

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **WERVERSON JUVINO BASTOS**

Nº Sinistro: **3170653712**

Vitima: **WERVERSON JUVINO BASTOS**

Data do Acidente: **25/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170653712**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12107747



Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: WERVERSON JUVINO BASTOS
Nº Sinistro: 3170653712
Vitima: WERVERSON JUVINO BASTOS
Data do Acidente: 25/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170653712**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12141143



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: WERVERSON JUVINO BASTOS
Nº Sinistro: 3170653712
Vitima: WERVERSON JUVINO BASTOS
Data do Acidente: 25/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170653712**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12339888



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **WERVERSON JUVINO BASTOS**

Sinistro: **3170653712**
Vítima: **WERVERSON JUVINO BASTOS**
Data do Acidente: **25/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170653712** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Carta nº: 12784663

A/C: WERVERSON JUVINO BASTOS

Nº Sinistro: 3170653712
Vítima: WERVERSON JUVINO BASTOS
Data do Acidente: 25/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: WERVERSON JUVINO BASTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000023250-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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 superiores 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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

015.727.944-88

WERVERSON JUVITO BASTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo WERVERSON JUVITO BASTOS		CPF titular da conta 015.727.944-88	Profissão TECELAO
Endereço Rua Acesso para Piancó		Número SN	Complemento
Bairro Centro	Cidade Itaporanga	Estado Paraíba	CEP 58780-000
Email sertao-assessoria@hotmail.com		Telefone (DDD) 83 999471520/996978811	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ MAIOR DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

DV

3571

23.250

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

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

ITAPORANGA 10 de Novembro de 2017

Local e Data

Autorização de pagamento



X Werverson Juvito Bastos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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: 3170653712
Nome do(a) Examinado(a): Werverson Juvino Bastos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Acesso Para Pianco, S/N
Centro Itaporanga PB CEP: 58780-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3395236
Data local do acidente: [25/09/2017]
Data local do exame: [27/04/2018] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO MAIS LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 25/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO MAIS LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA EM HEMI J POR UM PERÍODO DE 3 MESES, REALIZADO EXAME DE ELETRONEUROMIOGRAFIA ONDE FOI EVIDENCIADO PLEXOPATIA BRAQUIAL A DIREITA, COM ACOMETIMENTO IMPORTANTE DOS NERVOS ULNAR, MEDIANO E MUSCULOCUTÂNEO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 24 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR
Data da Alta: 26/09/2017

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

APRESENTA DÉFICIT DE ABDUÇÃO EM OMBRO DIREITO GRAU II, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO DIREITO EM 1,5 CM, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°, ATROFIA IMPORTANTE DA MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO EM 35°, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO COTOVELO GRAU II.

- 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:

DÉFICIT DE ABDUÇÃO EM OMBRO DIREITO GRAU II
ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO DIREITO EM 1,5 CM
DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO EM 35°
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO COTOVELO GRAU II.

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):

MEMBRO SUPERIOR - 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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

APESAR DE DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR CONSTAR COMO LESÃO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, EXAMES DE IMAGEM E EXAME FÍSICO CONFIRMAM LESÃO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Thiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830 



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 627 / 2017.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do Fato: 25 / Setembro / 2017. • **HORAS** - 7h30min.

Sob a responsabilidade do Del.Pol: IVALDO PEDRO DE ARAUJO DIAS

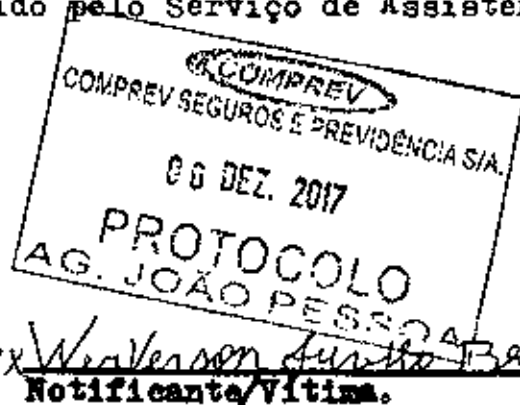
Notificante/Vítima:

WERVERSON JUVITO BASTOS, brasileiro, natural da Paraíba Solteiro, Tecelão, nascido no dia 30/09/90, filho de Antenie Juvito de Souza e Deusdedit Basto de Souza Juvito, RG 3.395.236/PB e CPF nº 015.727.944-88, residente na R.Acesso para Piancó s/n centro Itaporanga/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**:

Que no dia e horas acima citados, retornava de Itaporanga para Pedra Branca/PB, pela Rodovia PB 356 que liga as duas cidades, conduzindo a moto YAMAHA/YS150 FAZER SRD, cor Branca, Ano 2013/14, Placa OX043-80/PB e chassi 9C6XG0650E0002972, em nome de LUIZ JACINTO DA SILVA, e em um trecho desta Rodovia o Pneu dianteiro da moto estourou, fazendo com que o notificante perdesse o controle da moto, vindo a cair no acostamento, sendo então socorrido pelo Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU).

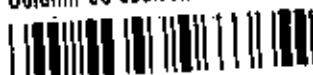


Itaporanga (PB), 12 / Outubro / 2017. x Werverson Juvito Basto
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIA (MAT. 60265-5)
CH. E EL. CARTÓRIO

Boletim de ocorrência.



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Wenerson Junior Berto

CPF da Vítima

015.727.944-88

Data do Acidente

25/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

sentas.assessoria@hotmail.com

Telefone (DDD)

83 999471520/996378711

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Declaração de inexistência de IML



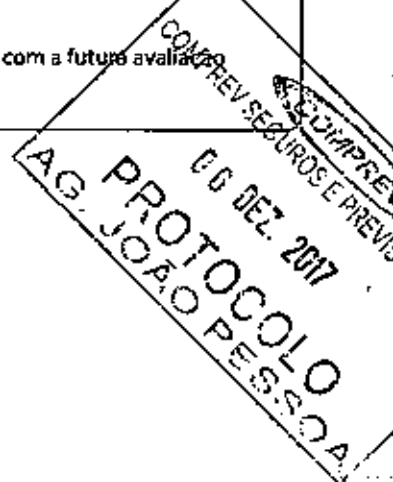
Itapiranga 10 de Novembro de 2017

Local e Data

Wenerson Junior Berto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 5806

HORA: 08:06

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Data: 23.09.2017 ID: 111 Paciente: Wenderson Junior Pato Idade: 26 Sexo: ☐ FEM ☒ MASC
Local da Ocorrência: Entre Itaporanga e Pádua Branca Bairro: Gr. Horinópolis
Apoio no Local: ☐ PM Resgate/Bombeiro ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ Trote ☐ Nenhum ☐ Outro
QTA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não encontrado ☐ Outro

TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico	Signais e Sintomas:
☐ Agressão	☐ Psiquiátrico	Alergia: <u>meia</u>
☐ Clínico	☐ Quase afogamento/Afogamento	Medicação: <u>meia</u>
☐ Desabamento	☐ Queimaduras	Passado Médico: <u>meia</u>
☐ Eletrocussão	☐ Queda metros	Líquidos e alimentos ingeridos:
☐ F.A.B.	☐ Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
☐ F.A.F.	☐ Gineco-Obstétrico	

HISTÓRIA DO PACIENTE

EXAME FÍSICO

☐ Pálido ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Sudoreico ☐ Pele Fria ☐ Pele Úmida ☐ Isocórico ☐ Anisocórico ☐ Miotica ☐ Dor
☐ Anóxico ☐ Disóxico ☐ Taquipnéia ☐ Hematêmese ☐ Hemoptise ☐ TCE ☐ TRM ☐ Fratura ☐ Contusão ☐ PCR

Tipo de ferimento e local:

Queixas principais/Signais e Sintomas:

dor no ombro @ e corte na M.D.

