

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2015

Carta nº: 7020154

A/C: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA

Sinistro: 3150465115
Vitima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA
Data Acidente: 02/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/05/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/11/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Companhia Mutual de Seguro de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2015

Carta nº: 7681172

A/C: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA

Sinistro: 3150465115
Vítima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA
Data Acidente: 02/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.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, 03 de Setembro de 2015

Carta nº: 7740295

A/C: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA

Sinistro: 3150465115
Vítima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA
Data Acidente: 02/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002010-9

Conta: 0000047253-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150465115 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 02/11/2014 **Seguradora:** Companhia Mutual de Seguro

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Apresenta edema residual, limitação de mobilidade articular e perda de força motora do punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente, osteossíntese com placa e parafusos, evolução insatisfatória, teve alta definitiva em 10/02/2015.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/08/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Lyndenilton Duarte dos Santos Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Osvaldo Cruz, 23
Vila Tibiri Santa Rita PB CEP: 58300-690
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3509497
Data local do exame: [28/08/2015] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- Periciando vítima de acidente de motocicleta, sofreu traumatismo no punho esquerdo que resultou em fratura do rádio Distal. Ao exame físico apresenta edema residual, limitação de mobilidade articular e perda de força motora do punho esquerdo.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- Quadro tratado cirurgicamente, osteossíntese com placa e parafusos, evolução insatisfatória, teve alta definitiva em 10/02/2015.**
- III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- Existindo seqüela(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.
- Periciando sequelado de fratura do rádio Distal esquerdo, apresenta edema residual, limitação de mobilidade articular e perda de força motora do punho esquerdo.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> <p>() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações</p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Seqüela):
Punho - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|--|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Médico Perito
CRM - PB 4518 CRM PE 14722
SAUDESEG



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3150/465115 CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Yndemilton Duarte dos Santos Silva, PORTADOR(A) DO RG Nº 3509 497 EXPEDIDO POR SSP PB EM 25/12/2006, CPF 097708999-07 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO op. maquinista E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Yndemilton Duarte dos Santos 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:

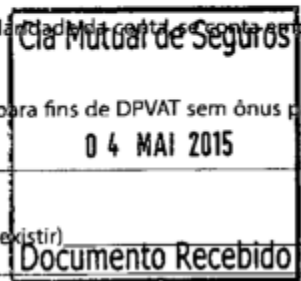
- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
- Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade de uma conta e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br



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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 9010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0047253-0

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.

João Pessoa, 13 de novembro de 2014 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.



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE

EXTRATO CONTA

TERM. 009966

LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SI

09:23 HRS

AGENCIA 2010 CONTA 0047253-0

25/MAR/2015

POUPANCA

NTCDNTVFI

ag. 2010-9

Cia Mutual de Seguros

04 MAI 2015

Documento Recebido



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
14ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 579/2015, na mesma continha o seguinte teor: **Aos vinte e três dias do mês de março do ano** de dois mil e quinze, nesta cidade de Santa Rita e na 14ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **Maria Solidade de Sousa**, às 10:30 horas, compareceu o Sr. **Lyndenilton Duarte dos Santos Silva**, brasileira, solteiro, Operador de Máquinas, natural de João Pessoa/PB, portador da cédula de identidade nº 3 509 497 SEDS/PB, com 23 anos de idade, filho de Liberalino Araújo da Silva e de Vera Lúcia dos Santos da Silva, residente à (na) rua Osvaldo Cruz nº 28, Tibiri, nesta cidade, o qual notificou que, no início da noite do dia 02 de novembro do ano próximo passado, por volta das 18:00 horas aproximadamente, quando conduzia a moto Honda CG 125 / FAN de placa OFB 8903/PB na principal do alto da Boa Vista na cidade de Bayeux/PB, próximo ao bar do Vaqueiro, perdeu o controle logo após desviar um buraco na pista e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas em mangabeira na cidade de João Pessoa, com fratura de Rádio esquerdo, conforme Laudo Médico apresentado. **Diante o exposto, solicita providências.** O referido é verdade. Dou fé. Eu **Everaldo Martins da Costa**, Escrivão que o digitei.

