



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
23055 425	29/07/2019 12:29	2579979_IMPUTACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Outros Documentos
23055 423	29/07/2019 12:29	ANTONIO FIRMO DA COSTA - DOCS ADM	Outros Documentos
23055 416	29/07/2019 12:29	Petição	Petição



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8^a 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.^a, 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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072912292038400000022358670>
Número do documento: 19072912292038400000022358670

Num. 23055425 - Pág. 1



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

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**

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

Pag. 01993/01994 - carta_03 - INVALIDEZ



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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13369889



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 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
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 Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <input type="text" value="ANTONIO FIRMO DA COSTA"/>	CPF titular da conta <input type="text" value="518.174.704-34"/>	Profissão <input type="text" value="Autônomo"/>
Endereço <input type="text" value="Rua JOSÉ ARNOBIO ALBUQUERQUE"/>	Número <input type="text" value="69"/>	Complemento <input type="text" value="CASA"/>
Bairro <input type="text" value="NOVO HORIZONTE"/>	Cidade <input type="text" value="CANANÉIA"/>	Estado <input type="text" value="PRAMA3A"/>
Email <input type="text" value="BARBIRNUS.CG@HOTMAIL.COM"/>	Telefone (DDD) <input type="text" value="083) 99827-8855"/>	

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"/> RECUZO 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"/> CONTA POUPANÇA (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)			
AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
<input type="text" value="0041"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="522747"/>	<input type="text" value="5"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome _____ N.R. _____			
AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(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. Gouveia de Setembro de 2018
Local e Data

Antônio Firmino da Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072912291639000000022358668>
Número do documento: 19072912291639000000022358668

Num. 23055423 - Pág. 6



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

Antônio Firmino da Costa

ANTONIO FIRMO DA COSTA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

ANTONIO FIRMO DA COSTA

CPF da Vítima

518.179.704-34

Data do Acidente

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 atende 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.GANDOLFI, de Setembro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL.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		
DADOS DA REMOÇÃO		
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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072912291639000000022358668>
Número do documento: 19072912291639000000022358668

Num. 23055423 - Pág. 10



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
018.055.085.0169.000	000	Residencial	Comercial	Total	Básico
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. 05/2017 HS					
JUL/2018	12	0	PARAHETROS	EXIG.	ANALIT.
JUN/2018	11	0	TURBIDEZ	0	0
MAI/2018	10	0	CLORO	0	0
ABR/2018	13	0	COL.TERHOT	0	0
MAR/2018	10	0	COR	0	0
FEV/2018	12	0	COL.TOTAIS	0	0
MEDIA(m)	11		DADOS REFERENTES A: JUN/2018		
DATA DA IMPRESSÃO: 01/08/2018			HORA DA IMPRESSÃO: 11:17:25		
DESCRICAÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)	
ÁGUA					
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)					
CONSUMO DE ÁGUA		10,13		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	



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEJ JOGO 'GANHO'."





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907291229163900000022358668>
Número do documento: 1907291229163900000022358668

Num. 23055423 - Pág. 12



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

ATENDIMENTO URGENCIA

CLASS. DE RISCO: AMARELO

PRONT (B.E) Nº:1713307 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ:08.778.248/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58422-809 Data: 14/08/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Sabrina Cavalcante Pereira Araújo

PACIENTE: ANTONIO FIRMO DA COSTA

Endereço: ANOBIO NUNES DE ALBUQUERQUE Sexo:M

Idade:054 Bairro:DISTRITO INDUSTRIAL

RG: N°:69 Profissão:AUXILIAR DE SERVIÇOS

CRM: CPF: GERA Data de Atend:14/03/2018

Nome da Mãe: Responsável: MARIA

Estado Civil:União Estável CONVÉNIO:SUS

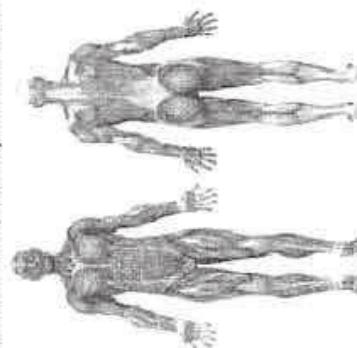
Motivo: QUEDA DE BICICLETA Hora: 18:41:26 CRM:

Medico: 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. Crcetatio
6. Dor
7. Edema
8. Empaixamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Corte
- 15.F. Contato
- 16.F. Corroente
- 17.F. Farto hidratante
- 18.F. Fogo
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Infurmento Venoso
23. Laceratio
24. Lesão Cardíaca
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento traumático paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Ocirrhiza
30. Paralisia
31. Paroxismo
32. Paroxesia
33. Quelinfadura
34. Rimorragia
35. Sinal de Ecœmia



OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %
DIAGNÓSTICO / CID: _____

Grau) 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

[Signature]
Carvalho
Geraldo
CRM: 413

Bruno J. Q.

Documento: nula. Local: mto - Piscineta no 2. 1 h, sem pista de treinamento aquela que é do atleta em sua categoria e no momento quando ele se encontra. *[Signature]*

COMPEV PREVIDENCIAS/A
COMPEV

10/08/2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Sat02

HGT:

PUPILAS: () Fotoreagentes () Isocôricas () Anisocôricas ()
Glásgow _____ PA _____

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
- () Radiografias: _____
- () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Espec alista: *[Signature]* (_____) Dia _____ / _____ / _____
Espec alista: _____ , _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>[Signature]</i> - 10/08/2018
2	
3	
4	
5	

[Signature]
REALIZADO EM:
14/08/2018

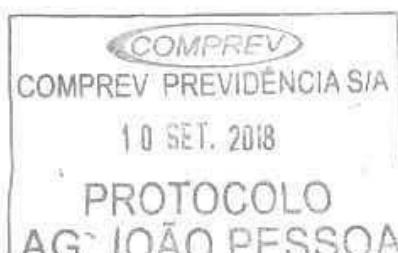
[Signature]
Assinatura do Carvalho
Geraldo CRM: 413

14/08/2018 | 14B. Informações imprevidenciais: _____

1/2



REQUISIÇÃO DE EXAME			
GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			
PRONTUÁRIO:			
NOME: <i>Antônio Flávio da Costa</i>	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:
IDADE: DADOS CLÍNICOS: <i>Trauma ondas E</i>			
MATERIAL A EXAMINAR: <i>Raios X</i>			
REALIZADO EM: <i>14/08/18</i>			
EXAMES SOLICITADOS: <i>X Tórax M. Controle de ondas X ondas coluna cervical pescoço</i>			
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	HORA DA SOLICITAÇÃO: <i>14/08/18</i>	MOD. 002 <i>Carimbo e Assinatura do Médico</i>





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

SIC
Ficha de Acolhimento

Nome:	Antônio Firmino da Costa		
End:	Av. Amaro Barroso - Centro		
Data de Nascimento:	05.02.62	Documento de Identificação:	01234567890123456789
Queixa:	Data do Atend.: 12.09.18 Horas: 25 Documento: - 00		
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	

Licença / Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input type="checkbox"/> Calmo	<input type="checkbox"/> Fáceis de dor	<input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Maca				

MOD. 110

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Exame aguardado

*(N) Amarelo - atendimento dentro de 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial*

Assinatura e carimbo do profissional



Cirurgia Genit# 19:57

Paciente sustenta um queixo análico de pele
oncopediu.

Cirúrgico hospitalar

Genésio Cirilo de Carvalho

COMPREV	
COMPREV PREVIDÊNCIAS/A	
10 SET. 2018	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

André

anopédico

outomedis

o-Tmldns

Ex. ondole = reduno

Ex. Ex. no fundo = fundo

Ex. Ex. no fundo = fundo

Ex. Ex. no fundo = fundo

SERVICOS REALIZADOS:

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ : _____ hs.

- Centro cirúrgico _____
- Alta hospitalar / A revelia
- Internação (setor) _____ Decisão Médica
- Transferência a outº SETOR ou HOSPITAL _____ Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Mauricio Alodizio da C. Medeiros





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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072912291639000000022358668>
Número do documento: 19072912291639000000022358668

Num. 23055423 - Pág. 17



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



ATESTADO MÉDICO

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

DIAGNÓSTICO CID S42.0

Campina Grande, 14, 09, 18

Dr. Flávio Lacerda
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 7451
CRF-PB 21025

Assinatura do Médico - CRM N°

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

MOD. 004



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072912291639000000022358668>
Número do documento: 19072912291639000000022358668

Num. 23055423 - Pág. 18



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES



SUS +

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Antônio Firmino da Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 14 / 08 / 18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura de clavícula

PROCEDIMENTO: trat - conservador

MÉDICO (CARIMBO):

MOD. 120





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS +

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Antônio Firmino da Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 14 / 03 / 18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura do clavícula

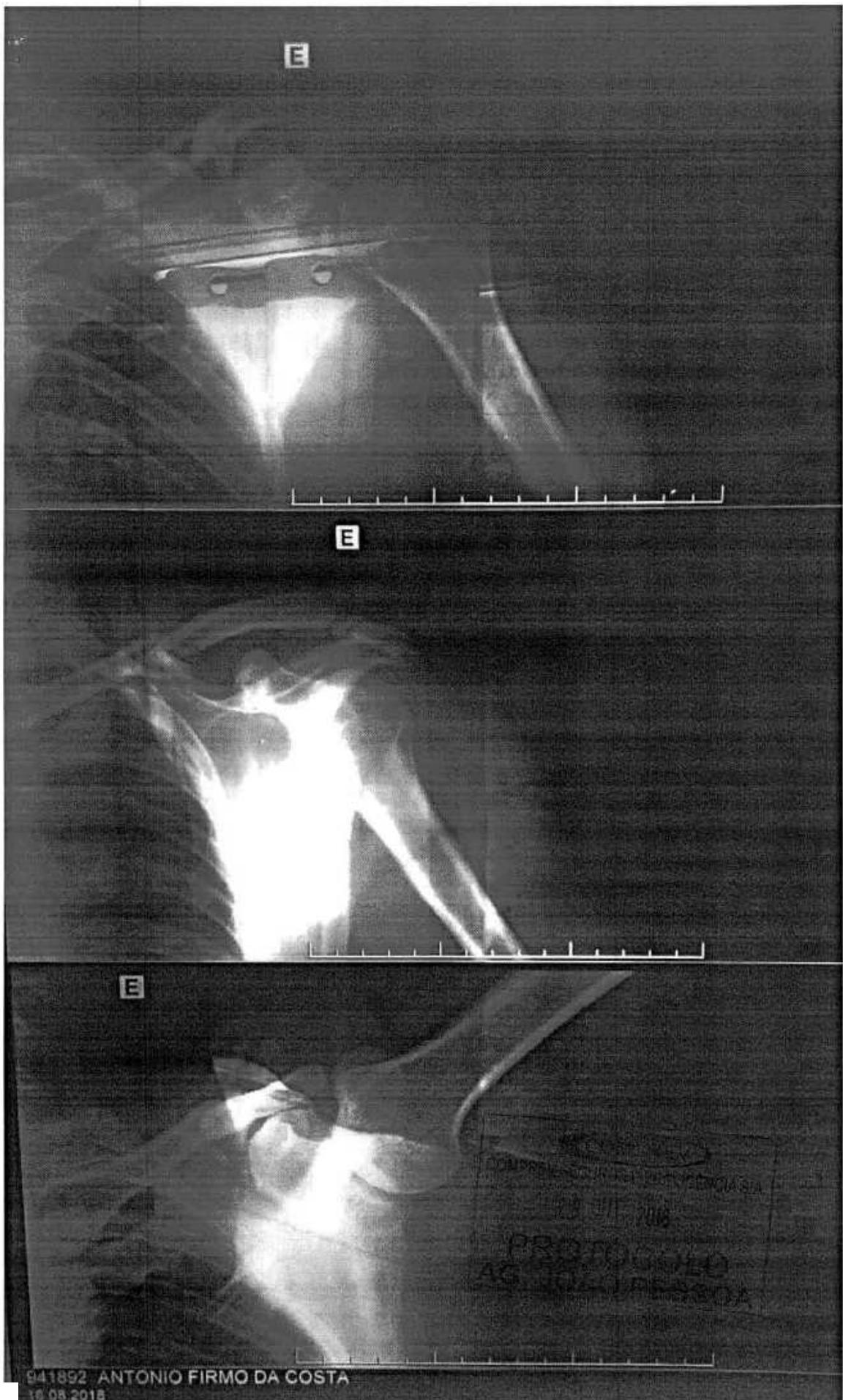
PROCEDIMENTO: traf - osteosíntese

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 7451
MRA-PB 21025

MOD. 129





041892 ANTONIO FIRMO DA COSTA
16.05.2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072912291639000000022358668>
Número do documento: 19072912291639000000022358668

Num. 23055423 - Pág. 21



CIRUR. BUCCO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁXICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETRODENCEFALOGRAFIA

ENDOSCOPIA

NÉFROLOGIA

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**



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072912291639000000022358668>
Número do documento: 19072912291639000000022358668

Num. 23055423 - Pág. 22



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



ATESTADO MÉDICO

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

DIAGNÓSTICO CID S72.0

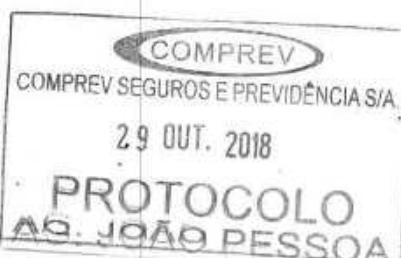
Campina Grande, 14, 03, 18

Dra. Flávia Queiroz
Cirurgião e Traumatologista
CRM-PB 1451
CRM-FE 21025

Assinatura do Médico - CRM N°

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

MOD. 004





CIRURGIA BUZO-NAXILÓ FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁXICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETROENCEFALOGRAFIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIURGIA

ORTOPEDIA

OTOBRINOLARINGOLOGIA

RAD. X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOPRIFROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CIMP.

UTI MÓVEL

Nome: Antonio Firmino da Costa

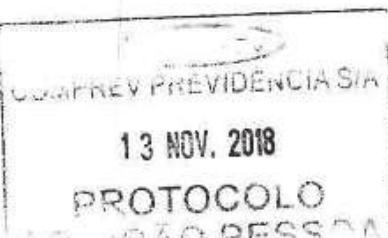
Rx. Ombro E.

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



Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centro / Campina Grande / Paraíba / CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0161 / FAX: (83) 2102.0108 / www.hat.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072912291639000000022358668>
Número do documento: 19072912291639000000022358668

Num. 23055423 - Pág. 24



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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Antônio Simão da Costa

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, 14/03/18

Dr. Flávio Lucena
Ginecologista e Traumatóloga
CRM-PB 1451
CRF-PE 21025

Assinatura do Médico - CRM N°

13 NOV. 2018
PROTÓCOLO
CORTE DE JUSTIÇA DO PIAUÍ

MOD. 004

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Antônio Luiz da Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 14 / 03 / 18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura da clavícula

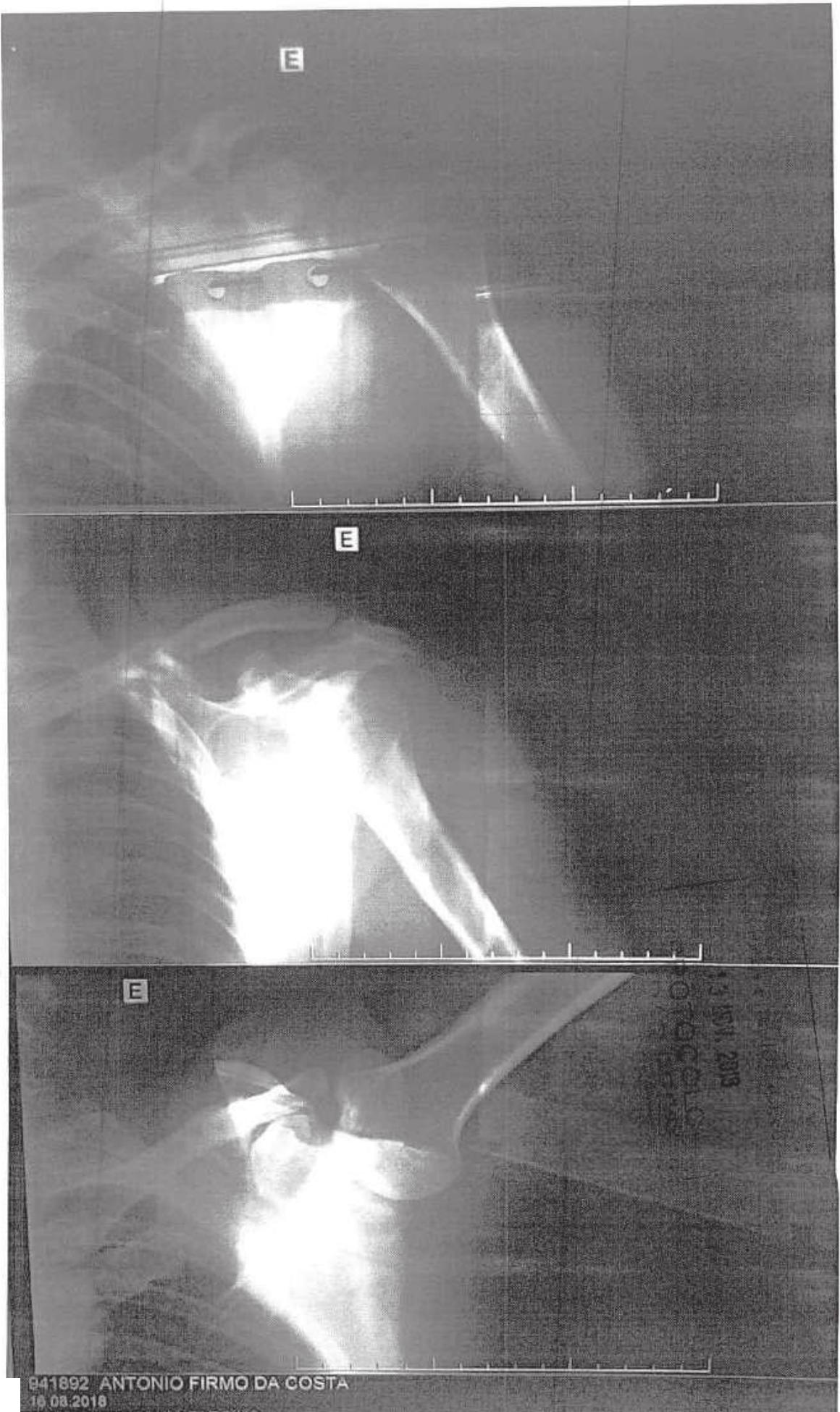
PROCEDIMENTO: Traç - Osteosíntese

MÉDICO (CARIMBO):

Doutor Luiz Gonzaga
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7451
CAT-PE 21025

MOD. 120





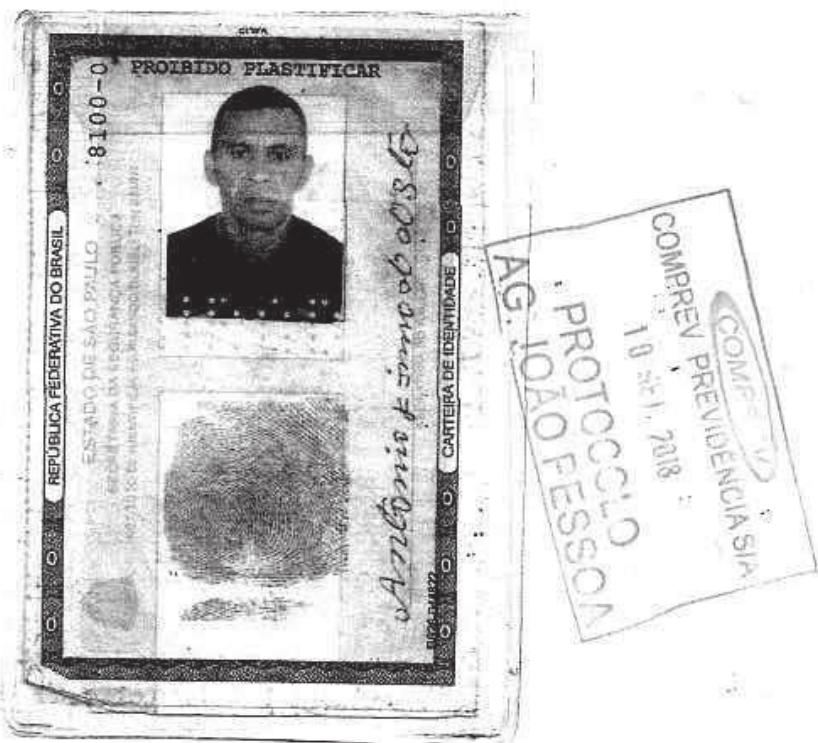
941892 ANTONIO FIRMO DA COSTA
10.08.2018





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072912291639000000022358668>
Número do documento: 19072912291639000000022358668

Num. 23055423 - Pág. 28





INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

Vítima Adailton Filho da CostaData do acidente 14/08/2018 CPF da vítima 518.174.704-34

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Qualificação do portador
A VITIMA É Adailton Filho da Costa
Endereço do portador R. José Arnaldo Albuquerque

No 69 complemento 24501 Bairro Luz UO UF PE CEP 58.400-000
CIDADE Chapada Grotas de Pernambuco E-MAIL balbinetdcg@gmail.com TELEFONE (23) 9 9829-8855

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 DE TRABALHO 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 RECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUI FADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MEDICO (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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA 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 DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADO NA LEI 6.134/74.
- 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)
- REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

- * 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, COM OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.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 DE TRABALHO 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 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO 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 RECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUI FADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MEDICO (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 - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO 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)
- 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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADO NA LEI 6.134/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- * 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, COM OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____	DATA _____
IDENTIDADE _____	NOME _____
ASSINATURA <u>Adailton Santos</u>	
ASSINATURA <u>Adailton Santos</u>	

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

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 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072912291639000000022358668>
Número do documento: 19072912291639000000022358668

Num. 23055423 - Pág. 32

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

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 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072912291639000000022358668>
Número do documento: 19072912291639000000022358668

Num. 23055423 - Pág. 33

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

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 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2019 12:29:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072912291555900000022358661>
Número do documento: 19072912291555900000022358661

Num. 23055416 - Pág. 1