Transferência/Destino:

Local: Hosp. Regional de Pádua Responsável: Dr. Diego S. Santiago Função: Ortopedista
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RS 10992-1-CT 15186

Signais Vitais:

VVAA: ☒ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ <30 irpm ☐ Perfusão Capilar: ☐ Retardada ☒ Normal
P.A.: - mmHg FC: 74 bpm FR: 97 % T: - Glicemia Capilar: 117 mg/dl Cúma:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade adaptativa ☐ Intelectual ☐ Comunicação verbal prejudicada ☐ Confusão aguda ☐ Deambulação prejudicada ☐
☐ Débito cardíaco diminuído ☐ Desobstrução ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia ☐ Autônoma ☐ Dor aguda ☐ Hipotermia ☐ Hipotermia ☐
☐ Integridade da pele prejudicada ☐ Integridade tissular prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a atividade ☐ Mucosa oral prejudicada ☐ Padrão
respiratório ineficaz ☐ Perfusão tissular cerebral ineficaz ☐ Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz ☐ Perfusão tissular gastrointestinal
ineficaz ☐ Perfusão tissular renal ineficaz ☐ Termorregulação ineficaz ☐ Troca de gases prejudicada ☐ Ventilação espontânea prejudicada
Volume de líquidos deficientes ☐ Volume excessivo de líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção urinária ☐ Percepção sensorial perturbada ☐
Interação social prejudicada ☐ Incontinência intestinal ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

Intervenções:

Verificação do SSVU + Imobilização com collar cervical e prancha rígida
transporte + AUP e medicações + curativos.
evolução da Enfermagem:
Paciente consciente, orientado, vítima de queda de moto,
com dor em ombro direito e corte contuso na região da
perna esquerda. Realizado RaioX na cidade de Pádua, evidenciou
natura de colo de útero e encaminhado ao HRF Pádua.

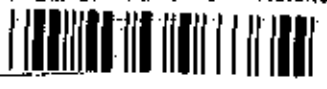
Médico:

Fernanda

Ronildo

Hermídes

Comprovação de ato declaratório



CRM:

COREN:

COREN:

Encaminhamento:

☐ Liberado após atendimento ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito de arto e transporte

Recusa:

Nome: _____

Assinatura: _____

RG/CPF: _____

Terapêutica/Medicamentos (prescrição direta ou por telemedico):

SRL 500ml + olipirone + AD(EV) / tramal 100mg em 100ml de SFO
 Evolução clínica: nausedron + AD(EV) / cefprozil + AD(EV)

Diagnóstico médico: _____

Procedimentos realizados: ☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Intubação nasofaríngea ☐ Sonda orofaríngea ☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação mecânica (manual) ☐ Respirador ☐ Inalação de oxigênio O2 ☐ Oxigenação por máscara ☐ Massagem respiratória externa
☐ Desfibrilação cardioversão ☐ Controle de hemorragia ☐ Curativo ☐ Ponto e sutura ☐ Sonda gástrica ☐ Sonda vesical
☐ Sedação ☐ Imobilização ☐ Colar cervical ☐ Outros _____

ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e materiais)

SRL 500ml
 olipirone
 cefprozil
 equipo de soro
 seringas
 fcloro n 3 18
 tramal 100mg
 nausedron 100mg
 água destilada

Exame Gineco-Obstétrico ☐

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA VERBAL	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras incoerentes	3
	Palavras incoerentes	2
	Nenhuma	1
RESPOSTA MOTORA	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO		15
TOTAL MÍNIMO		3
INTUBAÇÃO		6

COMPREV
 BPA/Procedimentos
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 UNA - 03: 06 DEZ. 2017
 Código: 03.01.03.010-3
 Procedimento: SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).
 Código: 03.01.03.017-0
 Procedimento: SAMU 192: Transporte inter-hospitalar realizado pela Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).

BPA/Procedimentos
 UNA - 03:
 Código: 03.01.03.010-3
 Procedimento: SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).
 Código: 03.01.03.015-8
 Procedimento: SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).

