☐ RESPIRATÓRIA ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL	☒ EXPANSIBILIDADE ☐ NORMAL ☐ SUPERFICIAL ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ MURMÚRIOS VESICULARES ☐ NORMAL ☐ DOWNDRAWN ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100	☒ PULSO ☐ NORMAL ☐ RINGO ☐ CHEIO ☐ RÍTMICO ☐ ARRITMICO ☐ AUSENTE ☐ PERIFÉRICO ☐ NORMAL ☐ AUSENTE ☐ HIPERTIMPANISMO ☐ MACEIZ	☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ TORPOR ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ RESÍDUO ☐ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA

SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES

EVOLUÇÃO	P.A. mmHg	SINAIS VITAIS				GLASGOW			GLICEMIA CAPILAR mg/dl
		F.C. bpm	F.C. °C	SpO2 %	A.O.	R.V.	R.M.	TOTAL	
INICIAL	140 x 100	74	36.2	96	04	05	05	14	124
FINAL	140 x 100	74	36.2	96	04	05	05	14	?

PASSAGEM DO CASO PARA BASE

SOLICITADO APOIO DA USA ☐ NÃO ☐ SIM ☐ QUAL USA _____

OBS.: SOMENTE SE O PREFIXO DA VIATURA AÇIONADA FOR USE.

AValiação SECUNDÁRIA

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX
☐ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ GIANÓTICA ☐ FRIA ☐ QUENTE ☐ ÚMIDA ☐ SECA	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ AGUDAMENTO ☐ FER. PENETRANTE	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ FER. OCULAR	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ DESVIO DA TRAQUEIA ☐ ENFISEMA SUB-CUTÂNEO	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ TÓRAX INSTÁVEL ☐ RESPIRATÓRIO ☐ TAMPONAMENTO
ABDOMEN	PELVE	COLUNA DORSAL	MEMBROS	
☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DISTENDIDO ☐ EM TABUA ☐ DOLOROSO ☐ EVISCERAÇÃO	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DOR ☐ INSTABILIDADE	☐ CONTUSÃO ☐ HEMATOMA ☐ DOR	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRATURA ☐ FECHADA ☐ ABERTA ☐ AMPUTAÇÃO	

DADOS COMPLEMENTARES

GINECO-OBSTÉTRICO	HISTÓRIA PREGRESSA
☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ 0-1 CONTRAÇÃO / 10MIN. ☐ 1-4 CONTRAÇÕES / 10MIN. ☐ 4-6 CONTRAÇÕES / 10MIN. ☐ SANGRAMENTO ☐ PERDA DO TAMPÃO INÚTIL ☐ BOLSA ROTAS ☐ PLACENTOMENTO	☐ ADOES ☐ ALCOOLISMO ☐ ALERGIAS ☐ HAS ☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ DIABETES ☐ D. INFECTO-CONTAGIOSA ☐ OUTROS

IDENTIFIQUE O LOCAL DA

IDENTIFICAÇÃO DAS PULSILAS

☐ MIDRIASE
☐ MIDRIE
☒ ESCOTERIAS
☐ ANISOCORIAS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	RESGATE	OUTR
☐ DESOBSTRUÇÃO VA. ☐ ASPIRAÇÃO VA. ☐ CÂMULA DE GUEJE ☐ OXIGENAÇÃO ☐ MASSAGEM ☐ VENTILAÇÃO MANUAL ☐ OXIMETRIA ☐ ENTUBAÇÃO TRAQUEAL ☐ VIA ORAL ☐ VIA NASAL ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA	☒ ACESSO VENOSO ☒ PERFERICO ☐ CENTRAL ☐ DISSECAÇÃO ☐ INTRA-ÓSSO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO ☐ MASSAGEM CARDÍACA ☐ MONITORAÇÃO ☐ DESFIBRILAÇÃO/CONVERSÃO ☐ MARCAPASSO TRANS-CUTÂNEO ☐ E.C.G.	☒ IMOBILIZAÇÃO ☐ COLAR CERVICAL ☐ ESTABILIZADOR DE CABEÇA ☐ TALAS ☐ KED ☐ TRAÇÃO ☒ PRANCHETA LONGA ☐ MACA ☐ MACA A VÁCUO ☐ CADEIRA DE RODAS ☐ RAPEL ☐ DESENCARCERAÇÃO	☐ CIRCOTRIBUIÇÃO ☐ DRENAGEM TC ☐ HEMITÓRAX ☐ HEMITÓRAX ☐ PUNÇÃO PL ☐ SORDA VES ☐ S.O.G. ☐ S.M.G. ☐ OUTROS:

COMPREV
20 FEV. 2017
PROTOCOLO
DE AÇÃO PESSOA

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 CGC/CPF: 08.778.268/0020-23

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

END.: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA

MUNICIPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nome: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO

DI. Nasc: 13/02/1998 Idade: 18 anos(meses) de idade datas de idade

Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: SÍTIO MATO GROSSO

Bairro: ZONA RURAL

Município-UF - CEP - IBGE: UIRAUNA - PB - 58915000 - 251890

Telefone para contato (83) 3531-3563 / (83) 99966-1035

Data e Hora: 14/07/2016 18:15:30

PESO: PA: SSVV TEMP. ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

COMPREV SEGUROS E REVIDENÇA S/A.
20 FEV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Vítima de acidente motorciclístico no trânsito de 2 horas com aparente fratura exposta de perna esquerda. Sem outras queixas. Normotenso, euglicêmico e eudérmico.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

Dr. João Dantas Guaberti
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4382 / E-OT 8514
03304-15

RECEPCIONISTA: KARLA GIOVANNA

1. Digressão MATERIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS
Curativo + SPO 417.500 ml IV líquido

2. Curativo + SPO 417.500 ml IV líquido

3. Curativo + SPO 417.500 ml IV líquido

4. Curativo + SPO 417.500 ml IV líquido

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGENCIA

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

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

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

PROCEDIMENTO - descrição:

Rx de perna esquerda + Au Traumatismo -

Ortopedista

DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta de perna esquerda

CID-10:

MEDICAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO:

1. PRESCRITA OBSERVAÇÃO RESIDENCIA INTERNAÇÃO

2. APLICADA OUTRO HOSPITAL OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. 03011061016

2. 03011061016

3. 03011061016

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

Dr. Jean-Nes Farias
Medicina Cirúrgica Geral
CRM 12-378

MEDICO / CNS / CRM

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CAVASTRO: 1988

DOCUMENTO 6 *T66*



ARIA DA RECEITA FEDERAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.159.654 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/04/2013

NOME FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO CESANILDO DA SILVA
MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA

NATURALIDADE SOUSA-PB DATA DE NASCIMENTO 13/02/1998

DOC ORIGEM NASC.N.19247 FLS.168-ETV.19
CARTORIO UIRAUNA-PB

Idoso Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
013.725.924-74
Nome
FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA
Nascimento
13/02/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
338B.7A69.87BE.E2D2

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:33:18 do dia 15/07/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 02.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

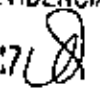
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-917
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Francisco Helder Alves da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

20 FEV. 2017 

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170118756 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 50% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170118756 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO HELDER ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da diáfise dos ossos da perna esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Presença de edema residual na perna e tornozelo esquerdo. Presença de atrofia da musculatura da coxa esquerda. Presença de bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão do tornozelo esquerdo. Presença de desvio em varum da perna esquerda. Presença de depressão cutânea na panturrilha esquerda em virtude de queimadura do terceiro grau. Presença de encurtamento do membro inferior esquerdo em relação ao membro inferior esquerdo em cerca de 03 cm. Presença de diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo. Paciente deambula com auxílio de muletas.

Resultados terapêuticos: Pericando sequelado de fratura exposta da diáfise dos ossos da perna esquerda, tratado cirurgicamente com uso de fixador linear externo por um período de 150 dias. Paciente teve alta definitiva em 29/03/2017.

Sequelas permanentes: HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/05/2017

Conduta mantida: Não

Observações: TRATA-SE DE REANALISE NA ANALISE ANTERIOR VITIMA INDENIZADA EM R\$ 4.725,00 REFERENTE A 50% DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
*MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: JOSE GERARDO VALE MATOS

CRM do médico: 3216

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

DOCUMENTO 4 *T406*

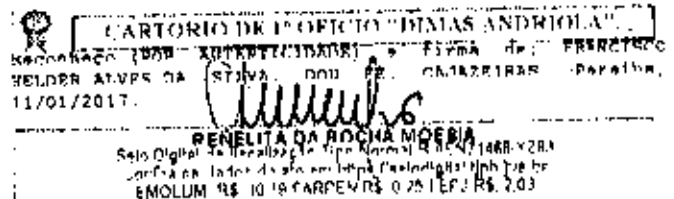


OUTORGANTE:

Nome: Francisco Helder Alves da Silva
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 4.159.654
CPF: 013.725.924-74
Profissão: estudante
Endereço: Sítio Mato Grosso, Zona Rural, Araucária - PB

OUTORGADO:

Nome: MAURICELIO MACARIO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 2421541
CPF: 035.831.484-44
Profissão: AUTÔNOMO
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.



Renelita da R. Mota
ESCREVENTE
AUTORIZADA

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima

Francisco Helder Alves da Silva

Cajazeiras, 11 de junho de 2017.



Francisco Helder Alves da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

