



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190018570

Vítima: DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13799649





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190018570

Vítima: DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **00000108811-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 703.252.704-30 Nome completo da vítima: David de Lima Holanda Peneiro

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

Nome completo: David de Lima Holanda Peneiro CPF: 703.252.704-30

Profissão: Recusado Endereço: Rua Proclamação Teófilo de Brito Número: 632 Complemento: Casa

Bairro: Oitizinho Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58088-040

E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 987088728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 108811 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da última ou última ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 08/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

340-815705842-0

06/DEZ/2018

HORA DE 09:32:

LOT. 13.014638-2

TERM 01149

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 1033

CONTROLE: 34010033

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FÁCIL

NOME: DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO

AGÊNCIA: 1033

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.108.811-9

DATA DA ABERTURA: 06/12/2018

CAIXA PREVIDÊNCIA S.A.

08 JAN. 2019

PROTOCOLO

JOAO PESSOA

LOTÉRIAS CAIXA

340-815705842-0

1ª VIA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00009.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00009.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:45 horas do dia 03 de janeiro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **David de Lima Holanda Pociano**, conhecido(a) por David, CPF nº 703.252.704-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho (a) de Isabel de Lima Holanda e Francisco Ponciano dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/11/2000 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Roderico Toscano de Brito, Nº 632, complemento CASA, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Perto do Colégio Luzia Simões Bartulino, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Doutor Euclides Neiva de Oliveira, nº S/N, Via Pública, Em Frente a "club4 Academia", João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/10/18 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: **LESÃO CORPORAL DOLOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE.**

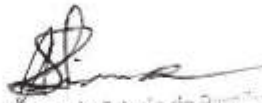
Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo YS 150 FAZER SED, marca YAMAHA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor AZUL, ano 2018/2018, placa OFH-4782, chassi 9C6RG3810J0015919, renavam 0114393756-0, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013813903140; nº. P.r.t.: 20180000062696-0; nº. Lacre: 0046019820; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária: A. F. Banco Yamaha Mot do Brasil S.a.; em Nome de José Ailton de Lima Holanda.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

PILOTAVA O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA EM PLENA VIA PÚBLICA, FOI TRANCADO POR UM CAMINHÃO NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE E QUE O MESMO VEIO A COLIDIR COM A LATERAL DO CAMINHÃO, CAINDO E SE MACHUCANDO, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA E ASSINADO PELO MÉDICO YURI CORDEIRO, C.R.M.: 11507/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Matr. 157.356-0





Procedimento Policial: 00009.01.2019.1.05.101



Lucena/PB, 03 de janeiro de 2019.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba

Sac. de Segurança - 114

Alexandre J. N. de Souto Lima

Comissário - Mat. 157.356-0

DAVID DE LIMA HOLANDA POCIANO

Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 703.252.704-30 Nome completo da vítima: David de Lima Holanda Peneiro

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

Nome completo: David de Lima Holanda Peneiro CPF: 703.252.704-30

Profissão: Recuso Endereço: Rua Proclamação Teófilo de Brito Número: 632 Complemento: caso

Bairro: Orizéio Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58088-040

E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 987088728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 108811 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da última ou última ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 08/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

David de Lima Holanda Peneiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: HEV PREVIDÊNCIA Sim

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

08 JAN 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 172977 Atd: Nao Regula
Data: 16/10/2018
Hora: 10:36:39
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.10.002327

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4083185 Fone: 986010237

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/11/2000 Id: 17 ano(s)

End.: RUA DA REPUBLICA, 152

Bairro: CENTRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ISABEL DE LIMA HOLANDA

Pai: FRANCISCO PONCIANO DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO

Tel/Doc. Responsavel: 986010237 / IDENTIDADE: 4083185

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO COND 16/10

Vitima de violência por: MANHA EM MANGABEIRA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observação

Queixa Principal

IENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO
ESNTANDO ESCORIOCOES PELO CORPO

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*paciente vítima de acidente com carro no sentido de
S/N, apresentando dor tremor e contusões (pele)
exame físico*

Diagnostico

*CD - 1 - RX fêmur 02.10.18
2 - fratura 2a e 3a*

Prescrição

Horario da
Dr. Aziz Dayi Lemos
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM - PB 8187

6592222

Paciente com lesões em região dorsal do M. esquerdo
em exposição tendinea. Radiografia sem sinal de
fratura ou luxação.

CP: LMC + ref. em bloco cirurg

Intensificação hospitalar para tratamento com antibiotic

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

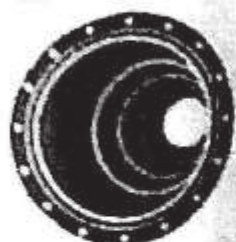
DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

f. Brubel de L. ms Helanoka

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

1269054

REFERÊNCIA

12/1/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇO

SE MEZIO NOBERTO TARGINO

RUA RODRIGO TOSCANO DE BRITO, 632 CASA 5

CITIZEIRO JOAO PESSOA PB 58088 040

Inscrição

SMI

Quantidade de Economias

Responsável

001.017.265.0061.000

000

Residencial Comercial Industrial Pecuária
1 0 0 0

Hidrômetro

Data de Instalação

Localização

Situação Água

Situação Esgoto

A07E525577

18/08/2007

ENTRADA

LIGAÇÃO

POTENCIAL

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NÚM DE DIAS | PROXIMA LEITURA

1032

1032

5

33

09/1/2018

HIST. CONS. ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA - ANEXO 2A PORT. 01/2017 MS.

OUT/2018

5

30

PARAMETROS

EXIG

ANALIS

CONFORMES

SET/2018

5

TURBIDEZ

268

277

277

AGO/2018

4

COLOR

268

277

277

JUL/2018

3

COL. TERMOT

0

0

0

JUN/2018

7

COR

73

90

90

MAI/2018

7

60

COL. TOTAIS

268

277

277

MEDIA(M)

5

DADOS REFERENTES A

09/1/2018

PROTÓCOLO
08 JAN. 2019
JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190018570 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 2º E 3º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA CIRÚRGICA + TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Jose Ailton de Lima Holanda,
RG nº 2.370.530, data de expedição 28/09/2018
Órgão SSDB, portador do CPF nº 527.210.274-68, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Profetada, nº 311,
complemento Couro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima David de Lima Holanda Pereira, cujo o condutor era
David de Lima Holanda Pereira.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: YAMAHA 150 FAZER SED
Ano: 2018/2018
Placa: OFH 4782/PB
Chassi: 9C6RG383020015919
Data do Acidente: 16/10/2018
Local e Data: 03/03/2019 - João Pessoa - PB

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Jose Ailton de Lima Holanda
Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Romulo Vieira Batista - Tabelião | Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua São Francisco de Assis, 40 - Mangabeira - João Pessoa - PB CEP 55040-000 - Fone/Fax: 3319-0881 / 3319-0882

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de
JOSE AILTON DE LIMA HOLANDA
Em test. da verdade, João Pessoa - PB 03/01/2019 10:03:23
ALCERLAINE FELIX FERNANDES - ESCRIVENTE AUTORIZADA
[2019-000194]EVDL:R\$ 19,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPEN:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,33
SELO DIGITAL: AHZ26627-17XC
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpo.br>



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



ORTOP

Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY

PRONTUÁRIO

Nº: 9018.10.CO.2327

SISREG
INTERNADO EM
16/10/18
MTO Rodrig

NOME DO PACIENTE:

David da Silva

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

ENFERMARIA:

051

LEITO:

AN
120

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 16 / 10 / 19

Nome: David de Lima Nalando Parreira

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M (x) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

QPD: _____

HDA: _____

Paciente com lesão ext de partes mds em sequela
de lesão do p. E + lesão do aparelho ext. do 3º
PDE.

Medicações em uso: nenhuma

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

1. lesão ext. as partes moles de região dorsal do p. (E)

2. lesão do aparelho ext do 3º PE

Conduta: _____

to. Glaco cirurgico (m. Nervos)



Hospital de Referência
CRM 1111
CRM 1111

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Dob. sup.

Incisão:

Int. sup. + antebraço de braço
Linda.

Achados:

Braço exp. estirado m. fada espila.
+ l. de extensão de 2.3. PDE

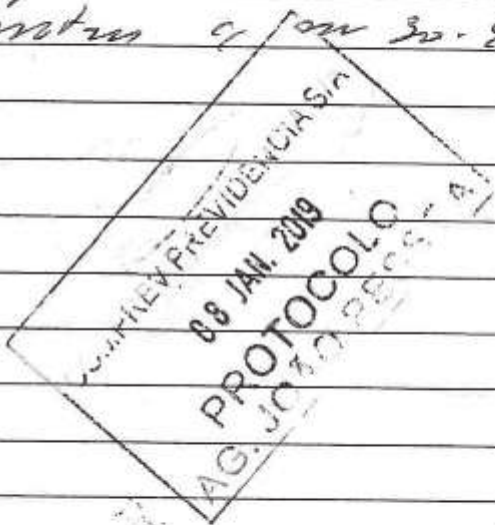
Conduta:

Limpia expor
Dob. sup. de braço
Dob. sup. de fada ext. de 2.3. PDE
L. exp. e exp. 40.
L. exp. m. de fada exp. + m. de
L. exp. m. de fada exp. m. pi.
F. de fada m. de fada exp. m. pi.

Fechamento:

May 30 - 40

OBS:



Data: 14/10/18

MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>DAVID DE LIMA HOLANDA</i>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 17ANOS	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.04	LEITO 120
DATA DE ADMISSÃO 16/10/2018		DATA DE ALTA 19/10/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Lesão do tendão extensor do 2, 3 pododactílos</i>				CID <i>S.96.0</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>EXAME FÍSICO + RX</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador de lesão total do tendão extensor do 2, 3 pododactílos. Submetido a tratamento cirúrgico tenorrafia. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antitrombótica, antibiótica e para analgesia. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina, profenid, dipirona

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. DR. NERIVAL

19/10/2018

DATA

Yury Cordeiro
024/2018/11507
ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

GOVERNHO PREVIDENCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
10.0040 PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.083.185 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/08/2018

NOME DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO

FILIAÇÃO FRANCISCO PONCIANO DOS SANTOS
ISABEL DE LIMA HOLANDA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOC. ORGEM CERT. NASC. Nº78711 - LVA-77 - FLS 180 - CARTORIO 3º JOÃO PESSOA-PB

CPF 703.252.704-30

DATA DE NASCIMENTO 18/11/2000

0

GOVERNHO PREVIDENCIA S/A
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE REGISTRAÇÃO

L-004

ASSINATURA DO TITULAR

David de Lima Holanda Ponciano

0

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813903140

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0114393336-0 00/000000000 2018

JOSE AIRTON DE L. HOLANDA

52721027468

NOVO PB 906RG881030015919

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

YAMAHA/YSL150 FAZEN SED

2-R/149 /C1

IPVA PAGO EM 00/00/0000

FAIXA DVA 0

SEGURO P A G O 20/02/2018

A.F. BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA

JOAO PESSOA 1 PE

20/02/2018

100 781

ONDA-CHAMGO PIRAT

DETRAN

UNIRAN

08 JAN. 2019
PROCOLO
AC. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190018570 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 2º E 3º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA CIRÚRGICA + TENORRAFIA)E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190018570 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 2º E 3º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA CIRÚRGICA + TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006836/19

Vítima: DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO

CPF: 703.252.704-30

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/10/2018

Titular do CPF: DAVID DE LIMA HOLANDA
PONCIANO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO : 703.252.704-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2019
Nome: DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO
CPF: 703.252.704-30

DAVID DE LIMA HOLANDA PONCIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA