



Número: **0823484-87.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **28/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO FIRMO DA COSTA (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23055425	29/07/2019 12:29	<a href="#">2579979_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</a>	Outros Documentos
23055423	29/07/2019 12:29	<a href="#">ANTONIO FIRMO DA COSTA - DOCS ADM</a>	Outros Documentos
23055416	29/07/2019 12:29	<a href="#">Petição</a>	Petição



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08234848720188150001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO FIRMO DA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,  
CAMPINA GRANDE, 25 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180419307**

Vítima: **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**

Carta nº 13361795

Pag. 00771/00772 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020386



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FIRMO DA COSTA**  
Nº Sinistro: **3180419307**  
Vítima: **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** 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**

Pag. 01993/01994 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13369889



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FIRMO DA COSTA**  
Nº Sinistro: **3180419307**  
Vítima: **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** 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**

Pag. 00325/00326 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13536489



## 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 <b>518.174.704-34</b>	Nome completo da vítima <b>ANTONIO FIRMO DA COSTA</b>
---------------------------	--	--

**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>RUA JOSÉ ARNOBIO ALBUQUERQUE</b>	Número <b>69</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>NOVO HORIZONTE</b>	Cidade <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado <b>PARANÁ</b>
Email <b>BALBINO CG @ HOT MAIL. COM</b>	CEP <b>58.400-000</b>	Telefone (DDD) <b>(83) 99829-8855</b>

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

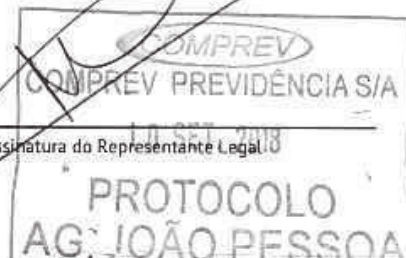
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <b>0041</b> D/V <b>5</b> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <b>CAIXA</b> NRO. <b>0001</b> AGÊNCIA NRO. <b>0041</b> D/V <b>5</b> (Informar dígito se existir)	

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

C. G. M. X. de Setembro de 2018  
Local e Data

Antonio Firmo da Costa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPE.001 V001/2017









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 Nº 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 Nº 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, aí, 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 Estável, escolaridade Fundamental Completo, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 56.150.928-1, expedido pela SSP-SP, com C.P.F. de Nº 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

  
Escrivão de 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 <u>ANTONIO FIRMO DA COSTA</u>	CPF da Vítima <u>518.174.704-34</u>	Data do Acidente <u>14/08/2018</u>
--	--	---------------------------------------

**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. GARCIA-B. de Setembro de 2018  
Local e Data

Antonio Firmo da Costa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017







Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## 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:

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

Campina Grande, 4 de setembro de 2018.



  
Deodécio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



# 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: 000000522747-5

---

---

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

REFERÊNCIA

AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ARIOSVALDO SERAFIM DA SILVA  
RUA JOSE ARNOBIO ALBUQUERQUE, 569 - 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 (M3)	NUM DE DIAS		PRÓXIMA LEITURA		
500	510	10	30		31/08/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2012/H5.							
JUL/2018	12	0	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
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(M)	11	DADOS REFERENTES A: JUN/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 01/08/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 11:17:25

DESCRIÇÃO  
ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

R\$ 37,91

ESGOTO

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

VENCIMENTO:

15/08/2018

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

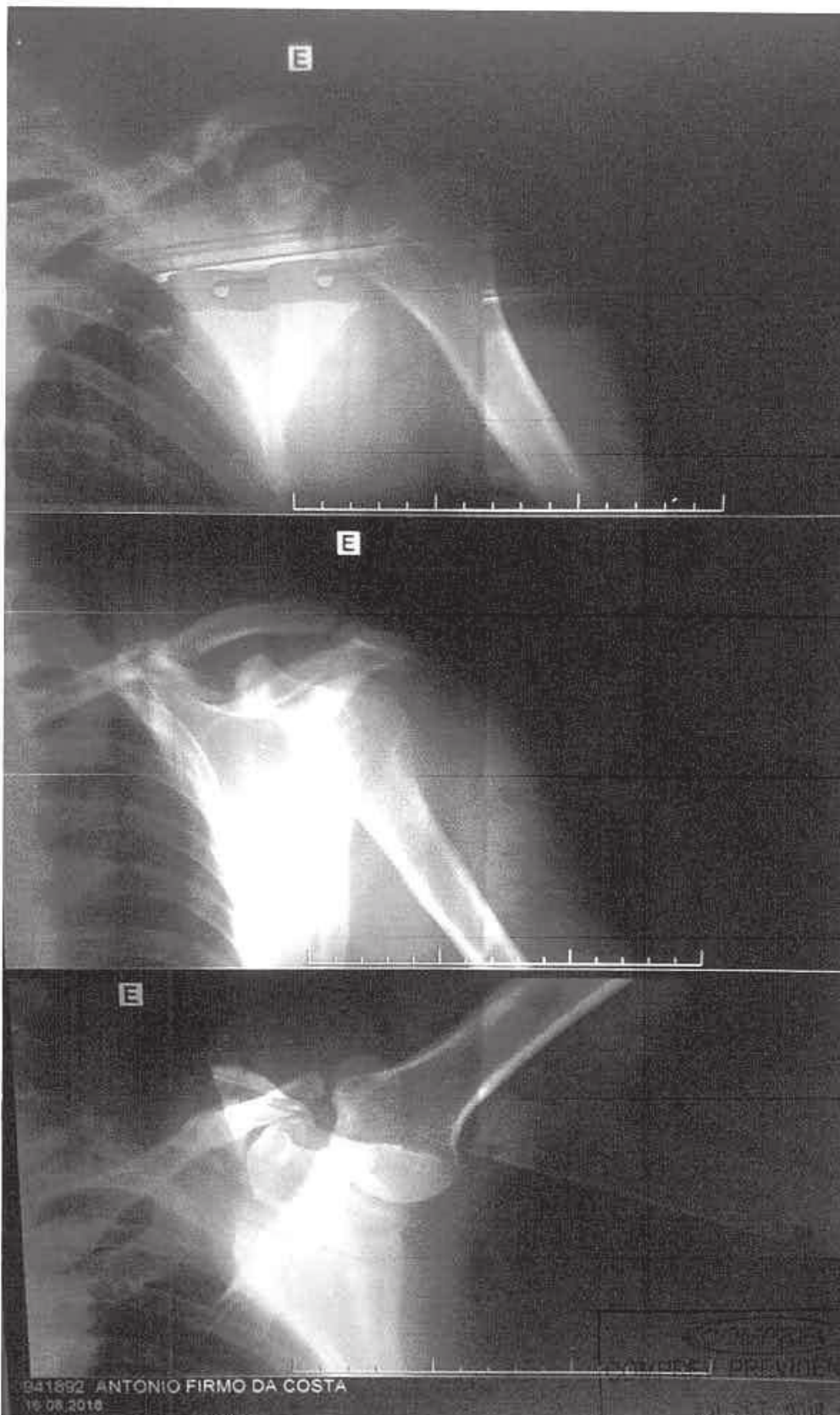
TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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







PROTÓTIPO  
PROVINCIA S/A  
7-8-2010  
PROTOCOLO  
AG: JOÃO PESSOA





14/08/2018



GOVERNO DA PERNAMBURGO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1713307 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 14/08/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sabrina Cavalcante Pereira Araújo

PACIENTE: ANTONIO FIRMO DA COSTA CEP: 58400-102 Nascimento: 05/02/1964

Endereço: ANIBIO NUNES DE ALBUQUERQUE

Sexo: M

Telefone: 99699407

Cidade: Campina Grande

Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL

Nome da Mãe:

RG: N°: 69

Responsável: MARIA

Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS GERA

Estado Civil: União Estável

Data de Atendimento: 14/08/2018

CNS: 51578

Motivo: QUEDA DE BICICLETA

Hora: 18:41:26

CONVÊNIO: SUS

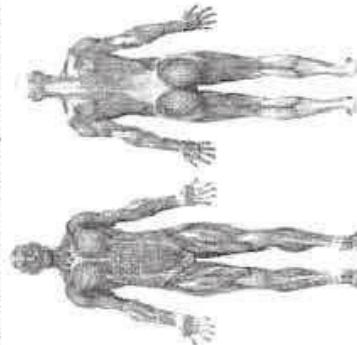
Médico:

Especialidade:

## OBS FICHA:

## MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalmeamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Emagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortado
16. F. Cortado
17. F. Cortado
18. F. Cortado
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injeção de medicamento
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de isquemia
36. Sinais de isquemia

OBS:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau 1º Grau 2º Grau 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: *Exema*

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:17

HTCG-Panel Administrativo

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Amarelo*  
Paciente admitido com queimadura no 2º e 3º grau, com queimadura de 10% no membro superior direito e no membro superior esquerdo.  
No momento apresenta-se em estado de choque e no momento de chegada.  
Não apresenta respiração em eufonia.

COMPREV PREVIDENCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

ALERGIA: *nenhuma*MEDICAMENTOS: *nenhuma*PATOLOGIAS: *nenhuma*

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

## EXAME SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias: *torax, ombro e coluna*  
( ) Tomografia Computadorizada ( )

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Espec. alista: *Ortopedia (nao se apresenta)* Dia / /

Espec. alista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

## PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

## HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Voltagem 75 mg - 100 mg</i>	<i>14/08/2018</i>
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

*Carimbo do Médico*  
CRM: 4115



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES												REQUISIÇÃO DE EXAME			
NOME:		Artur Figueira da Costa		PRONTUÁRIO:															
IDADE:		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:					
DADOS CLÍNICOS:																			
Trauma no braço (E)																			
RAIO X REALIZADO EM: 14/08/2018																			
MATERIAL A EXAMINAR:																			
EXAMES SOLICITADOS:																			
Rx Topax P.A. (E)																			
Rx ombro (E)																			
Rx coluna cervical perfil																			
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		Carimbo e Assinatura do Médico															
DATA: 14/8/18		HORA DA SOLICITAÇÃO:																	

MOD. 002







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

SIC

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Antônio Fiume da Costa		
End:	R. Amadorio Veneres Albuquerque 169, Bairro: Dist. Industrial		
Data de Nascimento:	05.02.64	Documento de Identificação:	- 60
Queixa:	Urológica Data do Atendimento: 24.08.18 Hora: 8:25 Documento: - 60		
Acidente de trabalho?	( ) Sim	(X) Não	

### Classificação de Risco

Nível de consciência:	(X) Bom	( ) Regular	( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo	( ) Fáceis de dor	( ) Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	( ) Livre	( ) Cadeira de rodas	( ) Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	( ) Normocorada	( ) Pálida	

MOD. 110

### Estratificação

- ( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas  
(X) Amarelo - atendimento até 24 horas  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

*evangelista*

Assinatura e carimbo do profissional



#Cirurgia Geral# 19:57

Paciente interna em quimio. Analisado pela  
oncopec.

Ed. Alta hospitalar

Gestão Cirúrgica  
Cirurgia Geral  
Dr. R. R. R.

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_ ( ) Alta hospitalar / ( ) Já revela  
 ( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_ ( ) Decisão Médica  
 ( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_ ( ) Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Maurício Almeida de Medeiros

http://10.1.1.148/projeto/htcg/impreuancia.php?contar=1713307

CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETROENCEFALOGRAMA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CMP.

UTI MÓVEL


**Nome: Antonio Firmo 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**







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



## ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Antônio Lima da Silva

foi atendido (às) hoje, às 20 (vinte)  
horas, necessitando de 60 (sessenta)  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42.0

Campina Grande, 14, 09, 18

Dr. Antônio Lima da Silva  
Otorrinolaringologista  
CRM-PB 7451  
CRM-PE 24025

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: Artur Gomes da Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 14 / 03 / 18

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

FICHA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: fratura da clavícula

PROCEDIMENTO: trat. conservador

MÉDICO (CARIMBO): \_\_\_\_\_

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-22.7441  
R.M.P.E. 21023

MOD. 120

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

### CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Arturo Fumero da Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 14 / 03 / 18

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO: Fratura de clavícula

PROCEDIMENTO: trab. conservador

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Felipe Guadalupe  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-OR 7451  
RPM-PF 21025

MOD. 129

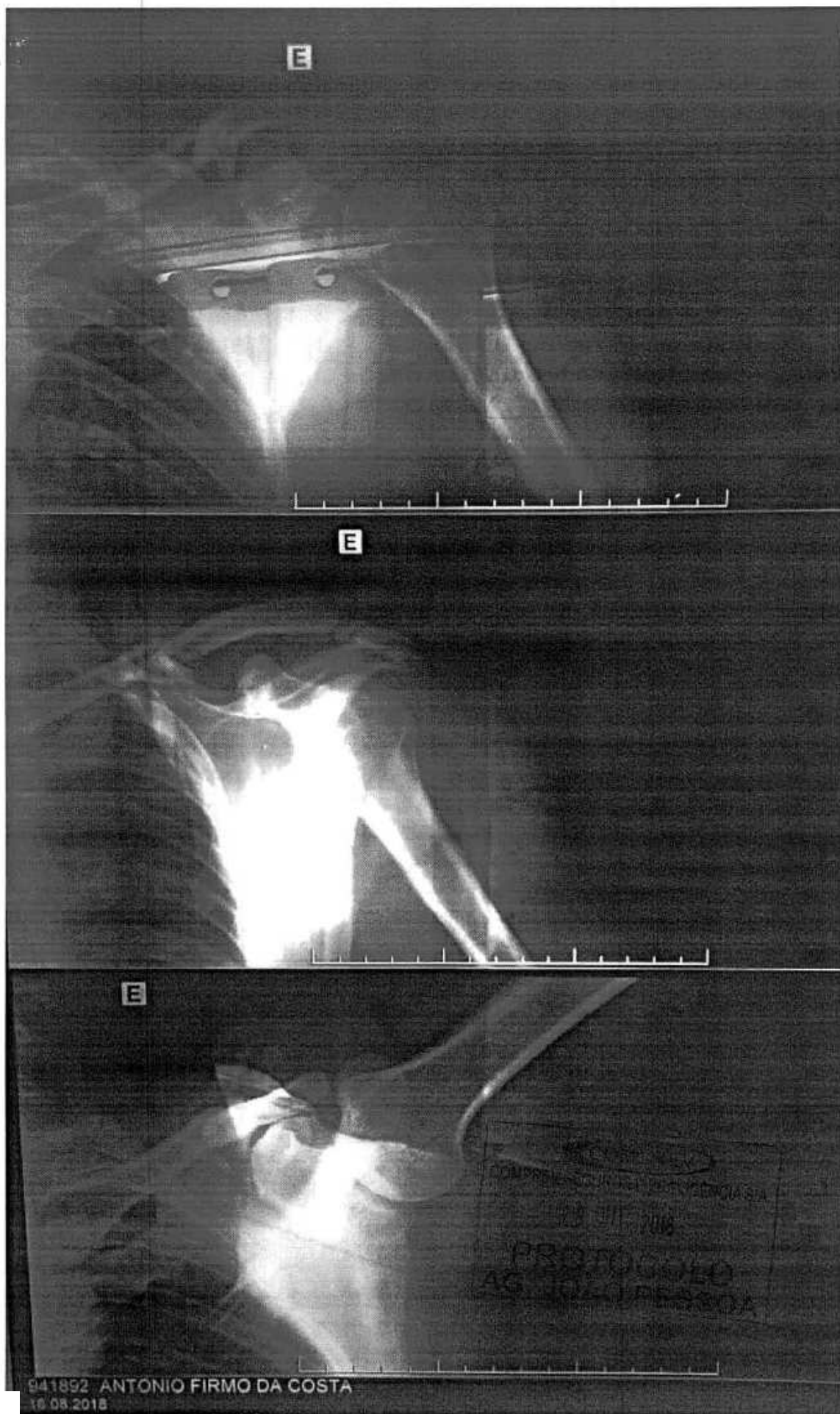
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 OUT. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





941892 ANTONIO FIRMO DA COSTA  
10.08.2018



CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁXICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETRORRADIOLOGIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETRORADIOLOGIA

TOMOGRAFIA CMP.

UTI MÓVEL

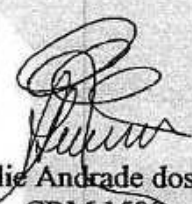
**Nome: Antonio Firmo da Costa**

**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**



Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba / CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / FAX: (83) 2102.0108 / [www.hat.com.br](http://www.hat.com.br)



### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Antônio Lima da Costa

foi atendido (às) hoje, às 20 ( vinte )  
horas, necessitando de 60 ( sessenta )  
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42.0

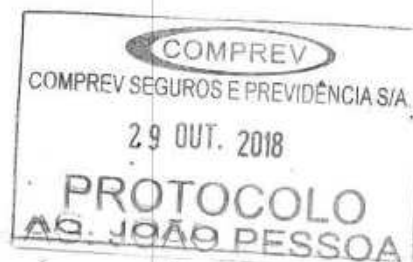
Campina Grande, 14, 03, 18

Dr. Felipe Queiroz  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 1451  
Rég. F.A. 21025

Assinatura do Médico - CRM N°

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

MOD. 004



CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL

CIRURGI GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETTROENCEFALOGRAMA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETTROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CMP.

UTI MÓVEL

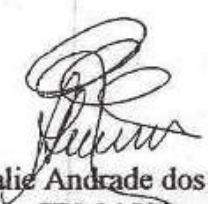
Nome: Antonio Firmo da Costa

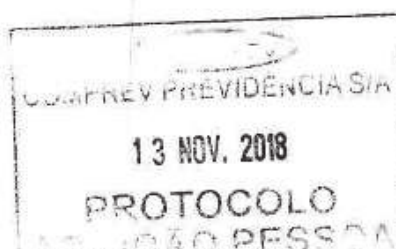
Rx. Ombro E.

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



Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba / CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / FAX: (83) 2102.0108 / www.hat.com.br







### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Antônio Lima da Costa

foi atendido (às) hoje, às 20 ( vinte )  
horas, necessitando de 60 ( sessenta )  
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42.0

Campina Grande, 14, 03, 13

Dr. Carlos Eduardo  
Gonçalves de Albuquerque  
CRM nº 1451  
CBO 34023

Assinatura do Médico - CRM N°

Esp. Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 904





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

### CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Artur Gomes da Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 14 / 03 / 18

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

DIAGNÓSTICO: fratura de crânio

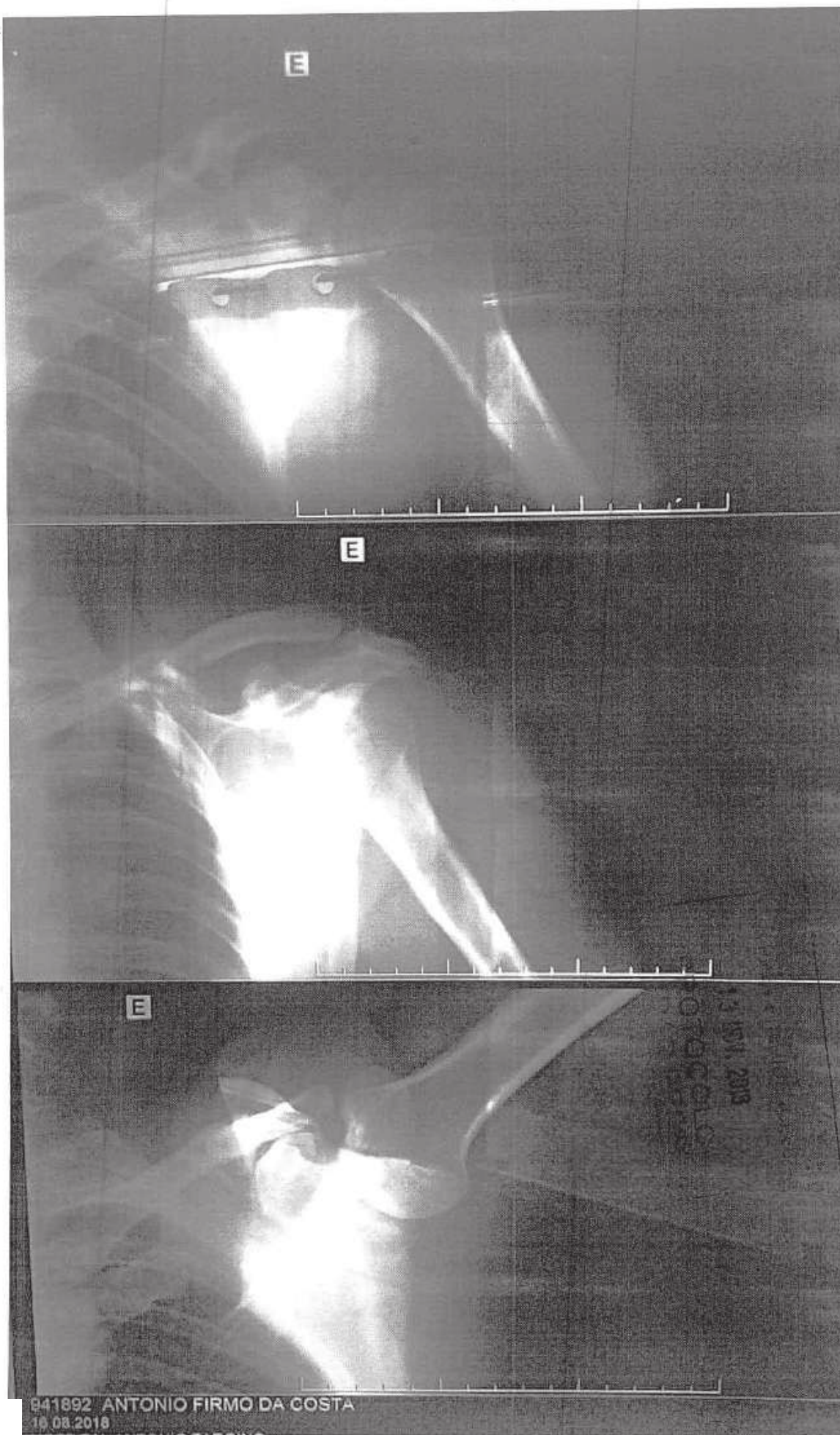
PROCEDIMENTO: trat. conservador

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Felipe Guerra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-22.7451  
RPA-PE 21025

MOD. 120





841892 ANTONIO FIRMO DA COSTA  
18.08.2018













Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO FARMO DA COSTA  
DATA DO ACIDENTE 14/08/2018 CPF DA VÍTIMA 518.174.704-34  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
A VÍTIMA É ANTONIO FARMO DA COSTA  
ENDEREÇO DO PORTADOR R. JOSE ARNOLD ALBUQUERQUE  
Nº 6A COMPLEMENTO ASA BAIRRO NOVO HORIZONTE  
CIDADE CARLINA GRANDE UF PA CEP 58.400.000  
E-MAIL BALBINOCCO@hotmail.com TELEFONE (03) 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ 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 VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA Adailton Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
DATA \_\_\_\_\_  
NOME ADAILTON SANTOS  
ASSINATURA \_\_\_\_\_



## 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

### 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

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 14/08/2018

Titular do CPF: ANTONIO FIRMO DA COSTA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-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

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 14/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO FIRMO DA COSTA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-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

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

### 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



EM ANEXO