Everaldo Martins da Costa
Santa Rita, 23 de março de 2015.

Lyndenilton D. S. Silva

Cia Mutual de Seguros
04 MAI 2015
Documento Recebido

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Lindenilton Duarte dos Santos Silva portador da carteira de identidade nº 3509 497 e inscrito no CPF/MF sob o nº 091 168 994-07 residente e domiciliado na Rua Osvaldo Cruz Bairro Talim Cidade Santa Rita Estado Paraná declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

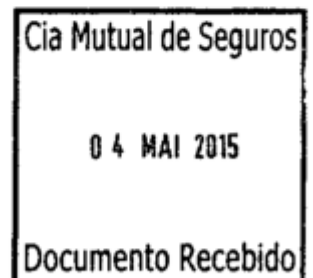
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

* 0/1-57 099
Assinatura do
declarante

conforme documento de
identificação



João Pessoa, 13 de novembro de 2014

Local e data

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150465115 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 02/11/2014 **Seguradora:** Companhia Mutual de Seguro

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM PUNHO E

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das seqüelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE
 UNIDADE HOSPITALAR MANGABEIRA
 FISCAL JOSE COSTA DUARTE: S/N
 R-004 JARDIM JOSSIA Fone: (69) 3214-1980
 AX. (69) 3214-1931 CNPJ. 10.202.424/0001 20

Ficha Nr: 706014 Ato: Não Regulado
 Data: 02/11/2014
 Hora: 21.13.21
 Recepcionista: MARJARA DOS SANTOS A.L.
 Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
 Num. Atendimento: 2014.11.000231

Nome: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS
 CNIS: SEM CNIS Sexo: M IDENTIFICADOR: 3509497 Fone: 88292930

Nacional: JOAO PESSOA/RS Data Nasc.: 03/05/1991 Id. 23 ano(s)

End.: RUA OSVALDO CRUZ, 23

Bairro: TIZIRI FAERICA Cidade: SANTA RITA UF: RS

Uai: LIDERALINO ARAUJO DA SILVA

Mae: VERALUCIA DOS SANTOS DA SILVA

Ocupação: AUTONOMO

INDICADORES DE ENTRADA

Op.: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsável: 88292930 / IDENTIFICAD. 3509497

Procedência: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR



ATO DECLARATÓRIO

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO A 16:30 NA PRAÇA BALNEARIO BRISA M

Vitima de violência por: AR BRANCO MEDIC INCOMPLETO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

- | | | | |
|-----------|---------|--|-----------------------------------|
| EA: | FR: | <input type="checkbox"/> Aparentemente Sem | <input type="checkbox"/> Grave |
| FC: | TD: | <input type="checkbox"/> Politemperatura | <input type="checkbox"/> Convulso |
| Fuso: | Albura: | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispnéia |
| Glicemia: | DM: | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitação |
| Pr. Abd: | QZ: | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chegado |
| | | <input type="checkbox"/> Vômito | |

Observação:
 NENHA LESÃO E VÔMITO.

Queixa Principal
 QUEDA DE MOTO. TRAUMA NO CABELO.

Cia Mutual de Seguros
 04 MAI 2015
 Documento Recebido

HISTÓRIA - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

BA + edema + lymph pelo (E)

DIAGNÓSTICO

lc. VPTO (Ch) | Conduta

PRESCRIÇÃO

Horário ou medicação

TALAAZOL - PARAN.

Indico 1000 curaçao

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lyndonilton Duarte dos Santos Silva,

RG nº 3509 497, data de expedição 05/12/2006 Órgão SSP PB

CPF nº 091 168 994-07, 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>Rua Orlando Cruz</u>
Número	<u>28</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Fubini</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300 690</u>
Telefone	<u>(83) 3566 4012 / 3566 4013</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa

Assinatura do Declarante: [Assinatura]

Cia Mutual de Seguros
04 MAI 2015
Documento Recebido

8838 2330
Vera mãe

8766 4575
Acidentado

JOSE SOARES DOS SANTOS
RUA OSVALDO CRUZ, 78 - TEBR
SANTA RITA / PB CEP: 5830090 (A.O. 1)

Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 4 - B - 185 - 1180
Nº medidor: 00001060870

ENERGIA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Centro Ribeirão - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ: 08.005.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.238.337
Código para Dúvidas Automáticas: 00061203788

ICDC: 1b36 c455 6468 9d50 453c 431b 475e

5/120378-5

Out / 2014

O início do sistema de bandeiras tarifárias foi adotado para o ano de 2014. A bandeira verde não implica cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando adotadas, implicam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de OUTUBRO vigorou a BANDA VERMELHA, a qual implicou o acréscimo de 0,030 de adicional ao valor da tarifa, líquido de abatimentos. Mais informações em www.aneel.gov.br.

08/10/2014

07/11/2014

1856295472

Consumo em kWh
10/08/2014 55,15

Data	Leitura	Data	Leitura	1	133	29
08/08/14	8271	08/10/14	8354			

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	133	0,38787	48,59

IMPOSTOS E ENCARGOS

PTS	1,29
COFINS	1,88
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	18,55
ICMS (Base de Cálculo R\$ 89,10 Alíquota 27,00%)	

Cia Mutual de Seguros
04 MAI 2015
Documento Recebido

Set/14	130
Ago/14	113
Jul/14	149
Jun/14	180
Mai/14	151
Abr/14	129
Mar/14	113
Fev/14	101
Jan/14	107
Dez/13	88
Nov/13	90
Out/13	87

Média dos últimos meses
118 kWh

VENCIMENTO

15/10/2014

TOTAL A PAGAR

R\$ 71,08

8/2014 - Sobre R\$

DIC MENSAL	8,30	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,54	
DIC ANUAL	25,08	
FEV MENSAL	3,70	0,00
FEV TRIMESTRAL	7,47	
FEV ANUAL	14,05	
DIVC	3,71	0,00
DCR	12,72	

MONDIAL	220
CONTRATADA	701
LIMITE INFERIOR	701
LIMITE SUPERIOR	731

Descrição	Valor (R\$)	%
Geração de Dist. de Energia APB	18,94	26,65
Cômp. de Energia	25,04	35,34
Serviço de Transmissão	1,88	2,65
Encargos Setoriais	2,25	3,17
Impostos De Vendas e Encargos	22,14	31,18
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	71,08	100,00

Valor do encargo do Uso de Soluções de Distribuição
(R\$ 8/2014) R\$ 21,40

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) de consumo não seja(m) paga(m) até a data de vencimento, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 23/10/2014. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devolução suspensa do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.

CERTIDÃO

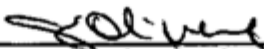
Nº. 0538/2015

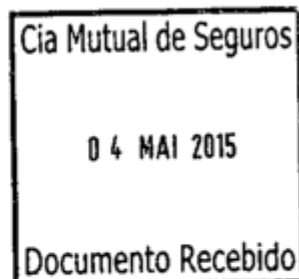
Atendendo solicitação de **ANDERSON LOPES DOS SANTOS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 706014 e Prontuário Médico nº 2014.11.000201, pertencentes à **LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA** que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortopedia no dia 02/11/2014 às 21h13min, vítima de queda de moto, apresentando dor e edema em punho esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico 22/11/2014. Alta dia 23/11/2014.

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

João Pessoa, 09 de Março de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE
 UNO HOSPITALAR MANGUEIRA
 FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
 R-004 JOAO PESSOA Fone: (67) 3214-1300
 FAX: (67) 3214 1331 CNPJ: 10.202.434/0001 25

Ficha Nr: 706914 Rec: Não Registra
 Data: 02/11/2014
 Hora: 21.13.21
 Recepcionista: MANJARA DOS SANTOS
 Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de reais atendido: 1
 Num. Consultas: 014.11.00100

Nome: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS
 CUS: SEM CUS Sexo: M IDENTIDADE: 3509137 Fone: 88291500
 Natural: JOAO PESSOA/RS Data Nasc.: 03/05/1991 Id. 23 ano(s)

End.: RUA DEVALDO CRUZ, 28
 Bairro: VIZINI FARLON Cidade: SANTA RITA UF: RS
 End: LIBERALINO ARAUJO DA SILVA
 Mãe: VERALUCIA DOS SANTOS DA SILVA

DOCUMENTO 5 "T5%"



Categoria: AUTONOMO

INDICADORES DE ENTRADA

Nome: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS
 Tel/Dom. Responsavel: 85262330 / IDENTIDADE: 3509497
 Inscrição: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vítima de acidente por: QUESA DE MOTO ABIS/30 NO DIXAD BALNEARIO BRISA M
 Vítima de violência por: AR BRANCO MEDIC INCOMPLETO
 Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

EA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Sem	<input type="checkbox"/> Grave
EC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Contusão
Foco:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispnéia
Glândula:	TMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitação
Ar Abs:	GA:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocho
		<input type="checkbox"/> Vômito	

Lesão Principal
 QUESA DE MOTO. TRAUMA NO MEB.

Observação
 NEGA LESÃO E VÔMITO.

Cia. Mutual de Seguros

04 MAI 2015

Documento Recebido

HISTÓRIA - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

BA + edema + 1 uph pulso (E)

Diagnóstico

lc. upho (Gh)

Conduta

Dr. A. J. A. Radio (E)

Prescrição

Horário da medicação

TALAXICO - PARAN.

Indico 100 curativos



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Luizilton Duarte</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>Dr. Fede</u>		1º Assistente: <u>R. Tenente</u>		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr. Rui</u>	Tipo Anestesia: <u>B.P. sup.</u>		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>frat. radio</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Dr</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>fr. en. radio</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Cia Mutual de Seguros
04 MAI 2015
Documento Recebido

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 010334328664
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM EXERCÍCIO
1 0099862891-3 00/00000000 2014

NOME
VERALUCIA DOS SANTOS SILVA

CPF/CNPJ PLACA
60357711491 OEB8903/PB

PLACA ANT./UF CHASSI
NOVO PB 9C2JG4160ER017130

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOI
HONDA/CG 125 FAN ESD 2013 2014

CAP/POT/CA. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CL PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
IPVA PAGO EM 27/03/2014

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
***** D

PREMIO TARIFARIO (RS) IOF (RS) PREMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PLAGO 27/03/2014

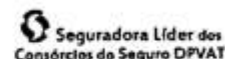
OBSERVAÇÕES
A.F. BANCO HONDA S.A.

SANTA RITA - PB LOCAL DATA
40601 28/03/2014

DOCUMENTO 7 "T7%"


Cia Mutual de Seguros
04 MAI 2015
Documento Recebido

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 3150465115

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS
 SILVA
 CPF: 091.168.994-07 CPF de: Próprio
 Seguradora: Companhia Mutual de Seguro

Data do Acidente: 02/11/2014
 Titular do CPF: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Entregue		
Outros	Dispensado		

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 10/08/2015
 Nome: Lyndenilton
 CPF:

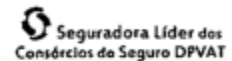
Lyndenilton

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/08/2015 11:54
 Nome: CIBELE MEDEIROS DA SILVA
 CPF: 153.167.138-18

CIBELE MEDEIROS DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 3150465115

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS
 SILVA
 CPF: 091.168.994-07 CPF de: Próprio Titular do CPF: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA
 Seguradora: Companhia Mutual de Seguro Data do Acidente: 02/11/2014

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Dispensado		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Pendente		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 26/05/2015
 Nome: Lyndenilton
 CPF:

Lyndenilton

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 26/05/2015 16:57
 Nome: CIBELE MEDEIROS DA SILVA
 CPF: 153.167.138-18

CIBELE MEDEIROS DA SILVA