Procedimento: 03.01.03.010-3/03.01.03.015-8 Quantidade: _____

CBO: Enfermeiro: _____

Técnico: _____

Médico: _____

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: 04/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WERVERSON JUVINO BASTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000023250-7

Nr. da Autenticação 781D335A4810777D

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Felício Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70228434

REFERENCIA

SET/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

LUIS JACINTO DA SILVA
RUA ACESSO PARA PIANCO S/N

CENTRO
ITAPORANGA

58780-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
081.04.040.0363	0	1	0	0	0	70228434
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
0	31/12/1999	0	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DE DIAS | PROXIMA LEITURA
0 | 0 | 0 | 30 | 23/10/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

NÚMERO DE AMOSTRAS

PARAMETROS EXIG. ANALIS

CLORO 39 40

TURBIDEZ 10 12

COLIFORMES 0 0

COR 10 12

MÉDIA(H) 0

CONFORMES

40

10

0

10

DADOS REFERENTES A: JUL/2017

DATA DA LEITURA: 26/09/2017

HORA DA LEITURA: 18:14:39

DESCRIÇÃO

RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m

CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
10	36,84		R\$36,84

Comprovante de residência



VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$3.41 PIS E COFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

08/10/2017

Total a Pagar:

R\$36,84

v. 16.13 R. 1.0

INDICAÇÃO DE LEITURA: NÃO REALIZADA
INDICAÇÃO DO FATURAMENTO: SEM MÍD-TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.
INFORMAÇÕES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70228434	SET/2017	08/10/2017	R\$36,84

826600000000-7 826600000000-1 02284340920-6 170000000002-7



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
06 DEZ 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIA, 58 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 5870000 (AG 154)

Emissão: 14/09/2017 Referência: Set / 2017
Chave de Acesso: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL, LITORAL / LITORAL, KM 25 - Oito Pontões - João Pessoa / PB - CEP 58091-632
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3500 Nº medidor: 00000205001

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 07.965.103/0001-40 Ins. Est 16.015.6234

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 492 091
Cód. para trib. Automático: 4009037934

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

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CDT CNPJ / RAN
Set / 2017 14/09/2017 16/10/2017 3924706409

UC (Unidade Consumidora): 5127683-4
Canal de contato

As pessoas e/ou empresas com as quais resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como seguros via de conta, mudança de endereço, reclamação, cobrança e outras, entre outras.

Anterior	Atual	Consistente	Consumo	Dias
Data	Letra	Data	Letra	
15/09/17	EMT	14/09/17	0907	30
Demonstrativo				
001 Consumo	Quantidade	Tipo de	Valor Base Calc.	Alc. Imposto
	Tabela Tarifária	Consumo	Imposto	Imposto
001 Custo de Disponibilidade	14,49	0,00	0,00	14,49
001 Alc. S. Variação	0,49	0,00	0,00	0,49
001 Alc. B. Amortiza	0,20	0,20	0,00	0,20

Comprovante de residência



10

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

INFORMAÇÕES 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Felipe Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Universon Junior Bastos inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.727.944 / 88 do sinistro de DPVAT cobertura invalida da Vítima Universon Junior Bastos inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.727.944 / 88 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaperanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.780-000</u>
Email <u>restar.asessoria@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>83/999474520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978811</u>

Itaperanga 10 de Novembro de 2017

Local e Data

Declaração Circular SUSEP 445/12



Felipe Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Eu, LUIS JACINTO DA SILVA

RG nº 23.27444, data da expedição 12 / 08 / 96, órgão SSP / PB

Portador do CPF nº 031.493.064-74, com domicílio na cidade de ITAPORANGA, estado de PARAÍBA

Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) ACESSO PARA PLANÇO

nº S/N, complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima: Wensson Junior Bentes, cujo

condutor era: O MESMO

Veículo: YAMAHA / YS 450 FAZER SED MOTO

Modelo: YAMAHA / YS 150 FAZER SED

Ano: 2013 / 2014

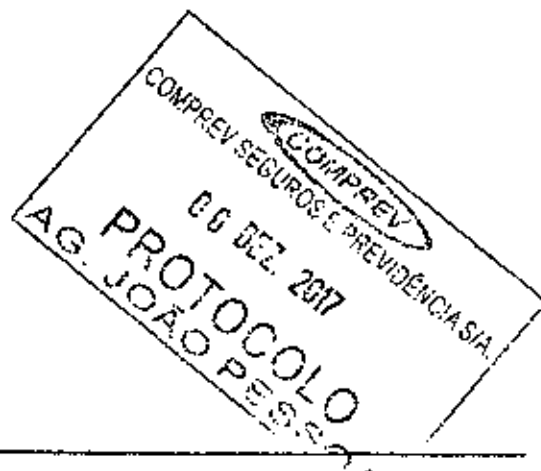
Placa: 0X04380

Chassi: 9C6K60650E0002942

Data do Acidente: 25/09/2017

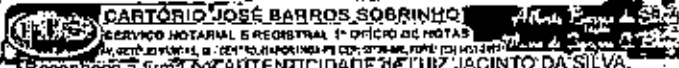
Local e Data: ITAPORANGA / PB 16 DE ABRIL DE 2018

Declaração do proprietário do veículo



Luis Jacinto da Silva

Assinatura do Declarante



DADE)



Reconheço a firma de LUIS JACINTO DA SILVA,
ITAPORANGA/PB, 16 de outubro de 2017.
Em test. Wensson da verdade
Mº do Socorro Costa Barros (Tab. Substituto)
Selo Digital - AFV18459-15G5
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CMS: 260473 CUPS: 08.778.248.003076
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE JANDUIX CARMEIHO
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, SN
CIDADE: FAYOS ESTADO: PARAIBA
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

VEIO NO SAMU UF: 25

Paciente: WERVERSON JUVITO BASTOS
Mãe: DEUSDEDIT BASTO DE SOUZA JUVITO
Nascimento: 30/07/1990 Idade: 26 Cor: BRANCA
Profissão: TERCIAO
Endereço: PROJETADA
Bairro: AVENIDA CONEGO FIRMINO
Cidade: PEDRA BRANCA - PB - 58780-000 - 2511004
CNS: 704.5073-6550-7810 Identidade:
CPF: Reg. Nasc.:
Data / Hora: 25/02/2017 11:53:32 Recepcionista: ALANE
Ficha Número: 223824

PESO: PA: TEMP: 101076

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMÁRIO)

Ex úmido proximal E qns
queda de peso.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

Infundido.
O.C. - G.A.H.

ALIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS

- ☐ 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO
- ☐ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO
- ☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVOLVIMENTO POR AGENTE

PROCEDIMENTO DESCRITO

DIAGNÓSTICO

Ex úmido proximal E CID-10

MEDICAÇÃO

- ☐ 1. PRESCRITA
- ☐ 2. APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO

- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ OUTRO
- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	0	4	0	8	0	2	0	1	6	4
2.										
3.										

Dr. Diego S. Santos, dos Profissionais Assistenciais - carimbos
Otopne e Traumatismo

Dr. Diego S. Santos, dos Profissionais Assistenciais - carimbos

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Ductivo

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA SIA
PROT. 00000000000000000000
06 DEZ 2017
Documentação médica - hospital

HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HCRACIO NOBREGA, S/N
PATCS PARAIBA (83)3423-2741

Procurador: 101076
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 25/9/2017 12:29:36

Servidor do Dr.:

Paciente: WERVERSON JUVITO BASTOS

Idade: 26 Sexo M

Endereço: ANTONIO JUVITO DE SOUZA
Endereço: DEUSDEDIT BASTO DE SOUZA JUVITO

Endereço: PEDRA BRANCA - PB - 58790-000 - 2511004
Endereço: PROJETADA
Bairro: AVENIDA CONEGO FIRMINO
Naturalidade: PEDRA BRANCA - PB
Fone: 83925230931

N.: SN

Documentos: 704-8073-6550-7910

Endereço: Nasc

Nascimento: 20/9/1990
Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: TERSELAO

Responsável:

AN. ANESES: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Der em anexo (E)
Der local.
SI Simon

EX. OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Der em anexo (E)
Der detalhadas

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx
EF.

Exames:

Rx útero - parcial (E)

Motivo da Atm:

Resultado: () Satisfeito () Melhorado () Falecido () Transferido Em, / /

Recepção: ALANE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSTITUCION DA REPUBLICA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CONTRIBUICAO NACIONAL DE TRANSPORTES

WILVERSON JUVITO BASTOS

1468845694

0560955730

14/12/2021

03/10/2012

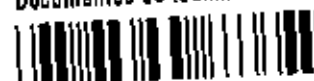
ANTONIO JUVITO DE SOUZA
DEUSEDIT BASTO DE SOUZA JUVITO

1468845694

1468845694

PARAIBA

Documentos de Identificacao



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 06 DEZ. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

Sistema Integrado de Veiculo Funcionario 40053
VEIPC001 - Consulta ao Cadastro Local ==> CVP 16/10/2017 09:03:23

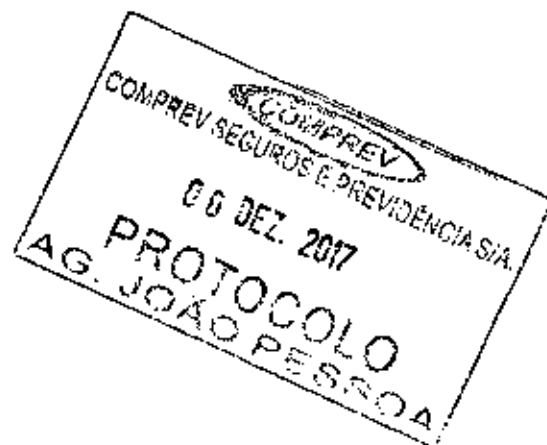
Protocolo.: 201600001475687 Exercício: 2016 Mot.: 9 Dat/Cadas.: 06/01/2014
Nome.....: LUIZ JACINTO DA SILVA Dat/Atual.: 15/07/2014
Identidade.: 2327774 PB CPF/CNPJ: 03149306477 Dat/Aquis.: 10/07/2014
Munic.Resid: ITAPORANGA Endereco.: ***

Placa: OXO4380 0 Chassi: 9C6KG0650E0002972 Renavam:591696606
Marc/Modelo: YAMAHA/YS150 FAZER SED Obs: NAO Tipo: MOTOCICLETA
Categoria.: PARTICULAR Especie: PASSAGEIRO Carroceria: NENHUMA
Combustivel: ALCO/GASOL Ano: 2013 Modelo: 2014 Cor: BRANCA Potencia:
Cilindradas: 149 Pass: 2 Carga: Eixos: 00 CMT: PBT: 000 30
Procedencia: NACIONAL No. Motor: G3B9E-008392 Faixa de Seguro: 09
Propr.Ant.: MARCOS PEREIRA DE SOUSA CPF/CNPJ: 05136379405
Placa Ant.: NOVO PB 0 Restr Venda: SEM RESERVA DE DOMINIO

----- CONTROLE DO SISTEMA -----
D E T R A N: NAO Seguro.....: SIM
Debitos Licenci.: SIM P R F: NAO Restricoes...: NAO
Controle Emissao: SIM D E R: NAO Roubo/Furto.: NAO
Atualizacao.....: SIM SIM D N I T: NAO Historico...: SIM
RECALL Montadora: NAO PREFEITURAS: NAO Outros.....: SIM
Restr. R.F.B. : NAO RENAINF.....: NAO RENAJUD: NAO

Aut

DUT



Caporanga, 24 de Janeiro de 2018.

À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT:

VÍTIMA: Wenerson Junior Santos

SINISTRO: 3170 65 37 12

Outros

Prezados Senhores:



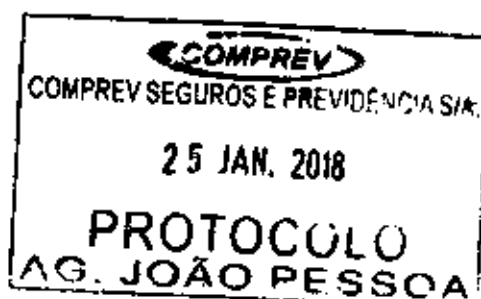
Venho respeitosamente, solicitar reavaliação do Sinistro acima citado. Pois na avaliação de vossos analistas onde os mesmos informam como documento não conforme. Haja vista não existir nenhuma outra documentação fora os já apresentados e que se encontram no Sinistro como sendo ficha do primeiro atendimento do hospital Regional DCP Gonduty Carneiro número de Prontuário 101076, que é uma exigência desta Seguradora.

Sendo assim, e por acreditar não ser justo ser prejudicado (a) por não possuir mais documentos médicos, pois, não foi encontrado respaldo para tal exigência na Lei nº 6.194 de Dezembro de 1974 onde não consta nenhuma informação acerca da referida solicitação feita, por isso pode-se entender essa determinação abusiva, e ilegal, sendo porque é considerado pelo Ministério Público, fraude, fazer ou consultar Médico para emissão de laudo para comprovação de lesão ou sequelas.

Portanto, peço cordialmente, que dê continuidade no meu Sinistro para que eu possa ser avaliado (a) por um médico Perito nomeado por este consórcio, para que constate ou não minha debilidade.

Certo (a) de devidas providências desde já antecipo os meus agradecimentos.

Atenciosamente.



Edson Rodrigues dos Santos

PROCURADOR

PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: Wenerson Junior Bastos

Nacionalidade: Brasileira / Estado Civil: Solteiro

Profissão: Agricultor

Identidade: 3.395.236 / CPF: 015.727.944-88

Endereço: Rua Amaro para Pimenta, S/N, Centro, Itapora-gal PB.

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos

Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado

Profissão: Autônomo

Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.064-09

Endereço: R. Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itapora-gal PB

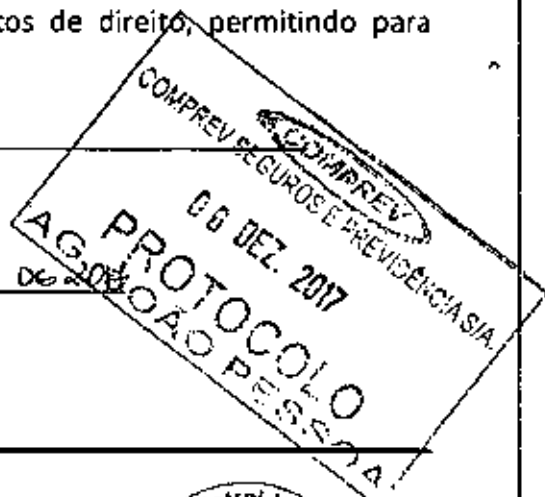
Procuração



Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Wenerson Junior Bastos

Local e data: ITAPORANGA / PB, 16 DE OUTUBRO DE 2017



Wenerson Junior Bastos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) do Wenerson Junior Bastos

Edilson Rodrigues dos Santos

Pedra Branca - PB, 16/10/2017

Edilson Rodrigues dos Santos

Cartório de Registro Civil e Notas
Selo Normal Tipo
Outros Atos Registrars

AFS51666 - Y393

Confira os dados de ato em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170653712 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WERVERSON JUVINO BASTOS **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO MAIS LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DÉFICIT DE ABDUÇÃO EM OMBRO DIREITO GRAU II, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO DIREITO EM 1,5 CM, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°, ATROFIA IMPORTANTE DA MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO EM 35°, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO COTOVELO GRAU II.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2018

Conduta mantida:

Observações: APESAR DE DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR CONSTAR COMO LESÃO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, EXAMES DE IMAGEM E EXAME FÍSICO CONFIRMAM LESÃO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba