
Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428568

Vítima: JOSE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 12/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MARIA DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428568

Vítima: JOSE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 12/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARIA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE MARIA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000004823**

Conta: **0000015726-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 072.573.194-05 CPF da vítima: 072.573.194-05 Nome completo da vítima: José Maria da Silva

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

Nome completo: José Maria da Silva CPF: 072.573.194-05

Profissão: Recusado Endereço: Rua Maria Carneiro dos Santos, 30 Número: 30 Complemento:

Bairro: João Paulo II Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58076-700

E-mail: Tel (DDD): (83) 9866349100

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4823 CONTA: 15726

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 do 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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou esposa? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Maria da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

15 Jul 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07381.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07381.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:34 horas do dia 04 de julho 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **José Maria da Silva**, conhecido(a) por José, CPF nº 072.573.194-05, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Conferente, filho (a) de Eliete Inacio da Silva Rodrigues e Gercino Estevão Rodrigues, natural de Itambe/PE, nascido(a) em 19/02/1974 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Abdias Genuino de Lima, Nº 77, bairro João Paulo II, tendo como ponto de referência Colegio Costa e Silva, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98878-9585.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Valdemar Galdino Naziazeno, Próximo a Central de Polícia, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/01/19 14:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

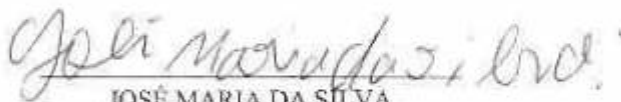
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 12/01/2019 por volta das 14:00 horas quando transitava, pelo Av. Valdemar Galdino Naziazeno; Geisel, João Pessoa-PB, nas imediações da Central de Polícia, com o veículo tipo HONDA/CG 160 TITAN EX ano e modelo: 2016/2016, de cor preta de placa: QFB7074/PB CHASSI: 9C2KC2210CGR037295 pertencente ao Sra. Maria José Bezerra de Oliveira; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi atingido por um veículo não identificado/evadiu-se do local que vinha na contra-mão; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido por terceiros para O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0872/2019, FRATURA DO MALÉOLO ESQUERDO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA CRM/PB 2959.

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 fé.

João Pessoa/PB, 04 de julho de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


JOSÉ MARIA DA SILVA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 072.573.194-05 CPF da vítima: 072.573.194-05 Nome completo da vítima: José Maria da Silva

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

Nome completo: José Maria da Silva CPF: 072.573.194-05

Profissão: Recusado Endereço: Rua Maria Carneiro dos Santos, 30 Número: 30 Complemento:

Bairro: João Paulo II Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58076-700

E-mail: Tel (DDD): (83) 9866349100

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4823 CONTA: 15726

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 do 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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou esposa(o) ou parceiro(a)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Ficha Nr: 197051 Atd: Nao Regular
Data: 12/01/2019
Hora: 15:41:33
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOUREI
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE MARIA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.01.001348

CNS: 124043492540000 Sexo: M IDENTIDADE: 3164424 Fone: 987568801

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/02/1974 Id: 44 ano(s)

End.: RUA MARIA CARNEIRO DOS SANTOS, 30

Bairro: JOAO PAULO II Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ELIETE INACIO DA SILVA RODRIGUES

Pai: GERCINO ESTEVAO RODRIGUES

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AJUDANTE DE CAMINHAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE MARIA DA SILVA

Tr. Doc. Responsavel: 987568801 / IDENTIDADE: 3164424

Localidade: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO HJE SENDO COND

Vitima de violência por: PROX DE CASA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

NEGA DESMAIO SIG

Q. x Principal

PA. ANTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO COM
ESCORIAÇOES

COMPREV PREVIDENCIA S/A
15 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de colisão moto x carro. Nega dor ou
trauma crônico. Nega vômito. Sem queixas torácicas
ou abdominais. Anestesia esquiática em MIE. Limite da
perna e.

Diagnóstico

Lesão de estiramento PTE.

Conduta

1. Rx de Tornozelo AP e

Perfil

2. Rx de PTE AP e Oblíquo

Prescrição

Tratamento fisioterapêutico

Horário da medicação

3. Medicação analgésica

4. Avaliação da marcha

#Outopecho#

Em tempo: RX + RX ES: Rx limbolesu ES

Rx coto ES: Sem Suis de Rx de licoan.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

CO= T6/Interna 8/TT0 curio

Dr. João Paulo Prim
Ortopedista/Traumatologista
CRM 8848/TEOT 155

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ordem	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucão
-------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Acostado [] SVC

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo d

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: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000015726-8

Nr. da Autenticação 38D08353FB305A7E

CONTA DE CONSUMO DE AGUA E ESGOTO E SERVIÇOS

NATANALI FELICIANO DA SILVA

RUA MARIA CARNEIRO DOS SANTOS, 30 - JOAO PAULO II

JOAO PESSOA PB 58070-700

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.025.027.0164.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
A01A414396	10/05/2002	EXTERIOR LIGADO	POTENCIAL				
ANTERIOR - ATUAL - CONSUMO (M3) - NUM DE DIAS - PROXIMA LETURA							
1111	1111	2	28		10/07/2019		
HIST. COM. ANOR. 1111 - QUALID. AGUA-MEIO NO PORT. 05/2012 DE							
MAR/2019	2	30	PARÂMETROS EXIG.		ANALIS.		CONFORMES
ABR/2019	2	30	TURBIDEZ		0	0	0
MAR/2019	2	30	CLORO		0	0	0
FEV/2019	2	30	COL. THERMOT		0	0	0
JAN/2019	2	30	COR		0	0	0
DEZ/2018	2	30	COL. TOTAIS		0	0	0
MEDIA(M3)			DADOS REFERENTES A ABR/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 11/06/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:47:43

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL - UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

2 M3

32,91

ESGOTO

COPIA

15 JUL 2019

AG 10

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria José Bezerra de Oliveira,
RG nº 2.486.204, data de expedição 09/03/2015
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 060.997.834-90 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Maria Carmo das Neves nº 30,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE MARIA DA SILVA cujo o condutor era
JOSE MARIA DA SILVA.

Veículo: Honda 160
Modelo: 160 T Fan 16
Ano: 2016
Placa: UFH 7074
Chassi: 9E2KE2210GR037295
Data do Acidente: 12/01/2019
Local e Data: João Pessoa, 12/01/2019

Maria José Bezerra de Oliveira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a Firma de MARIA JOSE

BEZERRA DE OLIVEIRA, [83330], J. Pessoa-PB, 09/05/2019

15:56:32 Enol R\$9,91 Farpem:R\$0,29 Fepis:R\$1,98.

ISS:R\$0,50. Em toat da verdade, Tabela CELEIDA COSMO

FORNIA SILVA, pelo Distrito AIN97779-CONF Consulte em

https://portalnotarial.com.br/cartorioceleida.com.br



CERTIDÃO

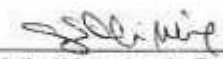
Nº. 0872/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e, de 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 Nº 197051 e Prontuário nº 2019.01.001348 pertencentes a **JOSÉ MARIA DA SILVA** que foi atendido dia 12/01/2019 às 15H41min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do maléolo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/01/2019 com alta médica dia 31/01/2019.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de junho de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 17/01/19

Nome: Jose mario do silva Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Prontuário: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento 1/1 _____
Escolaridade: _____

OPD: _____

HDA: Pt e/ história de Dor de cabeça, náuseas e vômitos
TNT e/ e/ e/

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 Pescoço: ☐ 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 ☐ Solução ☐ 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-reposu ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

15 JUL. 2019

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

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 fechada de nível do 1º + medula em

T1 e T2

Fechado em nível de T2.

Conduta: T2 / internamento / 1º pré-op.

Dr. João Paulo Primé
Osteodentista Traumatologista
CRM 8048/TEOT 15500

Nome: <i>José Maria da Silva</i>			Registr
Idade: <i>44 anos</i>	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	EMP:
Data: <i>30/01/2019</i>			Clinica: <i>Traumatologia</i>
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>
Anestesista: <i>Sérgio Murilo</i>			2º Assistente: <i>Luciano Gomes</i>
			Instrumentador: <i>os</i>

Virginia Gomes
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura do Maléolo Medial Esquerdo

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

Osteossíntese do Tornozelo

COMPREV

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 () Ób-
Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em J invertido na região medial do tornozelo

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura do maléolo medial

Conduta:

Realizada manobra de redução com auxílio de bacas

Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem

Aposição de 01 parafuso esponjoso Ø 3.5mm

Checado com escopia e redução anatômica

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota gessada

OBS:

COMPREV PREVIDENCIA S/A

15 JUL. 2019

PROTUCOLO

JOÃO PESSOA

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9148 SBO 8603

MÉDICO/CRM

Data: 30/01/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE AGRICULTURA
DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA
INSTITUTO DE AGRICULTURA
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

L-004

oficiário das s. l. v.

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.164.424 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 09/03/2015

NOME JOSÉ MARIA DA SILVA

FILIAÇÃO GERCINO ESTEVÃO RODRIGUES
ELIETE INACIO DA SILVA RODRIGUES

NATURALIDADE ITAMBE-PE DATA DE NASCIMENTO 19/02/1974

DOO ORIGEM CERT. NASC. Nº1089 - LIV.A-33 - FLS.95 - CARTORIO ITAMBE-PE

CPF 072.573.194-05

LEI Nº 7.118 DE 20/08/83

COMPREV
15 JUL. 2019
Pessoa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428568 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.01/03/04/05

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428568 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.01/03/04/05

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238500/19

Vítima: JOSE MARIA DA SILVA

CPF: 072.573.194-05

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MARIA DA SILVA

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

JOSE MARIA DA SILVA : 072.573.194-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: JOSE MARIA DA SILVA
CPF: 072.573.194-05

JOSE MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA