



Número: **0800250-19.2019.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **09/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DE FATIMA HENRIQUES COSTA (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31150597	01/06/2020 11:31	Contestação	Contestação
31151062	01/06/2020 11:31	2721477_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
31151063	01/06/2020 11:31	2721477_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190198505 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG. 7

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190198505

Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA COSTA 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

Carta nº 14063289





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190198505

Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA COSTA 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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002655-7

Conta: 00000160283-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 485.360.324-72 Nome completo da vítima: Maria de Fátima Costa da Silva

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

Nome completo: Maria de Fátima Costa da Silva CPF: 485.360.324-72

Profissão: Aposentada Endereço: Rua Domingos Vazão Número: 331 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Alagoinha Nova Estado: PB CEP: 58125000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 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) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: 2655 7 CONTA: 0360283 7

(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;
- ☐ 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 (no 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data, Alagoinha Nova - PB - 05/02/2017

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria de Fátima Costa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Suelio de Souza Torres

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: COMPREV PREVIDENCIA S/A

2º Nome: _____

CPF: PROTECOLO

3º Nome: _____

CPF: ACÇÃO PESSOA

Assinatura

(*) 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.

FPS.001 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000008/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000008/19 registrada em 16/01/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezesseis dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:19 horas, compareceu a Sra. MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA, com 57 anos de idade, filha de JOSÉ ALVES DA COSTA e FRANCISCA HENRIQUE DA COSTA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de BARRA DE SANTA ROSA - PB, Casada, escolaridade Superior Completo, profissão APOSENTADA, portadora da Cédula de Identidade Nº 952.839 -2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 48536032472, residindo à rua DOMINGOS VARJÃO, 33, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

Declarou que:

Informa A comunicante, que por volta das 16h30min do dia 24.06.2018, o seu esposo CARLOS AUGUSTO DA SILVA, estava trafegando pelo Bairro do Mutirão, na cidade de Alagoa Nova/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, ano/modelo 2011/2012, cor preta, chassi nº 9C2KC1670CR459695, de placa OFB-4799/PB, licenciada em nome de Fernando Cirino da Silva, levando a comunicante como "carona", quando ao subir uma ladeira localizada próximo ao posto de saúde, perdeu o controle de direção e acabou caindo ao solo, sofrendo ferimentos graves no pé direito, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a cirurgia, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que a comunicante sofreu apenas escoriações leves; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se a comunicante ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 16 de Janeiro de 2019

Maria de Fátima Costa da Silva

MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA

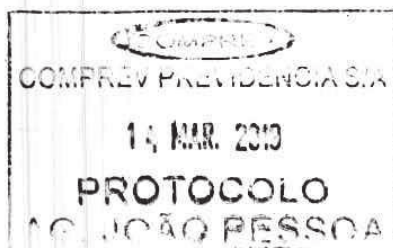
Declarante

José Alberto do Nascimento

Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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: _____ CPF da vítima: 485.360.324-72 Nome completo da vítima: Maria de Fátima Costa da Silva

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

Nome completo: Maria de Fátima Costa da Silva CPF: 485.360.324-72

Profissão: Aposentada Endereço: Rua Domingos Varjão Número: 331 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Alagoinha Nova Estado: PB CEP: 58125000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDAS CADASTRAIS

☐ RENDAS CADASTRAIS: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 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) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: 2655 7 CONTA: 03602 83 7

(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;
- ☐ 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 (no 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data, Alagoinha Nova - PB - 05/02/2017

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

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 11:31:06

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060111310601900000029895156

Número do documento: 20060111310601900000029895156

Num. 31151062 - Pág. 7

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM JUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1679929 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM JUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 24/06/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Ligiana Verônica Silva Coutinho

PACIENTE: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA Nascimento: 02/01/1962

Endereço: DOMINGOS VAREJA

Sexo: F Telefone:

