

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2017

Carta nº: 11410345

A/C: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170412919 ASL-0282773/17
Vítima: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA
Data Acidente: 10/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta nº: 11416222

A/C: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

Sinistro: 3170412919 ASL-0282773/17
Vítima: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA
Data Acidente: 10/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2017

Carta nº: 11521527

A/C: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

Sinistro: 3170412919 ASL-0282773/17
Vítima: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA
Data Acidente: 10/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11584004

A/C: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

Sinistro: 3170412919 ASL-0282773/17
Vítima: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA
Data Acidente: 10/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000003141-0

Conta: 000009906-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Eliverton Luiz de MesquitaPORTADOR(A) DO RG Nº 96430EXPEDIDO POR DRET IPBEM 05/09/2017CPF 05023847426 /CNPJPROFISSÃO Recusou

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Eliverton Luiz de Mesquita AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00; • Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelada (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito; • Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3141-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0009906-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita 19 de julho de 2017

LOCAL E DATA

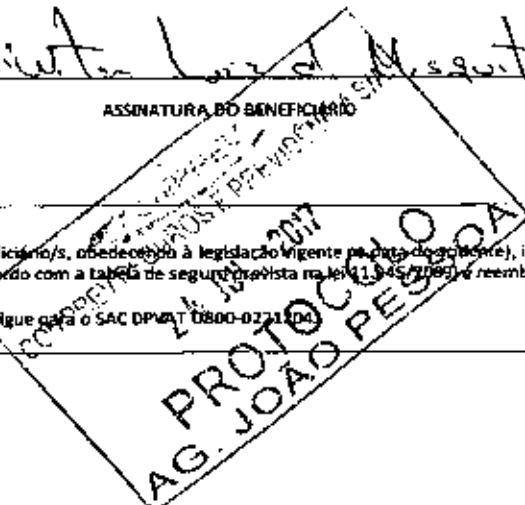
Eliverton Luiz de Mesquita

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do sinistro), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguradora prevista no Lei 1.345/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271100.



BRABESCO

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
TRANSFERENCIA PARA OUTRA AGENCIA

DATA: 26/04/2017

HORA: 11:43H

FAVORECIDO: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA
AGENCIA: 3141-0 CONTA: 0009906-6

DEPOSITANTE: O PROPRIO FAVORECIDO

AB. ACD. HEDORA: 1061 N. SEQ: 00306 TERM: 102 AUT: 046

VALOR EM DINHEIRO:

24 JUL 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 03796.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03796.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 12 dias do mês de Setembro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigação, às 11:52 horas, compareceu **ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão ANALISTA DE MANUTENÇÃO, naturalidade Santa Rita, data de nascimento 09 de Março de 1985, idade 31, filiação SANDILEUZA MARTINS DE MESQUITA e ELIEZER LUIZ DE MESQUITA, Documento - CPF: 050.238.774-26, residente R. UMBUZEIRO, 125, TIBIRI II, na cidade de Santa Rita/PB, telefone (83) 98615-8254

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Boletim de ocorrência



Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 10/08/14 04:30

Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)

Local do Fato: [NÃO INFORMADO], João Pessoa - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 10/08/2014, por volta das 04:30 horas, quando ia de carona no veículo de marca FIAT/PUNTO ELX 1.4, de cor Preta, ano 2009/2010, placa - NQD8290/PB, CHASSI: 9BD118121A1098473, Registrado em nome de CLAUDIO REGIS NATOS DE SOUZA, e conduzido por Claudio Regis Natos de Souza, pela AV: Epitácio Pessoa- Bairro da Torre, nesta capital, quando o condutor do referido veículo atingiu outro veículo, vindo a capotar, e em decorrência desse fato o notificante sofreu: FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA, Sendo socorrido e conduzido pelo Samu, para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 12 de Setembro de 2016

ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

Notificante

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO

Agente De Investigação

24 JUL 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Elvendon Luiz de Mesquita

portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o

nº 050.238.444-26 residente e domiciliado na Rua Umbuzeiro

125 - Tibiriri II

Cidade Santa Rita, 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

(X) 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 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.

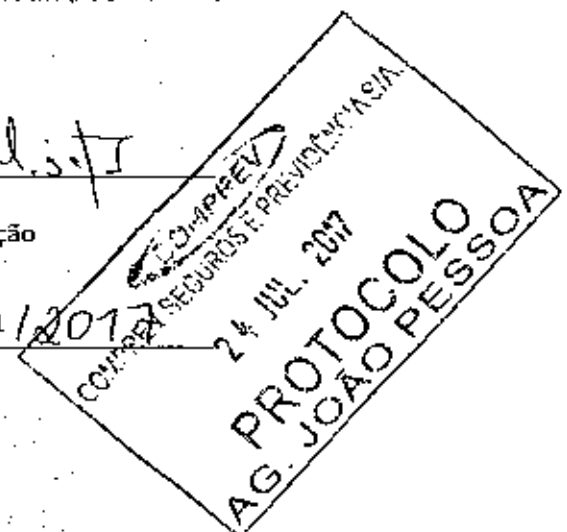
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Elvendon Luiz de Mesquita

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Rita PB - 19/07/2017

Local e data





**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

(ATO DE ATENDIMENTO MEDICAMENTOSO)
DECLARATÓRIO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 609/068, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 399198, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ELI WERTON LUIZ DE MESQUITA** idade 27 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Capotamento)** no dia 09/08/2014, na Av. Epitácio Pessoa, Bairro: Expedicionários - João Pessoa - aproximadamente às 05:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 23 de Setembro de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Enfermeiro
CREPS nº 1017

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03141-0

CONTA: 000000009906-6

Nr. Autenticação

BRDESCO3008201705000000000023703141000000009906135000 PAGO



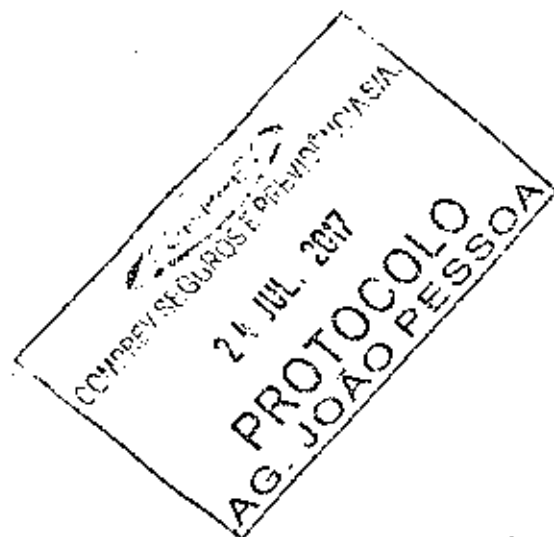
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Eliwerton Luiz de MesquitaRG nº 96430, data de expedição 05/04/2009 Órgão DRT/PB

CPF nº 05023844-26 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Umbuzeiro</u>
Número	<u>125</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>TIBIRI</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58300-970</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 986158254 - (83) 987085151</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita PB - 19/07/2017Assinatura do Declarante: x Eliwerton Luiz de Mesquita



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Clime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.054/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

6899331

REFERENCIA

MAI/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERV. COS

SANDILEUZA M DE MESQUITA

RUA UMBUZEIRO 125

MUNICÍPIO:

58300-970

SANTA RITA.

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
003.08.055.0077	0	1	0	0	0	6899331
Hidrometro Y04X066785	Data de Instalação 25/09/2004	Localização 4	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3) | NUM. DE DIAS | PROXIMA LEITURA

243 244 1 21 24/06/2017

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.

	3	42	PARÂMETROS	ANALIS.	CONFORMES
NOV/2016	3	42	COL. TOTAIS	79	120
DEZ/2016	3	42	CLORO	79	120
JAN/2017	3	42	COL. TERMOT	0	0
FEV/2017	3	42	TURBIDEZ	79	119
MAR/2017	3	42	COR	20	119
ABR/2017	3	42			
MEDIA(M)	3		DADOS REFERENTES A: MAR/2017		

DATA DA LEITURA: 26/05/2017 HORA DA LEITURA: 09:06:07

DESCRIÇÃO CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL (R\$)

RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m 10 36,4 R\$36,84

047-JUROS DE HORA R\$0,11

050-ACRESCIM(5) MES(ES) ANT. R\$0,73

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,41 PIS E COFINS: Lei 12.243/12

VENCIMENTO:

Total a Pagar:

07/06/2017

R\$37,68

v. 16.11 R. 1.0

DECLARAÇÃO DE LEITURA REALIZADA

DECLARAÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

Tipo de Tarifa: Normal

Posição de Deb. Anterior(es)

Não existe(n) conta(s) anter. em débito

INFORMAÇÕES GERAIS:

Em conformidade com art. 3 da Lei 12.207/2002, informamos que não há pendência ou fatura vencida para este mês.
Esta declaração substitui a comprovação das faturas pagas com vencimento até 31/12/2016.

24 JUN 2017
AC PROTOCOLO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Regis Matos de Souza

RG nº 04449936871, data de expedição 06/08/2014 Órgão Detran PB
 portador do CPF nº 070.617.004-08, com Domicílio na
 cidade de Santa Rita, no Estado de Pernambuco, onde
 resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Jörn. Tenso de Castro Tibini
 nº L104, complemento, Quadrado 1B, declaro, sob as penas da Lei, que
 o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
 ocorrido com a vítima Eliwerton Luiz de Mesquita
 cujo o condutor era Claudio Regis Matos de Souza

Veículo: Automóvel
 Ano: 2009/2010
 Modelo: Fict Ponto ELX 1.4
 Placa: NOD 0290/PB
 Chassi: 9B7118121A1098473
 Data do acidente: 10-08-2014

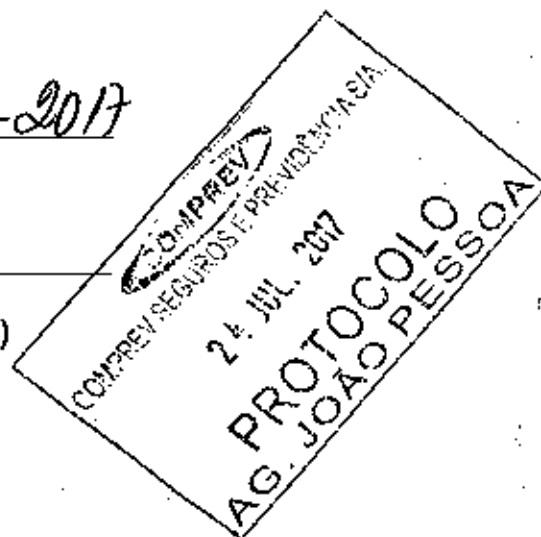
Local e data: Santa Rita PB 31-01-2017

x Claudio Regis Matos de Souza
 Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

DOURADO
DE AZEVEDO

x Claudio Regis Matos de Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



Secretaria Municipal de Registro
 DOURADO DE AZEVEDO

Rua 25 de Março, nº 27 - Centro
 CEP: 56300-150
 Fone/Fax: (83) 3229-2252
 Santa Rita - PB 51300-000
 C.N.I.T.: 06.508.626/0001-23

Reconheço, por autenticidade a verdadeiras, as (s) Firmas (s) de

CLAUDIO REGIS MATOS DE SOUZA

Em test. da verdade, Santa Rita-PB 31/01/2017 12:03:57

Cynthia Santos Coutinho - Substituta

[2017-000926]EMUL:R4 89,23 FAP:R4 0,00 PERJ:R4 1,85

SELO DIGITAL: AEB01828-11C8

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipo.pb.br>



Cynthia Santos Coutinho



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <u>Eliveston Luz de Moura</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:
Data de admissão:		Enf:	
Data da alta:		Leito:	
Diagnóstico inicial:		Data da alta: <u>18/08/14</u>	
Diagnóstico final:		(5026)	
Outros diagnósticos:			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe:			
Terapêutica medicamentosa:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologia:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
<u>Permite com fratura completa de man-</u> <u>díbula submetida a cirurgia para redução</u> <u>fixação da fratura</u>			
Dieta:		Orientações Pós Alta	
Repouso:			
relativo em casa por, _____ dias.			
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.			
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa:			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>18</u> de <u>08</u> de <u>14</u>			
Ass. Médico / CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



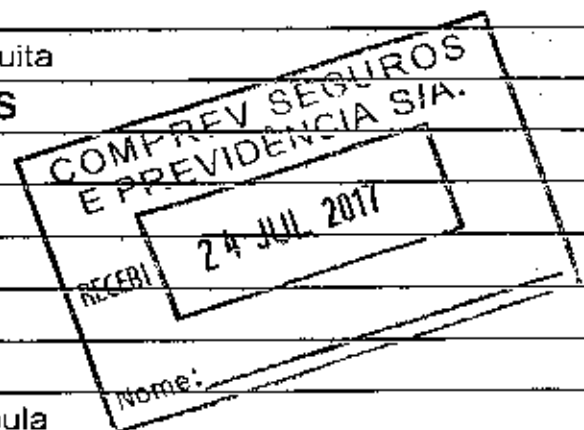
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Eliwerton Luiz de Mesquita
DATA DE NASCIMENTO 09/03/85
NOME DA MÃE Sandileuza Martins de Mesquita

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 82678
BOLETIM DE ENTRADA N.º 774390
DATA DO ATENDIMENTO 10/08/14
HORA DO ATENDIMENTO 05:14
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de automóvel
DIAGNÓSTICO (S) Fratura complexa de mandíbula
CID 10 S02.6



AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de acidente automobilístico (capotamento) refere perda transitória da consciência, glasgow 12, pupilas iso/foto, movimentação ativa de membros. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX crânio, coluna cervical, face, mandíbula.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura complexa de mandíbula

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula

ALTA HOSPITALAR: 18/08/14
DATA DA EMISSÃO: 24/10/14

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 96-430

Série 0002576

1. Oliveira Luis de Mesquita
/ ASSINATURA DO PORTADOR



Documentos de identificación



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Oliverton Luiz de Albuquerque

Loc. Name Santa Rita Est. PB Date 09/03/85

Filiação Diezer Luiz de Albuquerque

Doc. No. C. No. 33, 775. Ho. 39 L. 29

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão 05/07/02

DRT

Aboliver

Assinatura do Funcionário

Maria Sicione de Oliveira

Mat. 78.421-4



AL
(Co)

None.

Doc:

None..

Doc. ...

NOTE..

Doc. ...

• • • • •

.....

.....

Abstract

$\mathbf{A} = \begin{bmatrix} 1 & 2 & 3 \\ 2 & 3 & 4 \\ 3 & 4 & 5 \end{bmatrix}$

Doc.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEIVED

24 JUL 2017

None:

AL
COMPREV
24 JUL 2017
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
PROTOCOL
PE

24 JUL 2017
PROTOCOLO
LOAO PES

24 JUL 2017
PROCOLO
AG. JOAO PESSOA



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

CPF

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **050.238.774-26**

Nome: **ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA**

Data de Nascimento: **09/03/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/09/2001**

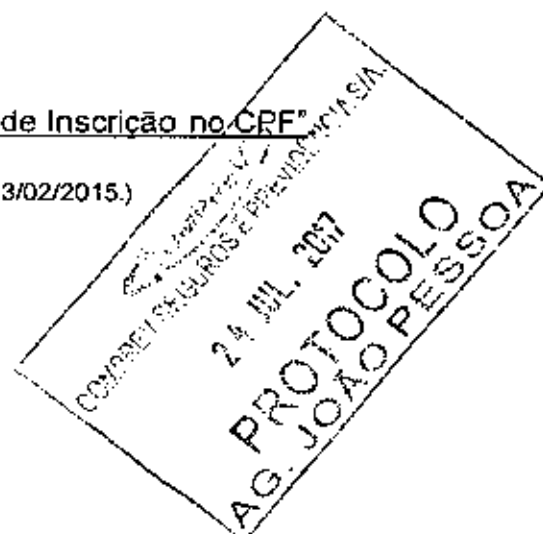
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:20:16** do dia **20/07/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **66E5.9679.73E2.8492**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170412919 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA **Data do acidente:** 10/08/2014 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA MANDÍBULA

Descrição do exame médico pericial: Pct entra deambulando, tem discreta assimetria na região mentoniana.

Pct tem 02 cicatrizes cirúrgica no ângulo da mandíbula, sendo uma a DIR e outra a ESQ. Tem 01 cicatriz cirúrgica transversa na região vestibular. Pct tem déficit de abertura bucal, com amplitude 3cm.

Resultados terapêuticos: Acredita que tem placas e parafusos em 03 regiões. Fez aproximadamente 03 meses de fisioterapia. No momento já está de alta, porém ainda tem déficit de abertura bucal.

Sequelas permanentes: Cranio-facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Não portava exames de imagem.

Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador.

Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Jocemir Paulino da Silva Junior

CRM do médico: 6979

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA** Sinistro: **3170412919** Data: **10/08/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA UMBUZEIRO, 125 - TIBIRI II - Santa Rita - PB - CEP 58300-970**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2869749**

Data local do exame: [**28/08/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DA MANDÍBULA . Pct entra deambulando, tem discreta assimetria na região mentoniana.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Pct tem 02 cicatrizes cirúrgica no ângulo da mandíbula, sendo uma a DIR e outra a ESQ. Tem 01 cicatriz cirúrgica transversa na região vestibular. Acredita que tem placas e parafusos em 03 regiões. Fez aproximadamente 03 meses de fisioterapia. No momento já está de alta, porém ainda tem déficit de abertura bucal.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Pct tem déficit de abertura bucal, com amplitude 3cm.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Face

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Não portava exames de imagem.

0910311985

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Eduardo Luiz de Mesquita

DATA DO ACIDENTE 12.08.2014 CPF DA VITIMA 05093844-86

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTECO COM A VITIMA E _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Umbuzeiro

Nº 125 COMPLEMENTO 1 BAIRRO Tirol II

CIDADE Santa Rita UF PB CEP 58300-930

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

Outras



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 CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, REFORHANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DE CORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) SAMU
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Deposito

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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 19/07/2017IDENTIDADE 96.430

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0282773/17
Vítima: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA
CPF: 050.238.774-26

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/08/2014
Titular do CPF: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA : 050.238.774-26

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.

Portador da documentação entregue

Data: 24/07/2017
Nome: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA
CPF/CNPJ: 050.238.774-26

ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/07/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170412919 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIWERTON LUIZ DE MESQUITA **Data do acidente:** 10/08/2014 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA MANDIBULAR

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: