



Seguradora Lider - DPVAT

OUTROS

\*1004054\*



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2013

Carta n°: 2376520

A/C: FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA

Sinistro: 2013169483  
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA  
Data Acidente: 20/10/2012  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 19/03/2013 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 20/10/2012. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Certidão de inexistência de IML
- Laudo do IML - Lesões corporais
- Comprovante de residência infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

16/04/2013 10:22:20





Seguradora Líder • DPVAT

## DPVAT - Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

RA9689761176R



CEP 58884-000 - CATOLÉ DO ROCHA - PR  
PE PEDRO DA SERRA  
FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA  
RUA PROJETADA, S/N 00, 1LT. 10

Seguradora Líder • DPVAT



**SINISTRO**

Número do Sinistro: 2013169483

32

**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA

Data do  
Acidente: 20/10/2012

CPF: 039.006.034-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA

Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

**DOCUMENTOS DO SINISTRO**

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Pendente		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Laudo do IML - lesões corporais	Pendente		
Outros	Entregue		PROTOCOLOS E ENVELOPES

**DOCUMENTOS DAS PESSOAS**

Documento	Status	Motivo	Comentário
<b>BENEFICIÁRIO - FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA</b>			
Alvará judicial	Dispensado		
AutORIZAÇÃO DE PAGAMENTO	Entregue		
Comprovante de residência	Não Conforme	Inf or. incorretas	COMPROVANTE EM NOME DA VITIMA OU DECLARAÇÃO PREENCHIDA

**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.dpvataseguro.com.br](http://www.dpvataseguro.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 6.194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

## Portador da documentação entregue

## Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 19/03/2013

Data: 26/03/2013 10:10

Nome: FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA

Nome: CIELLY FARIA DE ARAUJO

CPF: 039.006.034-80

CPF: 089.063.687-71

FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA

CIELLY FARIA DE ARAUJO



## PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

### SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-359237/2013

Aviso: CORREIOS

Natureza: Invalidez

### QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA

Data de Nascimento: 18/12/1980

Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Dependência: 801

Data do Sinistro: 20/10/2012

CPF da Vítima: 039.006.034-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA

### DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	19/03/2013	Entregue	
Certidão de casamento	19/03/2013	Dispensado	
Certidão de inexistência de IML	19/03/2013	Dispensado	
Certidão de nascimento	19/03/2013	Dispensado	
Comprovação de ato declaratório	19/03/2013	Dispensado	
Documentação médico-hospitalar	19/03/2013	Entregue	
Documentos de identificação	19/03/2013	Entregue	
DUT	19/03/2013	Dispensado	
Laudo do IML - Lesões corporais	19/03/2013	Dispensado	
Outros	19/03/2013	Entregue	

### DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Documento	Data	Status	Observação
Alvará judicial	19/03/2013	Dispensado	
Autorização de pagamento	19/03/2013	Entregue	
Comprovante de residência	19/03/2013	Entregue	

### CONTATO

Nome: FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA

Telefone:

Celular: (83) 9680-4634

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 19/03/2013

14



## 1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima

FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA

Data do Acidente

20/10/2012

CPF: 039.006.034-80

## 2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA

 A própria Vítima  Representante Legal: Grau de Parentesco:

Endereço

Conjunto Favela Serrão

No 21 L16 Complemento

Bairro

Populares

Cidade Favela da Rocinha

UF

Telefone 396804634

Email

CEP 58884-000

## Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Lider DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

## 3. COBERTURA SOLICITADA

 INVALIDEZ PERMANENTE DESPESAS MÉDICASAtenção! → Preencha com  Para documentação entregue

## 4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: 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).
- Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários. (modelo no balcão de atendimento).

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).
- Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).
- Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 13/03/2013

Nome Francisco de Alencar Costa

Identidade 2594110

Assinatura do Portador

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data 13/03/2013

 Recebi os documentos assinalados

Nome José Waldemir Ferreira

Matrícula Correios 84788348

Assinatura do Atendente





103513052813 266791 2011-07-07 00:00:00 +

(1d)



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
8ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º

0144

N.º Fis

11.

Livro N.º

01/2013

B.O. Sob a responsabilidade do Delegado de Polícia SILVIA ALENCAR CARVALHO GOMES

NAT. DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito

LOCAL: Av. Ministro José Américo, Corrente, Catolé do Rocha-PB

HORA: 13:00 DATA DA OCORRÊNCIA: 20/10/2012

FORMA DA COMUNICAÇÃO: Verbal

**NOTICIANTE**

NOME:	FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA	ALCUNHA:	ASSIS
IDADE:	32	ESTADO CIVIL:	Soteldo
SEXO:	Masculino	NACIONALIDADE:	Catolé do Rocha-PB
COR:	branco	PROFISSÃO:	Carpinteiro
FILIAÇÃO:	Alberto Gonçalves da Costa e de Dalvina Maria da Conceição	DOC. DE ID.	2594119 SSP PB
END.:	Rua Anacleto Rocha, q 1, L. 10, Padre Pedro Serrão	CIDADE:	Catolé do Rocha-PB
TELEFONE:	(83) 9680-4634		

**HISTÓRICO:**

Afirma o comunicante QUE no dia, local e hora acima citados, estava conduzindo uma motocicleta HONDA NXR150, Placa OFZ 8830/PB, chassi 9C2KD0550R030075, preta, licenciado em nome de JOSÉ ROBERTO FEITOSA DE SOUSA; QUE estava indo sentido centro, quando um veículo não identificado o fechou, fazendo-o desequilibrar da motocicleta e cair ao solo; QUE foi sozinho para ser atendido no Hospital Regional de Catolé do Rocha-PB; QUE ficou com lesões físicas em decorrência deste acidente, solicitando a expedição do Boletim de Ocorrência, para as medidas legais cabíveis. E nada mais disse.

**OBS: ESTE DOCUMENTO TEM A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS APÓS A DATA DA SUA EXPEDIÇÃO.**

O Comunicante está cientificado das imputações culminadas nos artigos 299 e 340 do CPB.

Catolé do Rocha-PB, 25 de fevereiro de 2013

Assinatura do Noticiante

Tiago de Sá Vieira de Melo  
Agente de Investigação - Policia Civil

Assinatura do Policial Civil

**DISQUE DENÚNCIA - 197 - SUA ARMA DE COMBATE AO CRIME - LIGAÇÃO ANÔNIMA E SIGILOSA**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

\*1004026\*



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Serviço Notarial - Catolé do Rocha-PB  
Autentico esta fotocópia reprodução fiel do  
original que me foi apresentado. Dau fé.

13-03-13

Serventuário \_\_\_\_\_

- Terezinha Saldanha Suassuna - Taboletá  
 Rosember Suassuna Saldanha - Substituta  
 Jandirson Alves de Lima - Esc. Autorizado  
 Evandro Abílio Freires - Esc. Autorizado

①

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Francisco de Assis da Costa, portador da carteira de identidade nº 2594719 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039 006.034-80, residente e domiciliado na Rua Projetaor Ad 110 70-511, Cidade Catolé do Rocha, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

**CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML**

\*1004029\*



X Francisco de Assis da Costa

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Catolé do Rocha - PB 11/04/2013

Local e data

09124 16/04/2013 085774 253 90720 30279 22823

2



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
8º DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE CATOLÉ DO ROCHA



CERTIDÃO

A requerimento verbal de pessoa interessada, e em razão do meu ofício, certifico que nesta localidade de Catolé do Rocha-PB, não existe unidade do Instituto de Medicina Legal -IML ou IPC. Podendo se encontrar uma unidade do Instituto de Policia Cientifica, mais próxima na cidade de Patos-PB.

Thiago de Sá Vieira de Melo  
Agente de Investigação Policial Civil  
Mat. 164367-5

Catolé do Rocha-PB, 11 de abril de 2013

09:24 16/04/2013 385775 XIX X REC0037625 39257

(3)

ALBERTO GONCALVES COSTA  
RUA PROJETADA, S/Nº 00118 - PR PEDRO SERRA  
CATÓLE DO RODAIA/PB CEP 53080-000 (40-245)

energisa

Class: RESIDENCIAL MONOFÁSICO - BR  
Número: 0-245-55-7280 Referência Jan/2013  
NP: 00000792782 Término: 08/2013

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA  
S-200, km 25 - Cidade Reitoria - João Pessoa/PB - CE 58051-000  
CNPJ 05.026.100/0001-48 - INSC Est. 16.015.823-0  
Endereço: Centro de Energia Elétrica - PB 50001-00000  
Código para o Distrito Autônomo: 000002100792

GRANDE VALOR INSCRIÇÃO: 0800 088 0196

RESERVADO AO FISCO

8711 3825 6971 6964 8144 8,56 2013-01-08

Referência: 5/210029-5

5/210029-5

Jan / 2013

Mês/Ano - Referência

Tarifa Social de Energia Elétrica - FSE II (atualizada em 16/02/2013, de 26 de fevereiro de 2002)

16/01/2013

Referência: 5/210029-5

COMPROMISSANTE DE RESIDÊNCIA

1004040

16/02/2013

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 11/01/2013 PAGAS  
GERADOI

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

16/01/2013

16/02/2013

## **DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Franzisco de Assis da Costa,

RG nº 2594179, data de expedição 02/09/98 Órgão SSP-PB

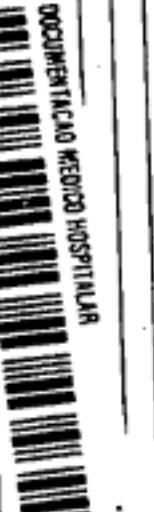
CPF nº 039.006.034-80 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Projacada</u>
Número	<u>S/N - quadra 1 / lote 10</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>P. Pedro Serrão</u>
Cidade	<u>Catolé do Rocha</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58884-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9680-4634</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Catolé do Rocha - 17/04/2013

Assinatura do Declarante: x Francisco de Assis da Costa

 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>  <b>SUS</b>		<b>ESTADO DA PARAÍBA</b> <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b> <b>HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS</b> <b>SUS</b>	
<b>Entidade Prestadora do Atendimento:</b> _____			
<b>Código da Unidade:</b> 2592460 <b>CNPJ:</b> _____	<b>Nome:</b> HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS <b>Bairro:</b> BATALHÃO <b>Rua:</b> CASTELO BRANCO, 349 <b>Município:</b> CATOLÉ DO ROCHA <b>Estado:</b> PARÁ <b>UF:</b> PA		
<b>Endereço:</b> _____ <b>Município:</b> _____ <b>Estado:</b> _____	<b>Nome:</b> FERNANDO GOMES DA ROCHA <b>Idade:</b> 31 <b>Profissão:</b> Encarregado de Serviços <b>Documento:</b> 25 94 799 500-0 <b>Ente de Saúde:</b> HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS <b>Endereço:</b> RUA CASTELO BRANCO, 349 <b>Município:</b> CATOLÉ DO ROCHA <b>UF:</b> PB <b>Código IGE Município:</b> 2504306 <b>Data de Nascimento:</b> 18/12/1972	<b>Raça / Cor:</b> _____ <b>Sexo:</b> _____ <b>Estado Civil:</b> _____ <b>Profissão:</b> _____ <b>Documentos:</b> _____ <b>Endereço:</b> _____ <b>Município:</b> _____ <b>UF:</b> _____ <b>Cidade do Regimento:</b> 20 110 112	<b>Nome:</b> FERNANDO GOMES DA ROCHA <b>Idade:</b> 31 <b>Profissão:</b> Encarregado de Serviços <b>Documento:</b> 25 94 799 500-0 <b>Ente de Saúde:</b> HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS <b>Endereço:</b> RUA CASTELO BRANCO, 349 <b>Município:</b> CATOLÉ DO ROCHA <b>UF:</b> PB <b>Código IGE Município:</b> 2504306 <b>Data de Nascimento:</b> 18/12/1972
<b>Exames realizados na unidade (Tipos):</b> _____    		<b>Resultados:</b> _____   	
<b>Natureza do Consulta:</b> _____  <input type="checkbox"/> Consulta simples <input type="checkbox"/> Consulto com medicamento <input type="checkbox"/> Consulto com remédio <input type="checkbox"/> Consulta com orientação <input type="checkbox"/> Consulta Ortopédica <input type="checkbox"/> Consulta de Enfermagem			
<b>Caráter do Atendimento:</b> _____  <input checked="" type="radio"/> 01 - Elenco <input type="radio"/> 02 - Urgência <input type="radio"/> 03 - Acidente no local de trabalho ou o serviço da empresa <input type="radio"/> 04 - Acidente no trajeto para o trabalho <input type="radio"/> 05 - Outras razões de incidente de trabalho			

## **RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

*Name:* Francine Diassis da Costa

*Leito:*

SINAIS VITAIS



# ORTOPÉDICO

## CLÍNICA ORTOPÉDICA

Rua Venâncio Melo, 283 - Centro - CEP: 58804-000 - Catolé do Rocha - PB  
(83) 3441.1195 / 9850.0161  
Rua José Fagundes Lira, 02 - São João - 58802-160 - Senador - PB  
(83) 3522.2010 / 9850.0161  
e-mail: clinicaortopedica@bol.com.br

### RECEITUÁRIO

#### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins  
que o(a) senhor(a) FRANCISCO DE  
ASSIS DA COSTA é portador(a)  
SEQUELAS DE FRATURA DE PUNHO  
ESQUERDO devido a ACIDENTE COM MOTO  
submetido ao tratamento CONSERVADOR  
evoluindo com dores com limitação  
funcional de 60%. E encontra-se de  
alta da ortopedia e traumatologia.

CID10: V234/Y850/S525/T923

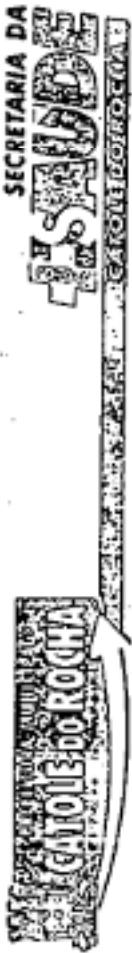
Catolé do Rocha, 27/12/13 113

Angelo N. Wademyr Filho  
Médico e Traumatologista  
CAB/PG 633

Médico

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Serviço Notarial - Católico do Rocha - PB  
Autenticação de fidedignidade feita no dia 16  
original que me foi apresentado. Dous (2)  
13-06-13

Serventuário: Terezinha Suassuna - Terezinha  
 Tenente Saldanha Suassuna Substituto  
 Rosine de Suassuna Suassuna Substituto  
 Jardim das Flores de Lira - Esc. Autenticada  
 Endereço Abertas Freitas - Esc. Autenticada



## CENTRO DE SAÚDE

Sr.(a): Fábio da Silva So.

## RECEITUÁRIO

Paguei a sua de R\$ 100,00  
de um fo. Amava seu meu ho  
de dia e o dia que é dia de  
de R\$ 100,00 (cem reais)  
e houve de se fazer para ele  
que fui a ferir da ferida  
(tive que ser feita).

Tenham bo proveito e  
fui tomar o meu fio.

Dr. Andri Farias de Andrade  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PB 5893 / TEO: 11419  
GNS: 2842899999999999  
Professional

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Serviço Notarial - Católio do Rocha - PB  
Autentico ésta fotocópia reprodução fiel. Jo  
dirigiu que me foi apresentado. Dou fé  
13-03-13  
X  
Serventuário: Yvesciane Silvânia Siqueira - Iaboli  
Residuo: Yvesciane Silvânia Siqueira - São José  
Jardim: Alevis de Lima - Faz. Andrade  
Endereço: Almeida Freitas - Euc. Andrade

20/10/12



# ORTOMED

## CLÍNICA ORTOPÉDICA

Convênios com CAMED, CORREIOS, UNIMED, CASSI, FUNASA

Nome: FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA  
Data de Nascimento: 18/12/1980  
Catolé do Rocha, 27/02/2013.

### LAUDO RADIOLÓGICO

#### PUNHO ESQUERDO AP/P

- Presença de consolidação óssea em punho esquerdo;
- Desvio dorsal do rádio distal com encurtamento;
- Diminuição dos espaços articulares;
- Partes moles sem alterações significativas;

HD:

✓ SEQUELAS DE FRATURA DE PUNHO ESQUERDO



**DINALDO MEDEIROS WANDERLEY FILHO**  
Membro da Sociedade Brasileira de Densitometria Óssea  
CRM: 6338

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Serviço Notarial - Catolé do Rocha-PB  
Este é o original que me foi apresentado. Dou fé.

13-03-13

Serventuário: \_\_\_\_\_  
 Terezinha Salesinha Suassuna - Titular  
 Rosember Suassuna Salesinha - Substituta  
 Anderson Alves de Lima - Esc. Autenticado  
 Evandro Abílio Freitas - Esc. Autenticado

*Nota: este é um exame complementar, portanto os resultados aqui apresentados devem ser analisados em conjunto com os demais aspectos clínicos e laboratoriais constantes na história médica do cliente, sua análise e valorização são de responsabilidade do médico assistente*



# ORTOMED

## CLÍNICA ORTOPÉDICA

Convênios com CAMED, CORREIOS, UNIMED, CASSI, FUNASA

Nome: FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA  
Data de Nascimento: 18/12/1980  
Catolé do Rocha, 27/02/2013.

### LAUDO RADIOLÓGICO

#### OMBRO ESQUERDO AP/P

- Presença de consolidação óssea em clavícula esquerda;
- Espaços articulares preservados;
- Presença de implantes ortopédicos;
- Partes moles sem alterações significativas;

HD:

#### ✓ FRATURA CONSOLIDADA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

**DINALDO MEDEIROS WANDERLEY FILHO**  
Membro da Sociedade Brasileira de Densitometria Óssea  
CRM: 6338

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO /  
Serviço Notarial - Catolé do Rocha-PB  
Autentico esta fotocópia reprodução feita do original que me foi apresentado. Dou fé.  
13-03-13

Serventuário \_\_\_\_\_  
 Terezinha Salles Sássama - Tabeliã  
 Rosenira Suassuna Salles - Substituta  
 Jandirson Alves da Lima - Esc. Autorizada  
 Evandro Abílio Freire - Esc. Autorizado

*Nota: este é um exame complementar, portanto os resultados aqui apresentados devem ser analisados em conjunto com os demais aspectos clínicos e laboratoriais constantes na história médica do cliente, sua análise e valorização são de responsabilidade do médico assistente.*

(8)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-906



> Economica de Assis da Costa  
Assinatura do Titular

CARTERA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL  
REGISTRO GERAL  
NOME: FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA  
Alberto Gonçalves da Costa  
Filho(a) Dalvina Maria da Costa  
Cidade: Catolé do Rocha-PB Data: 25/12/1993  
Sexo: Mas. Nasc. 10.457, Fls. 272, Liv. 10,  
Cart. de Catolé do Rocha-PB  
Assinatura do Titular  
Assinatura do Oficial  
LEI Nº 11.500 DE 1997  
Data de Emissão: 10/01/2000

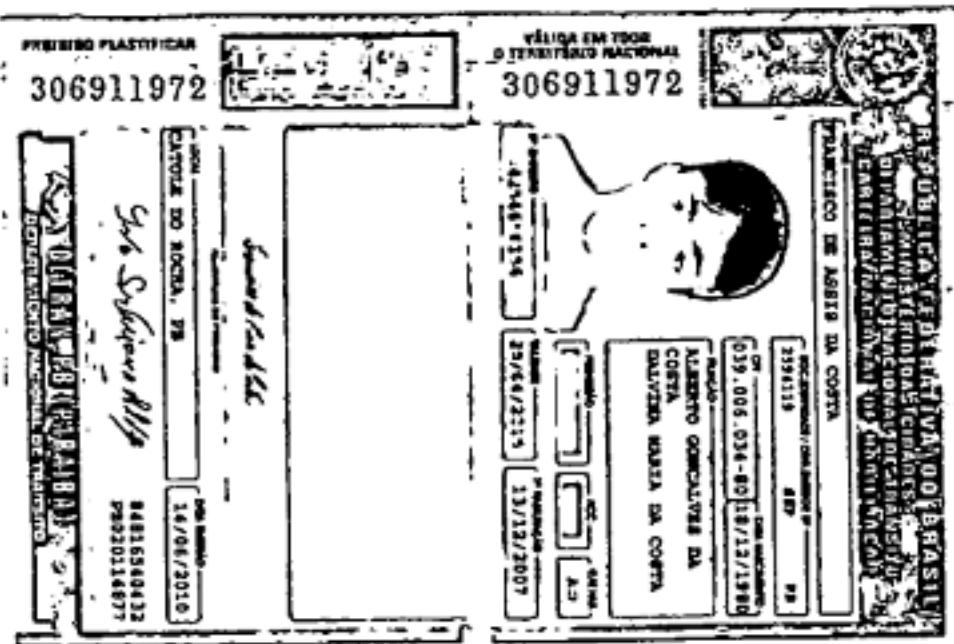
DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



1955 1963 2003 0655761 9556 200303 200303

(9)



10



## Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 039.006.034-80

Nome da Pessoa Física: FRANCISCO DE ASSIS DA COSTA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 08:49:16 do dia 21/03/2013 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: D6DC.2BD2.F1D9.2B49

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013169483

**Cidade:** Catolé do Rocha

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** FRANCISCO DE  
ASSIS DA COSTA

**Data do acidente:** 20/10/2012

**Emissor do  
parecer:** José Artur  
Fialho  
Amorim

**Seguradora:** COMPREV  
SEGURADORA S/A

**Prestadora:** AMORIM E MATTOS  
SERVIÇOS MÉDICOS  
ESPECIALIZADOS LT

**CRM do médico:** 314742

### PARECER

**Data da análise:** 27/04/2013

**Valorização do  
IML:**

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Resultados  
terapêuticos:** DEBILIDADE

**Sequelas  
permanentes:** LIMITAÇÃO DO PUNHO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** PUNHO 50%

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 9.450,00

**Médico avaliador:** ARTUR

**UF do CRM do  
médico:** RJ

### DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	50

**Valor avaliado:** 1.687,50