Idade: 056 Bairro: CENTRO

Cidade: Alagoa Nova RG: Nº: 33

Nome da Mãe: FRANCISCA HENRIQUES DA COSTA Profissão: APOSENTADA

CPF: CNS: 708101532693980

Data de Atendimento: 24/06/2018

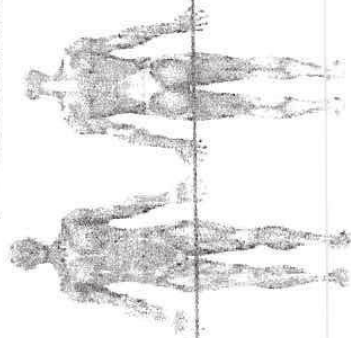
Estado Civil: Casado(a) CONVÊNIO: SUS

Motivo: QUEDA DE MOTO Especialidade:

Médico: CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abração 15. Fratura óssea fechada
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão 21. Hematoma
4. Contusão 22. Injúria térmica
5. Crepitação 23. Laceração
6. Dor 24. Lesão tendinosa
7. Edema 25. Luxação
8. Empalramento 26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento mecânico paradosal
10. Enrijecimento 28. Objeto Enfiado
11. Equimose 29. Otite aguda
12. F. Arma branca 30. Paralisia
13. F. Arma de fogo 31. Paralisia
14. F. Cortado 32. Paralisia
15. F. Cortado 33. Queimadura
16. F. Cortado 34. Queimadura
17. F. Perfuro-cortado 35. Sinal de Injúria
18. F. Perfuro-cortado 36



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNÓSTICO / CID:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Tratado com big D eudon
cl. deq + edema.
cat. balístico R-X

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

OPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
PA HGT: SATD

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais
() Esfigmometria arterial
() Tomografia Computadorizada
() Ultrassonografia:
() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / às : Dia / /
Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Num. 31151062 - Pág. 8

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
 LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA
 ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (A.G. 711)
 Emissão: 10/11/2018 - Referência: Out / 2018
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B1200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
 Roteiro: 5 - 77 - 810 - 8400 Nº medidor: 00008716750 CNPJ 09.066.183/0001-40 Insc Est: 16.015.823-0

energisa

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 013 814.228
 Cód. para Deb. Automático: 00017321514

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	10/10/2018	09/11/2018	093.610.564-65

UC (Unidade Consumidora): **5/1732151-4**

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/09/18	2334	10/10/18	3054	1	129	29

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Aliq	ICMS (R\$)	Razo Calc	Pis (R\$)	Colm (R\$)
0801	Consumo em kWh	130,000	0,825600	107,35	107,35	27	28,36	107,35	0,72
0801	Adic. E Vermelha			9,39	9,39	27	2,53	9,39	0,06
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			2,83	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 07/2018			0,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2018			1,62	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018			1,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018			0,82	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,63	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 128,05 118,73 31,51 118,73 0,78 3,60

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
102	11/11/2018	R\$ 126,05

Histórico de Consumo (kWh)

95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107
Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	

RESERVAÇÃO FISCO

ee6f.89a0.6b7e.eab2.f2cb.346a.c062.7a97.

Indicadores de Qualidade 07/2018 - Área

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	26,89		
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	8,97		
FIC ANUAL	13,95		
DMIC	3,80	0,00	
DICRI	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	28,37	20,52
Consumo de Energia	44,12	35,01
Serviço de Transmissão	4,16	3,25
Encargos Setoriais	6,25	4,96
Impostos Diretos e Encargos	45,21	35,87
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	126,05	100,00

Valor da EUSD (Ref. 9/2018) R\$ 27,83

ATENÇÃO

Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Baixa Tensão 15,41% Média
 Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Alta Tensão 18,75% Média
 - Leitura confirmada

Faturas em atraso

PARAIBA

Roteiro: 5 - 77 - 610 - 8400
 Matrícula: 1732151-2018-10-3

VENCIMENTO

11/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 126,05

83660000001-9 26050054000-0 17321512018-4 10300077019-0



COMPRA PREVIDÊNCIA S/A
11. MAR. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Israel de Souza Farias inscrito (a) no CPF/CNPJ 082837524 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria de Fátima Costa de Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 485360324 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Imediatamente da Vítima Maria de Fátima Costa de Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 485360324 / 72, 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 Engenheiro Alberto Dague / Estrada Raimundo Raimundo Lima</u>		Número <u>65</u>	Complemento
Bairro <u>Alto Dague</u>	Cidade <u>Alagoinha Nova</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>58125-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
		<u>(83) 98336774</u>	
		<u>(83) 98336774</u>	

Alagoinha Nova-PB, 27 de 08 de 2018
Local e Data

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fernando Cirino da Silva,
RG nº 3436333, data de expedição 28/03/03,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 277468478-33, com
domicílio na cidade de Alagoa Nova, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Cláudio Nascimento - Centro, nº S/N,
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 Maria de Fátima Costa da Silva, cujo o condutor era
Carlos Augusto da Silva.

Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA/CG 150 FAN ES I
Ano: 2011/2012
Placa: DFB 4733/PB
Chassi: 9C2KCA679CR459635
Data do Acidente: 24/06/2018
Local e Data: Alagoa Nova - PB 14/09/2018

Fernando Cirino da Silva
Assinatura do Declarante

Carlos Augusto da Silva

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

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Bezerra de Melo
R. Clementino Leite, 131 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066
TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
FERNANDO CIRINO DA SILVA
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 14/09/2018
Escritor: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selo Digital: AHN38579-90YX
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,48 Farpen R\$0,28 MP R\$0,15 Papj R\$1,74

Cartório "Alípio Bezerra"
ALAGOA NOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
ESCREVENTE





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Mariana de Fátima Costa da Silva		
End:	Rua Danigis Vazão 33	Bairro:	Algoa nova
Data de Nascimento:	20/11/62	Documento de Identificação:	
Queixa:	Dor no Abdômen		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

meto

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	

Estratificação

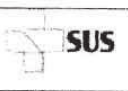
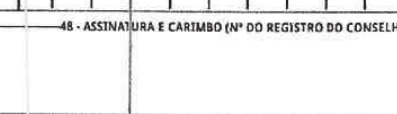
MOD. 110

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

Suelio Moreira Torres
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial
Heliomar da S. Cavalcanti
ENFERMEIRO
PB 754.490

Assinatura e carimbo do profissional

Data da internação: 24/06/2018 Hora: 17:58:08

 Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA		1679945	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
708101532693930	02/01/1962	Masc ☐ Fem ☒	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
FRANCISCA HENRIQUES DA COSTA		DDD 83 N° DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
DOMINGOS VARJAO, 33, CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICIPAL	15 - UF
Alagoa Nova		250040	PB
		16 - CEP	58125000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
trauma p/ motor de colisão + deformidade com fratura			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Necessidade de cirurgia			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Rx calcâneo			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
fx calcâneo			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	
	02	(X) CNS () CPF	
29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
706500355121696		HALLISSON BARROS DE ALMEI	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
24/06/2018		 Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDISTA	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /		 Suelio Moreira Torres ORTOPEDISTA	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





② Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
 Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
 CNPJ: 26.296.089/0001-79

0255

Paciente: Maria de Fátima Costa 25/11/20

Hospital: K. Mercy & St. Francis CB

Médico: Dr. José R. D.

Data da Cirurgia: 26 / 06 / 18 **Procedimento:**

Prontuário: 1670970 Convênio: SUS

Estrumentadora: Silvia Circulante: _____

[illegible]

Recife, 24 de 06 de 2018

Circulante

Médico Responsável



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Maria de Fátima Costa da Silva		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE
	Sala 04	Sus	56
CIRURGIA		REGISTRO	
de Tórax e abdômen		1679989	
ANESTESIA		CIRURGIÃO	
de Tórax e abdômen		Dr. Manoel	
INSTRUMENTADORA		FIM	
DATA		INÍCIO	
24.06.2018		19:20	
CÓDIGO		20140	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Órg.	
	Atropina amp.	Calel. De Urinar Sist. Fech.	
	Diazepam amp.	Compressa Grande	
01	Dimorfe amp.	Compressa Pequena	
	Dolantina amp.	Cotonoide	
	Efrane ml	Dreno	
	Fenegam amp.	Dreno Kerr nº	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas	
01	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm	
	Protóxido l/m	Furacim ml	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	01
	Thionembatal ml	Intracath Adulto	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15	
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5	
	Glicose amp.	Oxigênio l/m	
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix	
	Haemacel ml	PVP Degemante ml	
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	
	Lasix amp.	Saca coletor	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	02
	Revivan amp.	Sonda	
	Suptanon amp.	Sonda foiley	Qtd.
03	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica	
03	Clonoxilom	Sonda Uretral nº	
01	Clonoxilom	Steridrem ml	
		Torneirinha	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18	
	Aguilha desc. 28 x 28	Latece	
	Aguilha desc. 3 x 4,5		
01	Aguilha p/ raque nº		
	Álcool de Enfermagem		
	Álcool Iodado ml		
	Ataduras de Crepon		
	Ataduras de Gessada		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		
		EQUIPAMENTOS	
		() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
		() Serra	() Eletrocautério
		() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo
		() Foco Frontal	() Cardiomonitor
		() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

Anielle Campos de Araújo Oliveira
CIRCULANTE RESPONSÁVEL
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB 397289

MOD 065





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Maria de Fátima Costa de Silva	Idade:	36 anos
Convênio:		Data:	24/06/18
Procedimento:	Frot + raspagem da tendão de Aquiles		
Cirurgião:	Dr. Marcos Paulo	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr. Renato
Início:		Término:	
		Anestesia:	Raque

[illegible][illegible]

Observações:
Alcort II
Assinatura Anestesiista _____
Circulante _____

Relatório de Operação

MOD. 103





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto	Visceras
1/ 1/1 + DDH	
2/ 1/1 + Antiperistaltico	
3/ 1/1 + Antiperistaltico	
4/ 1/1 + Antiperistaltico	
5/ 1/1 + Antiperistaltico	
6/ 1/1 + Antiperistaltico	
7/ 1/1 + Antiperistaltico	
8/ 1/1 + Antiperistaltico	
9/ 1/1 + Antiperistaltico	
10/ 1/1 + Antiperistaltico	

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
Assinatura e Rubrica





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex calcâneo (D)
(avulsão + agulha)

Paciente

Maria de Fátima

Alojamento

Leito

644

Convênio

Prescrição Médica

Evolução Médica

Data

29/06

Diet. Lues qd 18-PA
SF 0,9%, 1500ml p/24h

Definição - 50mg EV 6/6h

Trat. 100g + 100 ml SF EV 8/8h

Naumetol 0,1m EV 8/8h - 5L 5L

Quinif. 400 EV 8/8h

Sinf + cec. 400 EV 8/8h

Clenda 600g EV 6/6h

Hollisson E. Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Naumetol

Naumetol

Naumetol

Naumetol

Naumetol

Naumetol

Naumetol

Naumetol

Naumetol

Naumetol

Naumetol

Naumetol

Naumetol

Naumetol

Naumetol





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

M^a Jaxima S. Rebel

Ex calcâneo (D)

Orta da diroptida

4
10
11
nos da Ampla
TH

MOD. 001

Data

Médico



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 952.839 2ª Via DATA DE EXPEDIÇÃO 17

NOME MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA

FILIAÇÃO José Alves da Costa
Francisca Henriques da Costa

Barra de Santa Rosa-PB 02/01/1962 DATA DE NASCIMENTO

Cert.Cas. Nº4.037 Fls.35 Liv.B.13

DOC ORIGEM

CPF 485.360.324-72

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

PROCOLO
14 MAR 2010
COMPRÉV FUNDENCIA SIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-P.26

Maria de Fátima Costa da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011753516565
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 0040665701-7 00/00000000 2014

NOME: FERNANDO CIRINO DA SILVA

CPE / CNPJ: 27746847811 PLACA: OFB4799/PB

PLACA ANT. UF: NOVO PB CHASSI: 9C2KC1670CR459695

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MAPA / MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2012

CAP / POT / CIL: 2 P/149 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM 01/10/2014 VENC. COTA ÚNICA: 1º

FAIXA I PVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$): ***** IOF (R\$): ***** PREMIO TOTAL (R\$): ***** DATA DE PAGAMENTO: 01/10/2014

OBSERVAÇÕES: A.F. AYMORE CRED FINANÇ E INVEST SA

DOCUMENTO DE FOM: REST. BEN. TRIBUTARIO 0

ALAGOA NOVA - PB

35351 14761

DATA: 01/10/2014

14761

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011753516565 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2014 DATA EMISSÃO: 01/10/2014

VIA: 1 CPE / CNPJ: 27746847811 PLACA: OFB4799/PB

RENAVAM: 00406657017 MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB: 2011 CATEGORIA: 9 Nº CHASSI: 9C2KC1670CR459695

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): ***** DENATRA (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

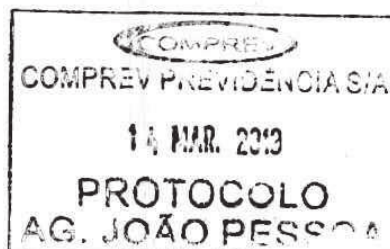
CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** IOF (R\$): ***** TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$): *****

S PAGAMENTO: 01/10/2014

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-14
www.seguradoralider.coim.br

14761-1453198-20141001



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190198505 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG. 7

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA brasileira, estado civil: Casada, profissão: aposentada, residente e domiciliado na Rua Domingos Varjão, nº 131, bairro: Centro, Município de Alagoa Nova - PB, Estado da Paraíba, Cep: 58125.000, portadora do Rg. nº 952839, SSP/PB e CPF nº 485.360.324-72.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

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) MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA, ocorrido em 24/06/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Processo de natureza: INVALIDEZ PERMANENTE.

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.

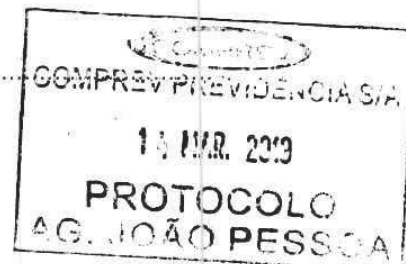


ALAGOA NOVA - PB, 05 / 02 / 2019.

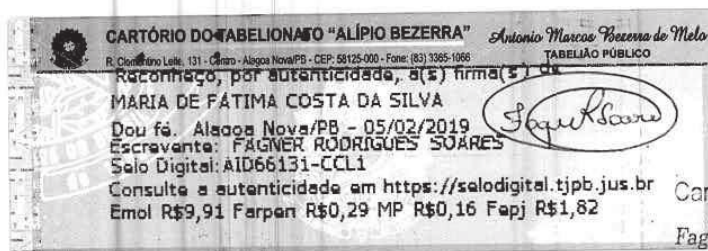
Maria de Fátima Costa da Silva

Outorgante

CPF Nº 485.360.324-72



"RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"



Cartório "Alípio Bezerra"
ALAGOA NOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
ESCREVENTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087017/19

Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

CPF: 485.360.324-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA COSTA 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
DUT

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

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

MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA : 485.360.324-72

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: 14/03/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



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: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02655-7

CONTA: 000000160283-7

Nr. Autenticação

BRADESCO2803201905000000000023702655000000160283168750 PAGO

