

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** ANTONIO FIRMO DA COSTA

**Nº Sinistro:** 3180419307

**Vitima:** ANTONIO FIRMO DA COSTA

**Data do Acidente:** 14/08/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180419307**.

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**



---

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** ANTONIO FIRMO DA COSTA

**Nº Sinistro:** 3180419307

**Vitima:** ANTONIO FIRMO DA COSTA

**Data do Acidente:** 14/08/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180419307**, 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](http://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, 30 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** **ANTONIO FIRMO DA COSTA**

**Nº Sinistro:** **3180419307**

**Vitima:** **ANTONIO FIRMO DA COSTA**

**Data do Acidente:** **14/08/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180419307**, 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](http://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**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180419307      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO FIRMO DA COSTA      **Data do acidente:** 14/08/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



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 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

518.174.704-34

Nome completo da vítima

ANTONIO FIRMO DA COSTA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>ANTONIO FIRMO DA COSTA</b>	CPF titular da conta <b>518.174.704-34</b>	Profissão <b>Autônomo</b>
Endereço <b>Curia José Arnobio Albuquerque</b>	Número <b>69</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>NOVO HORIZONTE</b>	Cidade <b>CAMPANHA</b>	Estado <b>PARAIBA</b>
Email <b>BOMBINHOSCG@HOTMAIL.COM</b>	CEP <b>58.400-000</b>	Telefone (DDD) <b>(83) 99827-8855</b>

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA 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.  
**0041**

D/V

CONTA

NRO.  
**522747**

D/V

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA

NRO.  
\_\_\_\_\_

D/V

CONTA

NRO.  
\_\_\_\_\_

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

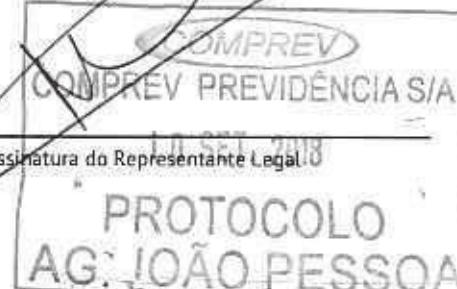
**C. GONZ** \_\_\_\_\_ de **Setembro** de **2018**

Local e Data

**Antônio Firmino da Costa**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/ - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA N° 000492/18

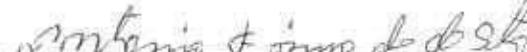
### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000492/18 registrada em 24/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e quatro dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:15 horas, compareceu o Sr. ANTONIO FIRMO DA COSTA, com 54 anos de idade, filho de HERMES FIRMO DA COSTA e MARIA EUNICE DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, União Estavel, escolaridade Fundamental Completo, profissão, portador da Cédula de Identidade N° 56.150.928-1, expedido pela SSP-SP, com C.P.F. de N° 51817470434, residindo à rua JOSÉ ARNÓBIO ALBUQUERQUE, 69, bairro NOVO HORIZONTE, na cidade de Campina Grande - PB, celular 9-8780.0407.

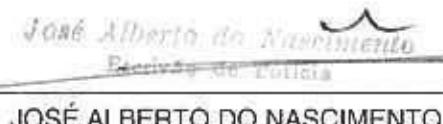
#### Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 17h50min do dia 14.08.2018, estava pedalando a sua bicicleta pela ciclovia da Rua Gasparino Barreto, bairro do Cruzeiro, nesta cidade de Campina Grande/PB, quando foi surpreendido por uma motocicleta de marca, placa e demais características não identificadas, inclusive o motociclista, o qual realizou uma manobra brusca à esquerda, vindo a atingir o comunicante, que em decorrência do impacto foi jogado ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos em anexo, enquanto que o motociclista evadiu-se do local sem ser identificado; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 24 de Agosto de 2018

  
ANTONIO FIRMO DA COSTA

Declarante

  
José Alberto do Nascimento  
Escrivão da Polícia  
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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 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 interditada 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

CPF da Vítima

Data do Acidente

518.174.704-34

14/08/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

C.GUINAS-B. de Setembro de 2018

Local e Data

+ Antonio Firmino da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





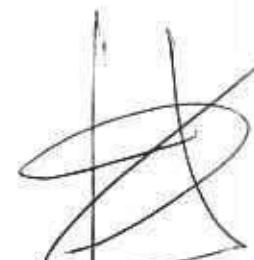
## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

<b>DATA:</b> 14/8/2018	<b>HORA:</b> 18:17 HRS	<b>ID Nº:</b> 1717351
<b>NOME:</b> ANTONIO FIRMO DA COSTA		
<b>QUEIXA:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO		
<b>LOCAL:</b> RUA: GASPARINO BARRETO - ROSA CRUZ		
<b>COMPLEMENTO:</b> PROXIMO AO MERCADINHO DE SOUSA		
<b>CIDADE:</b> CAMPINA GRANDE / PB		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 4 de setembro de 2018.



  
Deodécio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FIRMO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 00000522747-5

---

Nr. da Autenticação 5280E8F5DF0AC1E2



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

12094528

REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

AGO/2018

**ARIOSVALDO SERAFIM DA SILVA**  
RUA JOSE ARNOBIO ALBUQUERQUE, 589 - NOVO HORIZONTE  
CAMPINA GRANDE PB 58400-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.055.085.0169.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A03X094957	13/01/2004	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (HB)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
500	510	10	30			31/08/2018
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS						
JUL/2018	12	0	PARAHETROS	EXIG.	ANALIS.	COMO RHEIS
JUN/2018	11	0	TURBIDEZ	0	0	0
MAI/2018	10	0	CLORO	0	0	0
ABR/2018	13	0	COL. TERHOT	0	0	0
MAR/2018	10	0	COR	0	0	0
FEV/2018	12	0	COL. TOTais	0	0	0
MEDIA(H)	11		DADOS REFERENTES A: JUL/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 01/08/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 11:17:25
DESCRICAÇÃO	CONSUMO
AQUA	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA	10 HB
ESGOTO	37,91

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

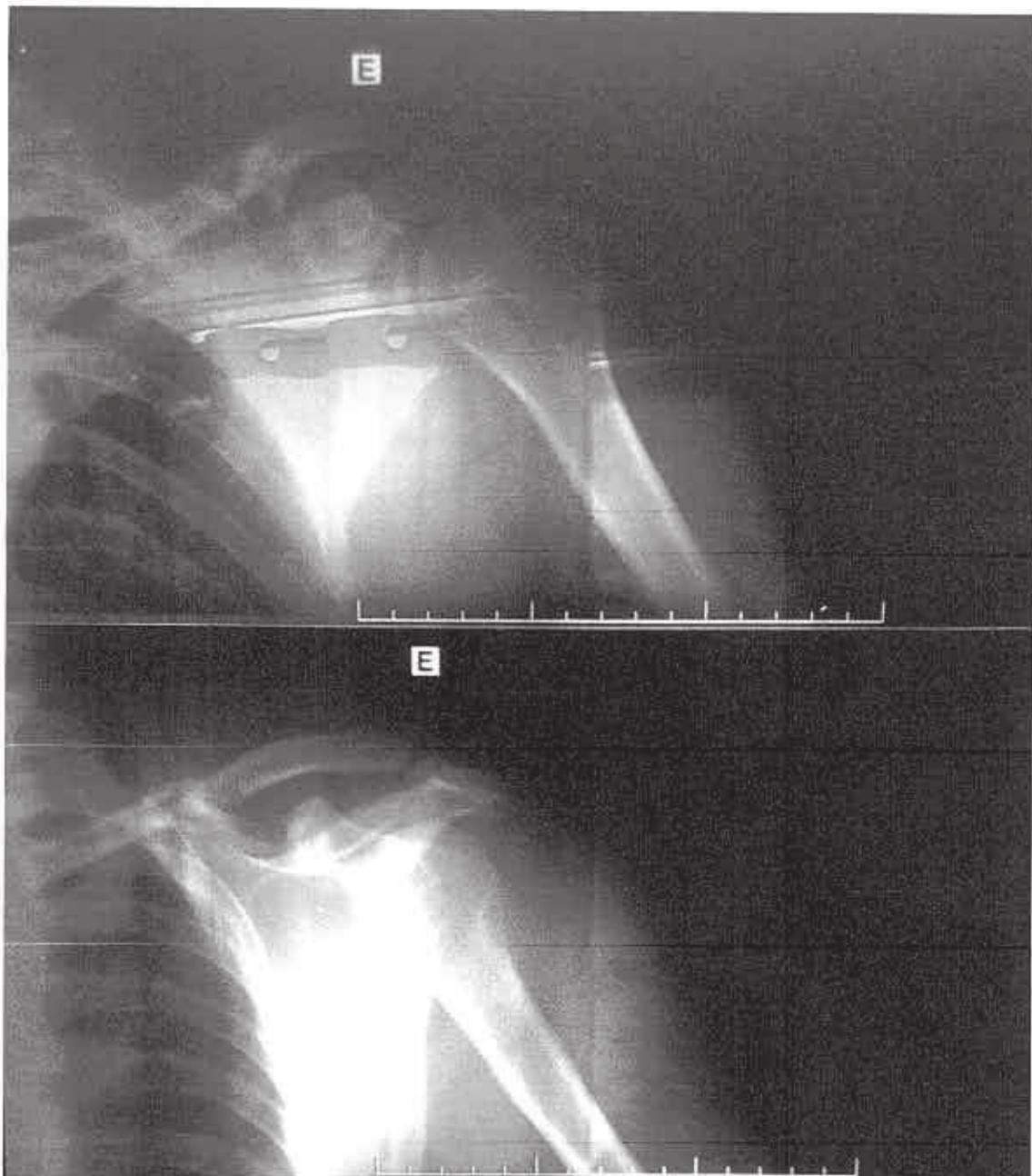
VENCIMENTO: 15/08/2018	Total a Pagar: R\$ 37,91
------------------------	--------------------------

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL	TIPO DE TARIFA: 1
--------------------------------	-------------------------------	-------------------

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"





941892 ANTÓNIO FIRMO DA COSTA  
16/08/2010

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL S/A

16/08/2010

PROTÓCOLO  
AG: JOÃO PESSOA





GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**REQUISIÇÃO DE EXAME**

NAME:	Antônio Almeida			PRONTUÁRIO:		
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:
	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>				LEITO:

**DADOS CLÍNICOS:**

Tranquilo onbro E

**MATERIAL A EXAMINAR:**

**RAIO X**  
REALIZADO EM:  
14/09/2018

**EXAMES SOLICITADOS:**

Rx Tórax  
Rx onbro E  
Rx Coluna Cervical Perna

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: 14/09/18 HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## **Ficha de Acolhimento**

۱۰۷

Nome: Antônio Fábio da Costa  
End: R. Amélia 1000  
Data de Nascimento: 05.02.62  
Queixa: Febre  
Acidente de trabalho?  Sim  Não  
Bairro: Alvorada  
Documento de Identificação: 1234567890  
Data do Atend.: 08.08.18 Hora: 18:25 Documento: - 00

## Classificação de Risco

Nível de consciência:  Bom  Regular  Baixo Aspecto:  Calmo  Fáceis de dor  Gemente

## **Frequência respiratória:**

## Pressão arterial:

Desarrollo de HGT

Deambulacão: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Massa

Estratificação

MOD. 110

Amarelo na faixa de contenção de 1 hora  
Azul - atendimento ambulatorial

Examen

*Assinatura e carimbo do profissional*



# Cirurgia Geral # 19:57

Paciente autônomo com queixas análisticas pelo  
ortopedista.

Ed. Andréa hospitalar

Centro Cirúrgico  
Centro Geral  
Centro Cirúrgico

COMPREV	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 SET. 2018	PROTOCOLO
	AG. JOÃO PESSOA



As espécies de  
os vertebrados  
só apresentam  
os óssos  
os óssos

O-Triângulo

Princípios  
do círculo = redondo  
do círculo = redondo

Apoio ao

Apoio

SERVIÇOS REALIZADOS:

Apoio ao

Apoio

CIRUR. BUZO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁXICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETROENCEFALOGRAFIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CMP.

UTI MÓVEL

**Nome: Antonio Firmino da Costa**

**Rx. Ombro E.**

**Convênio:**

**Data: 16/08/18**

**O exame mostra fratura cominutiva, ao nível do terço médio distal da clavícula esquerda.**

  
**Dra. Rosalie Andrade dos Santos**  
**CRM 1508**

  
**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
10 SET. 2018  
**PROTÓCOLO**  
**AG: JOÃO PESSOA**



## ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Antônio firmo da Costa

foi atendido (às) hoje, às 10 (vinho)  
horas, necessitando de 60 (semana)  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S42.0

Campina Grande,

14/03/18

Dr. Flávio Guedes  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PB 2451  
CRM-FE 21026

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004





GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES



SUS

## CARTÃO DE RETORNO

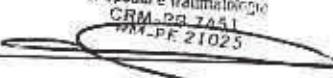
PACIENTE: Antônio Fiuza da Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 14/03/18

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: Fratura de clavícula

PROCEDIMENTO: trat - conservador

MÉDICO (CARIMBO):   
Dr. Edilson Grotto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7441  
MM-PE 21025

MOD. 120





GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

## CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Antônio Fumão da Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 14 / 03 / 18

Nº PRONTUÁRIO: 100000000000000000 FICHA:

DIAGNÓSTICO: Fratura do clavícola

PROCEDIMENTO: trat. conservador

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7451  
RA-PE 21025

MÉDICO (CARIMBO):

MOD. 129

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29/01/2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

E



E



E



941892 ANTONIO FIRMO DA COSTA

16.08.2015

ALBOMS

CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁXICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETROENCEFALOGRAFIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CMP.

UTI MÓVEL

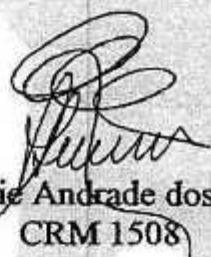
**Nome: Antonio Firmino da Costa**

**Rx. Ombro E.**

**Convênio:**

**Data: 16/08/18**

**O exame mostra fratura cominutiva, ao nível do terço médio  
distal da clavícula esquerda.**

  
**Dra. Rosalie Andrade dos Santos**  
**CRM 1508**





### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Antônio Fábio da Costa  
foi atendido (às) hoje, às 10 (vinho)  
horas, necessitando de 60 (semana)  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

542.0

Campina Grande,

14/09/18

*Dr. Flávia Lucio*  
Ginecologista e Reumatologista  
CRM-PB 1451  
CRM-FR 21025

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Maitinga - Campina Grande - PB

MOD. 004



CIRURGIA BUCO-MAXILÓ-FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁXICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VÍDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETROENCEFALOGRAFIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFÍRROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CMP.

UTI MÓVEL

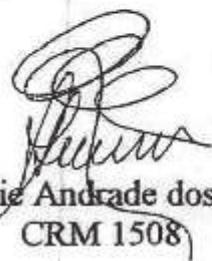
**Nome: Antonio Firmino da Costa**

**Rx. Ombro E.**

**Convênio:**

**Data: 16/08/18**

**O exame mostra fratura cominutiva, ao nível do terço médio  
distal da clavícula esquerda.**



**Dra. Rosalie Andrade dos Santos  
CRM 1508**

**QUADRIVI PREVIDÊNCIA S/A**

**13 NOV. 2018**

**PROTÓCOLO  
060 PESSOA**



### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Antônio firmo da Costa  
foi atendido (às) hoje, às 20 (vinho)  
horas, necessitando de 60 (semana)  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S42.0

Campina Grande,

14,03,18

Dr. Flávio Luiz  
Góspital de Trauma  
CRM-PB 1351  
MFCPE 21025

Assinatura do Médico - CRM N°

MOD. 004

End. AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB





GOVERNO  
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES



SUS



## CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Antônio Fumero da Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 14 / 03 / 18

Nº PRONTUÁRIO:

DIAGNÓSTICO: Fratura de clavícula

PROCEDIMENTO: trat. conservador

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 22.7451  
MCA-PE 21025

MÉDICO (CARIMBO):

MOD. 120



E



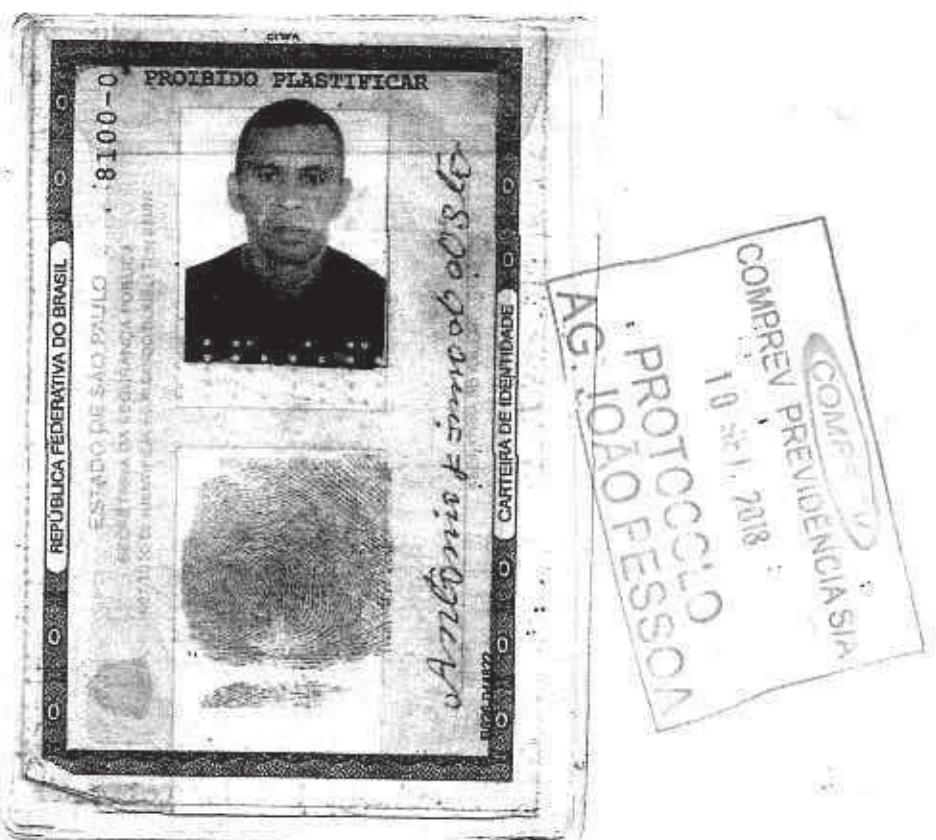
E



E

100-100-100





## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ANTONIO Filho da CostaDATA DO ACIDENTE 14/08/2018 CPF DA VITIMA 518.173.704-34

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VITIMAA VITIMA É Antônio Filho da CostaENDERECO DO PORTADOR R. JOSE ANTONIO ALBUQUERQUENº 09 COMPLEMENTO complemento BAIRRO NOVO HORIZONTECIDADE Campos Gerais UF MG CEP 58440-000E-MAIL BABINHO666@hotmail.com TELEFONE (039) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUANTAS SEJAM, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA, MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

- Morte = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA, MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA, MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DATA \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

ADAILTON SANTOS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180419307      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO FIRMO DA COSTA      **Data do acidente:** 14/08/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330141/18

**Número do Sinistro:** 3180419307

**Vítima:** ANTONIO FIRMO DA COSTA

**CPF:** 518.174.704-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/08/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO FIRMO DA COSTA

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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](http://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: 13/11/2018  
Nome: ANTONIO FIRMO DA COSTA  
CPF: 518.174.704-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

---

ANTONIO FIRMO DA COSTA

---

MARCELA DO CARMO DE LIMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330141/18

**Número do Sinistro:** 3180419307

**Vítima:** ANTONIO FIRMO DA COSTA

**CPF:** 518.174.704-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/08/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO FIRMO DA COSTA

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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](http://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: 29/10/2018  
Nome: ANTONIO FIRMO DA COSTA  
CPF: 518.174.704-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

---

ANTONIO FIRMO DA COSTA

---

RENATO LUNA DIAS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330141/18

**Vítima:** ANTONIO FIRMO DA COSTA

**CPF:** 518.174.704-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/08/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO FIRMO DA COSTA

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**ANTONIO FIRMO DA COSTA : 518.174.704-34**

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](http://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: 10/09/2018  
Nome: ANTONIO FIRMO DA COSTA  
CPF: 518.174.704-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

\_\_\_\_\_  
ANTONIO FIRMO DA COSTA

\_\_\_\_\_  
RENATO LUNA DIAS