

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: 28/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MACIEL SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000028394-6

Nr. da Autenticação 21C6930C3D21419E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639771 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.4/5/6/7_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

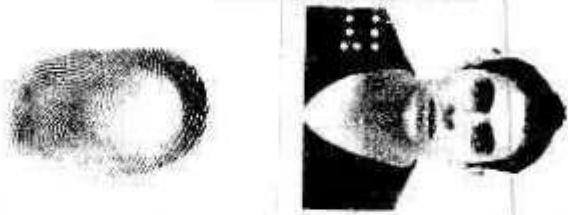
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-236



Maciel Silva dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.539.317 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/12/2012

NOME MACIEL SILVA DOS SANTOS

FILIAÇÃO LUIZ GERALDO DOS SANTOS
MARIA JOSÉ SILVA DOS SANTOS

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB DATA DE NASCIMENTO 30/11/1989

DOC. ORIGEM

NASC.N.017382 FLS.148 LIV.A/15A
CARTÓRIO ESPERANÇA-PB

079.260.864-08

Israel Aureliano da Silva Neto
ASSINATURA DO SEU TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO			
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO			
NOME: ALEXANDRA CESAR DUARTE			
		Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 2637718 SEXO: F DATA NASCIMENTO: 21/08/1982	
NOME COMPLETO: ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE NOME DE SOLTEIRO: MARCIA CESAR DUARTE			
Nº DE REGISTRO: 01851269660		DATA DE REGISTRO: 16/03/2013 DATA DE EXPIRAÇÃO: 29/06/2001	
ASSINATURA: <i>Alexandra Cesar Duarte</i> MARCA D'ÁGUA:			
LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA: 17/01/2014			
ASSINATURA DO REGISTRO: <i>Rodolfo Carneiro</i> Nº DE REGISTRO: 6588396744 Nº DE REGISTRO: 28027019595		Nº DE REGISTRO: 6588396744 Nº DE REGISTRO: 28027019595	

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PROBADO PLASTIFICAR
894056231

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639771 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.4/5/6/7_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Maciel Silva dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão ec. Reguladora, residente e domiciliado à Rua Santa Luzia, nº 110, bairro Renacer, Município de Coqueiros, Estado de(o) PR, Cep: 5830000, portador(a) do Rg nº 3.539.317, SSP/PR e CPF nº 079.260.864-03

Outorgado: Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Cent. Duha, nº 157, bairro Mamãe e Bebê, Município de Paul. Zumbi, Estado de(o) PR, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 262.7718, SSP/PR e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Maciel Silva dos Santos, ocorrido em 12/06/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza im validadez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

JP. 02, de setembro de 2019.

Selo
Serviço
Notarial

Maciel Silva dos Santos

Outorgante

CPF Nº 079.260.864-03

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

5070 - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR 1º OFÍCIO DE NOTAS - 2º TABELIONATO DE PROTESTOS
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
FRAÇÃO: 10% - C.B.O. - CEP: 30130-000
CNPJ: 08.908.000/0001-00

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2019-019820

Reconheço por autenticidade a firma de:

MACIEL SILVA DOS SANTOS

Deu fé, em testemunha da verdade, João Pessoa - PR, 02/09/2019 às 03:03
ENCL: 003.81 (P.F.); 001.00 (P.F.); 002.25 (S.S.); 000.00

SELO DIGITAL: A1238914-S535

Confirma autenticidade em nome: João Francisco da Silva

JOÃO FRANCISCO DA SILVA - ESCRIVÃO

5070 - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401223/19

Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS

CPF: 079.260.864-01

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 12/06/2019

Titular do CPF: MACIEL SILVA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MACIEL SILVA DOS SANTOS : 079.260.864-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639771

Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MACIEL SILVA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12785.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12785.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 10:11 horas do dia 05 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Maciel Silva dos Santos**, CPF nº 079.260.864-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico Em Refrigeração, filho(a) de Maria Jose Silva dos Santos e Luiz Geraldo dos Santos, natural de Esperança/PB, nascido(a) em 30/11/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Luzia, Nº 110, bairro Renascer, tendo como ponto de referência Iii, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98700-5521.

Dados do(s) Fatos:

Local: Proximidades da Praça do Caju, Praça do Caju, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/06/19 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

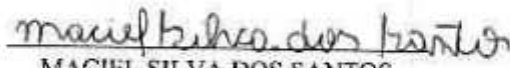
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 12/06/2019, POR VOLTA DAS 20:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA XRE DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFY-1424/PB, CHASSI 9C2ND01110HR007871, REGISTRADA EM NOME DE ROBERTO JOSE DOS SANTOS, NAS PROXIMIDADES DA PRAÇA DO CAJU, BESSA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO DEU RÉ NO VEICULO E COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE, ALEGANDO QUE PENSOU QUE SERIA UM ASSALTO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM 13/06/2019, 28/06/2019 E 13/07/2019, CONFORME CERTIDÃO 1682/2019 ASSINADA PELA MEDICA ROSSANA DE FATIMA ARAUJO BARBOSA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 05 de novembro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


MACIEL SILVA DOS SANTOS
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

079.260.864-03

Maíel Silva dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Maíel Silva dos Santos

6 - CPF:

079.260.864-03

7 - Profissão:

Revisor Informar

8 - Endereço:

Rua Santa Luzia

9 - Número:

110

10 - Complemento:

lota

11 - Bairro:

Remoer

12 - Cidade:

Cabedelo

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.100-003

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0729

CONTA:

28394

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) ao nascer?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Cabedelo - PB, 19/11/2019

Maíel Silva dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA
POUPANÇA

4392 6718 0369 9699

MACIEL SILVA DOS SANTOS
0729 013 00028394-6

10/24

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

VISA

Electron

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 237335 Atd: Nao Regula
Data: 12/06/2019
Hora: 21:23:15
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.06.001438

CNS: 898003229574992 Sexo: M IDENTIDADE: 3539317 Fone: 87728653

Natural: ESPERANCA/PB Data Nasc.: 30/11/1989 Id: 29 ano(s)

End.: RUA SAO SEBASTIAO, 350

Bairro: RENASCER Cidade: CABEDELO UF: PB

Mae: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS

Pai: LUIZ GERALDO DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: TECNICO DE REFRIGERACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 87728653 / IDENTIDADE: 3539317

P: edencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violência por: NO BESSA/COND.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal: *21:30 # em UPA*

Observacao

COLISAO MOTO X CARRO. TRAUMA EM MIE

NEGA PANCADA EM CABECA, DESMAIO E VOMITO.

Paciente com historico de colisão moto x carro. Fugia um de capote de moto, vindo da parte da esquerda. Ruptura da pele no punho (E)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*A - VAPOR em cervicalgia B - MM VV em ancha HT em RS e - Hanchin
unilateral lateral D - fsgav 15 PIFR E - Fee em punho (E) + linfocari
menor ABD. midolan*

Diagnostico

Conduta

1. Rx punho (E) + torax (E)
2. Analgesia este punho
3. ACTS em UPA

Prescricao

Horario da medicacao

1. IAT 01 sup 1h - Omeprazol por 24
2. Cetoprofeno 100mg + SF 99, 100mg 12h, Agora - 2 FALA
3. Digoxina 0,5g + ADIV, Agora

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM PB 7373

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM PB 7373

ONTOGEN

HD: FX EXPOSTA OSSOS DO BOM

CD:

A O BLOCO CIRURGIA: V1

T10

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Dr Yury Cerdas
CRM-PR: 11501

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

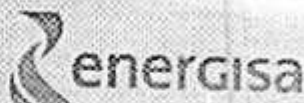
☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UT
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SV

Rafaela Bezerra dos Santos

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo

MARIA DA GLORIA BEZERRA DA SILVA
RUA SANTA LUIZA, 110 - REMASCER
CASSIDULO / PECOP 5910000 (AG. 1)



Ligação: MONOFÁSICO
Circ. Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL BAIXA RENDA
Roteiro: 17 / 13 / 287 / 2800 Referência: Ago / 2019
Medidor: 07001437267 Emissão: 27/08/2019

ENERGISA PARAIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-239 / Km 25 - Córrego Piedade - João Pessoa / PB - CEP: 51011-900
CNPJ: 08.995.182/0001-40 - Insc. Est. 15.015.323-0

Nota Fiscal / Contas de Energia: Emissão 17/09/2019 046
Cód. para Débito Automático: 00002306382

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Ago / 2019	27/08/2019	26/09/2019	753.381.304-91 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):	5/230528-2
---------------------------	------------

Canal de contato

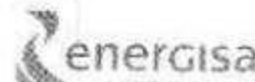
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei
nº 10.478 de 26 de abril de 2002
- Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Seja mais em
saúde.gov.br/vacinaBrasil

BOLETO PARA PAGAMENTO

Descontado para valor fiscal

Exibido para o valor da conta

Boleto para pagamento da energia elétrica de energia elétrica Nº 032.983.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.023-0

NOME DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02

JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	21/10/2019	214	28/10/2019	R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	001371069201910	28/10/2019	R\$ 183,53	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Bersan Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maícel Silva dos Santos inscrito (a) no CPF sob o nº 079.260.864 / 01

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade na Vítima Maícel Silva dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o nº 079.260.864 / 01 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Grammaheira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB, 13/11/2013

Alexandrina Bersan Duarte
Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 1682/2019

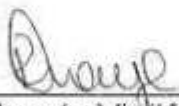
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº237335 e Prontuário Nº 2019.06.1438 pertencentes ao paciente **MACIEL SILVA DOS SANTOS** foi atendido dia 12/06/2019 às 21h23min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/06/2019, 28/06/2019 e 13/07/2019. Com alta médica dia 13/07/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 Outubro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 12/06/19

Nome: MACIEL SILVA DOS SANTOS
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____

OPD: FEMINHO EM PENNA (C)

HDA: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FEMINHO
EM PENNA (C)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Soluço ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taip

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: FX exposta ossos PA pulmão

Conduta: Trt cirúrgico

Dr. Yuri C. Leite

Dr. Carvalho



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Mauro Silva dos Santos</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>13/07/13</u>	Cirurgião: <u>Dr. Tenório dos Filhos</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Ex. espontânea de fêmur (E) + fêmur (E)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Ex. espontânea de fêmur (E) + fêmur (E)</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Pro. cirúrgico de fêmur</u> <u>(pro. de desbridamento por retirada</u> <u>de fratura extensa)</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Tenório dos Filhos
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 7616 / TEOD 15477 / RQE 5245

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pac. em DDM sob anestesia
Amplio + antiseptico em MDE
Apertar de campos estéril

Incisão:

longitudinal em região anterior de puna

Achados:

fx de tibia distal

Conduta:

Limpeza do fragmento ósseo
Redução da fratura
Apertar de parafuso interfragmentar
Fixação com placa 4,5mm bloqueada
parafusos

Fechamento: Sutura por planos
Curativo

OBS: Rx controle

Data: 13/07/22

Temístocles de
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 15311 (TOD. 1)

MÉDICO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>MARCEL SILVA DOS SANTOS</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>13/06/19</u>	Cirurgião: <u>Dr LAENCIO</u>			1º Assistente: <u>Dr YURY</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>FX EXPOSTA OSSOS DA PERNA @</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O MESMO.</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>LMC + FIXAÇÃO EXTERNO</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:	
1 () Sim					
2 (✓) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim					
2 (✓) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE em ODM SOB ANESTESIA
ASSEPSIA T. ANTISSEPSIA
A POSIÇÃO DE CAMPOS ESTERILIS

Incisão:

Achados: FX EXPOSTA OSSOS DA PERNA @

Conduta:

LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 99%
DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITELIZADO
A POSIÇÃO DE FIXAÇÃO EXTERNA Y PINOS S
02 BARRAS COM 8 CONEXÕES SOB ESCOR
LIMPEZA COM SF 99%
SUTURA DE PELE
CURATIVO
PA CONTROLE

Fechamento:

OBS:

INTERNAÇÃO P/ 2º TEMPO CIRURGICO

Data: 13.06.19

Dr. Yuri Sordetto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11537

MÉDICO/C

Nome: <i>MACIEL SILVA DOS SANTOS</i>				Registro:	
Idade: 29	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>28/06/2019</i>			Cirurgião: <i>ODILON</i>		
1º Assistente:			2º Assistente:		
Anestesista: <i>Dr Evelyn</i>			Instrumentador: <i>MARIA</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>FRATURA 1/3 DISTAL de perna ESQ</i>					<i>S82</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Retirada de material de sintese</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Retirada de FIXADOR EXTERNO

Achados:

HIPEREMIA NA PERNA E QUADRO INFECCIOSO NO TRAJETO DOS PINOS

Limpeza cirúrgica exastiva com sf 0,9%

Conduta:

CURATIVO

TAP A BOTA

Fechamento:

OBS:

Data: 28 / 06 / 2019

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedista / Dr. Joelma
CRM 6688 - TEOT 22957

MÉDICO/CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Dados do Paciente:

Prontuário: 2019.06.001438

Data de Cadastro: 12/06/2019 Nome: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Data de Nascimento: 30/11/1989 Sexo: Masculino

Naturalidade: ESPERANCA-PB

IDENTIDADE: 3639317

Telefone: 87728653

Mãe: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS

UF: PB Cidade: CABEDELO Bairro: RENASCER

Pai: LUIZ GERALDO DOS SANTOS

Rua: RUA SAO SEBASTIAO,350 CEP: 58108212

Atendimentos:

Ficha: 237336

Data/Hora Cadastro: 12/06/2019 21:23:15

Unidade: ORTOTRAUMA

Clinica: CIRURGICA

Regulado: NÃO Número do Boleto: NÃO CONSTA

Ocupação: TECNICO DE REFRIGERACAO

Transporte: SAMU

Acidente: COLISAO CARRO X MOTO

Comunicado a Polícia: NÃO Local Procedência: RUA Complemento:

Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA FARIA

Violência: NO BESSA/COND.



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Marcil Silveira dos Santos</u>		PROFISSIONAL: _____	
END: _____	SEXO: _____	CIDADA: _____	END: _____
DATA DE ADMISSÃO: <u>12/06/19</u>		DATA DE ALTA: <u>13/07/19</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: _____		CID: _____	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>VX. DE TIBIA (C) + FIBULA (C)</u>		CID: <u>582.2</u>	
TRATAMENTO PRESCRITO: _____		CID: _____	
PRINCÍPIO DE EXAMES: <u>RX</u>		CID: _____	
CIRURGIA REALIZADA: <u>Fix. cirúrgico de fr. da tíbia (C) + fíbula (C)</u>		CID: _____	
EXAT. MÉDICA MEDICAMENTOSA: _____		CID: _____	
EXAT. PATOLÓGICA: _____		CID: _____	
INFEÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO: _____		CID: _____	
EVOLUÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO		CID: _____	

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA - COMPLICAÇÕES)

Pol. submetida a fix. cirúrgico de fr. de
tíbia (C) + fíbula (C) com melhoras clínicas

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre

REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: _____

RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr. Temístocles em 30 dias para revisão.

13/07/19
DATA

Temístocles de A. R. Rêgo
ASS. MÉDICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB. 7818/1507.15747 RQE 5248

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