



Número: **0852697-21.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/09/2019**

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

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIAS ALVES DE SOUZA (AUTOR)		LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE (ADVOGADO) José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33773 869	31/08/2020 11:21	2745344_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ELIAS ALVES DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180336568

Vítima: ELIAS ALVES DE SOUZA

Data do Acidente: 24/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180336568**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13143258

Pag. 01577/01578 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ELIAS ALVES DE SOUZA
Nº Sinistro: 3180336568
Vítima: ELIAS ALVES DE SOUZA
Data do Acidente: 24/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180336568**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

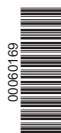
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00337/00338 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13143544



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ELIAS ALVES DE SOUZA
Nº Sinistro: 3180336568
Vítima: ELIAS ALVES DE SOUZA
Data do Acidente: 24/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180336568**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01047/01048 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13186208





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, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180336568

Vítima: ELIAS ALVES DE SOUZA

Data do Acidente: 24/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIAS ALVES DE SOUZA

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: ELIAS ALVES DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001909

Conta: 0000038652-5

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.

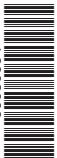
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00181/00182 - carta_15R - INVALIDEZ

00030091



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	191-230-6041-25	ELIAS ALVES DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
ELIAS ALVES DE SOUZA		191-230-6041-25		ARQUITETO	
Endereço		Número		Complemento	
RUA SANTA ROSA		514-0321		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
CENTRO	PARAIBA	PARAIBA	58300000		
Email			Telefone (DDD)		
			83-988407085		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

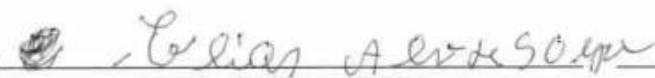
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 1909		D/V 5		CONTA NRO. 38652		D/V 5	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 23 de JULHO de 2018

Local e Data

x 

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01368.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01368.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:30 horas do dia 20 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Elias Alves de Souza**, CPF nº 191.230.604-25, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Maria das Mercedes Alves de Souza e Davi Alves de Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 18/01/1941 (77 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Rosa, Nº 121, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa da Cidadania, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99109-8164.

Dados do(s) Fatos:

Local: Igreja Batista, Bayeux/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/02/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

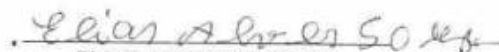
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 24/02/2018, por volta das 22:00 horas, quando transitava pela rua: Pedro Ulisses, centro da cidade de Bayeux PB; QUE, segundo o notificante caminhava pela rua junto com mais dois amigos, quando um motoqueiro que vinha empinando o veículo tipo motocicleta HONDA /XR 250 TORNADO, ano e modelo: 2005 de cor vermelha, registrado em nome de Thiago Manoel; QUE segundo o notificante não sabe identificar o nome do piloto, mas que este ao empinar o veículo (moto) perdeu o controle e acabou por atropelar ao notificante e os dois companheiros, mas que no entanto o caso mais grave foi com o notificante, que ficou caído ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0931/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 06/07.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 20 de julho de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ELIAS ALVES DE SOUZA
Notificante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01368.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01368.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:30 horas do dia 20 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Elias Alves de Souza, CPF nº 191.230.604-25, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Maria das Mercedes Alves de Souza e Davi Alves de Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 18/01/1941 (77 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Rosa, Nº 121, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa da Cidadania, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99109-8164.

Dados do(s) Fatos:

Local: Igreja Batista, Bayeux/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/02/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

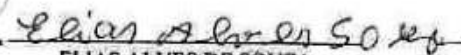
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

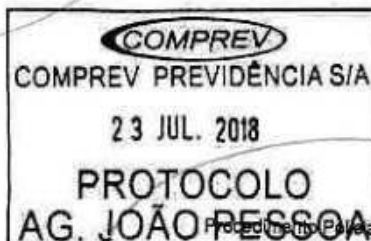
QUE, segundo o notificante, no dia 24/02/2018, por volta das 22:00 horas, quando transitava pela rua: Pedro Ulisses, centro da cidade de Bayeux PB: QUE, segundo o notificante caminhava pela rua junto com mais dois amigos, quando um motoqueiro que vinha empinando o veículo tipo motocicleta HONDA /XR 250 TORNADO, ano e modelo: 2005 de cor vermelha, registrado em nome de Thiago Manoel: QUE segundo o notificante não sabe identificar o nome do piloto, mas que este ao empinar o veículo (moto) perdeu o controle e acabou por atropelar ao notificante e os dois companheiros, mas que no entanto o caso mais grave foi com o notificante, que ficou caído ao chão: QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0931/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 06/07/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 20 de julho de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ELIAS ALVES DE SOUZA
Notificante



*assinatura da
autoridade policial*

Registro eletrônico

1/1



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ELIAS ALVES DE SOUZA

CPF da Vítima

191-230-604-25

Data do Acidente

24-02-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

83-98840-7085

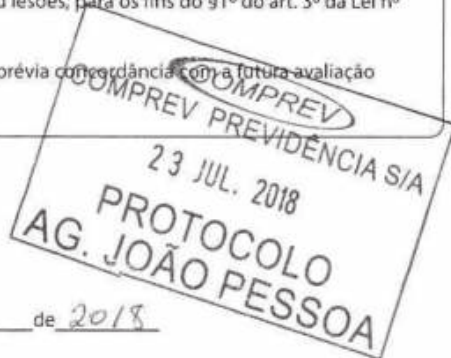
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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



JOÃO PESSOA, 23 de JULHO de 2018

Local e Data

Elias Alves de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Cidreira, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 807/031, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1992352, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ELIAS ALVES SOUZA** idade 77 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento p/ moto)** no dia 24/02/2018, na R. Pedro Ulisses, Bairro: Centro - Bayeux - aproximadamente às 22:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

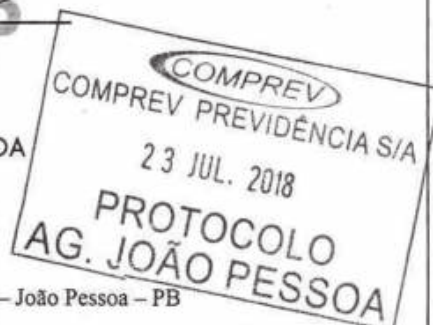
Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 11 de Julho de 2018.

Alisson Monte
SAMU 192
Matr. 619235

Alisson Monte
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6

Assinatura do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Cidreira, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Telefone: (31) 3218.9242; 3218.9125



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: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIAS ALVES DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000038652-5

Nr. da Autenticação A63237AB2E7365CB



MARINALDO CANDIDO DE SOUSA
RUA SANTA ROSA, S/Nº 1 - CENTRO
BATELUM/PR CEP: 5500000 (AG 1)

Emissão: 15/06/2018 - Referência: Jun / 2018

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br-220, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: S-B-942-5020 NF medidor: 00003999497 CNPJ 08.065.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 006.061.639
Cód. para Dta. Automática: 0014548457

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Jun / 2018	15/06/2018	17/07/2018	95169890478 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1454845-7

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/05/18	442	15/06/18	627	1	185	30

Demonstrativo									
Descrição		Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Alíq. ICMS (R\$)	Alíq. ICMSP (R\$)	Base Calc. Per (R\$)	Alíq. (R\$)	Tarifa (R\$)
		Tributos (R\$)		ICMS (R\$)		Per (R\$)		Per (R\$)	
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,248450	7,45	7,45	27	2,02	7,48	0,31
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,200	0,427820	29,93	29,93	27	8,08	28,93	0,27
0601	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	95,000	0,541420	51,52	51,52	27	14,72	54,52	0,48
0601	Adic. B. Amarela			0,82	0,92	27	0,25	0,92	0,01
0601	Adic. B. Vermelha			4,76	4,76	27	1,29	4,76	0,04
0610	Subsídio			45,23	45,23	27	12,21	45,23	0,41
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			7,86	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0603	CUSTO DE EMISSÃO DE 2ª VIA 04/2018			2,79	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0608	Devolução Subsídio			-30,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





14

CERTIDÃO

Nº. 0931/2018

Atendendo solicitação de **ELIAS ALVES DE SOUZA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial N°105732 e Prontuário de N° 2018.02.3515, pertencentes ao mesmo que foi atendido dia 24/02/2018 às 22H59min, vítima de atropelamento, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura 1/3 distal dos ossos da perna direito, realizado cirurgia dia 14/03/2018 e alta medica dia 15/03/2018.

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

João Pessoa, 06 de julho de 2018

Dr. Rossana de Fátima de A. Barbosa
Clínica Médica / UTI
CRM-PB 3533

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB3533



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: 105732 Atd: Nao Regulad
Data: 24/02/2018
Hora: 22:59:49
Recepcionista: EWERTON MORAIS DOS SAN
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ELIAS ALVES DE SOUSA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.02.003515

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987900646

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 24/02/1944 Id: 74 ano(s)

End.: RUA PEDRO ULISSES, 0

Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: NAO INFORMADO

Pai: NAO INFORMADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: APOSENTADO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ATROPELAMENTO POR MOTO AS 20:00 PROX A RESIDENCIA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Caixa Principal

Observacao

V. MA DE ATROPELAMENTO, NEGA DESMAIO E VOMITO NEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS
(SIC)/ SAMU

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de atropelamento
ocorrido em x (D)

CD: Sólido R x

Diagnostico

AV do atropelamento
Conduta

Prescrição

Horario da medicação

Atropelamento
vítima de
Prescrição

Atropelamento
vítima de
Prescrição



Dr. Edson B. Tinoco
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia de Mão e Microcirurgia
CRM-PB 71.02



09(M) Psicologia

03

18

Nº momento, paciente consciente, orientado, receptivo ao atendimento, discursivo coerente, relatando atropelamento que levou a fratura de fíbula. Aguarda condutas de pele. Estável emocionalmente. Acompanhado por mãe. Feito após Y.

Alana Gomes
Psicóloga
CRP-134413

[Assinatura]

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML



[Assinatura]

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Elvies Alives Sousa Data da Admissão: 24/02/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Dor em perna
HDA: Alimentação por via oral
Tratamento perna

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melaena ☐ 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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



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: Exatema tibus ouvidorConduta: Internamento

Dr. Edson D. Trigo
ORFEDIA E TACILORFEDIA
ENTURIA DA AGU E MUDOCORINGIA
CAM-PP-772

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 56056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





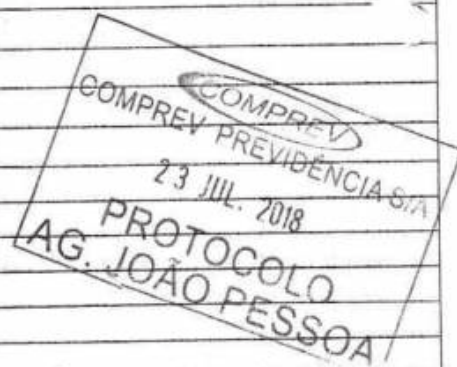
Nome: ELIAS ALVES DE SOUSA				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: Ortopedia		EMP: LR:
Data: 14 / 03 / 2018			Cirurgião: Dr. THALES COUCEIRO		
1º Assistente: Dr. Leonardo R2			2º Assistente: Dra. Laiana R1		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura do 1/3 distal dos ossos da perna dir.					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
Osteossíntese de Tíbia e fíbula					
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					

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:
INCISAO LONGITUDINAL FACE ANTERO LATERAL E LATERAL DA PERNA DIREITA
Achados:
FRATURA TERÇO PROXIMAL DA TIBIA E FIBULA DIREITA
Conduta:
Realizado manobra de redução aberta em fratura da fíbula direita com auxílio de intensificador de imagem;
Aposição de placa 1/3 de cano 09 furos + 06 parafusos corticais;
Aposição de placa em T bloqueada + parafusos bloqueados com auxílio de escopia
Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%
Curativo
Tala bota
Realizado RX controle
Fechamento:
OBS:

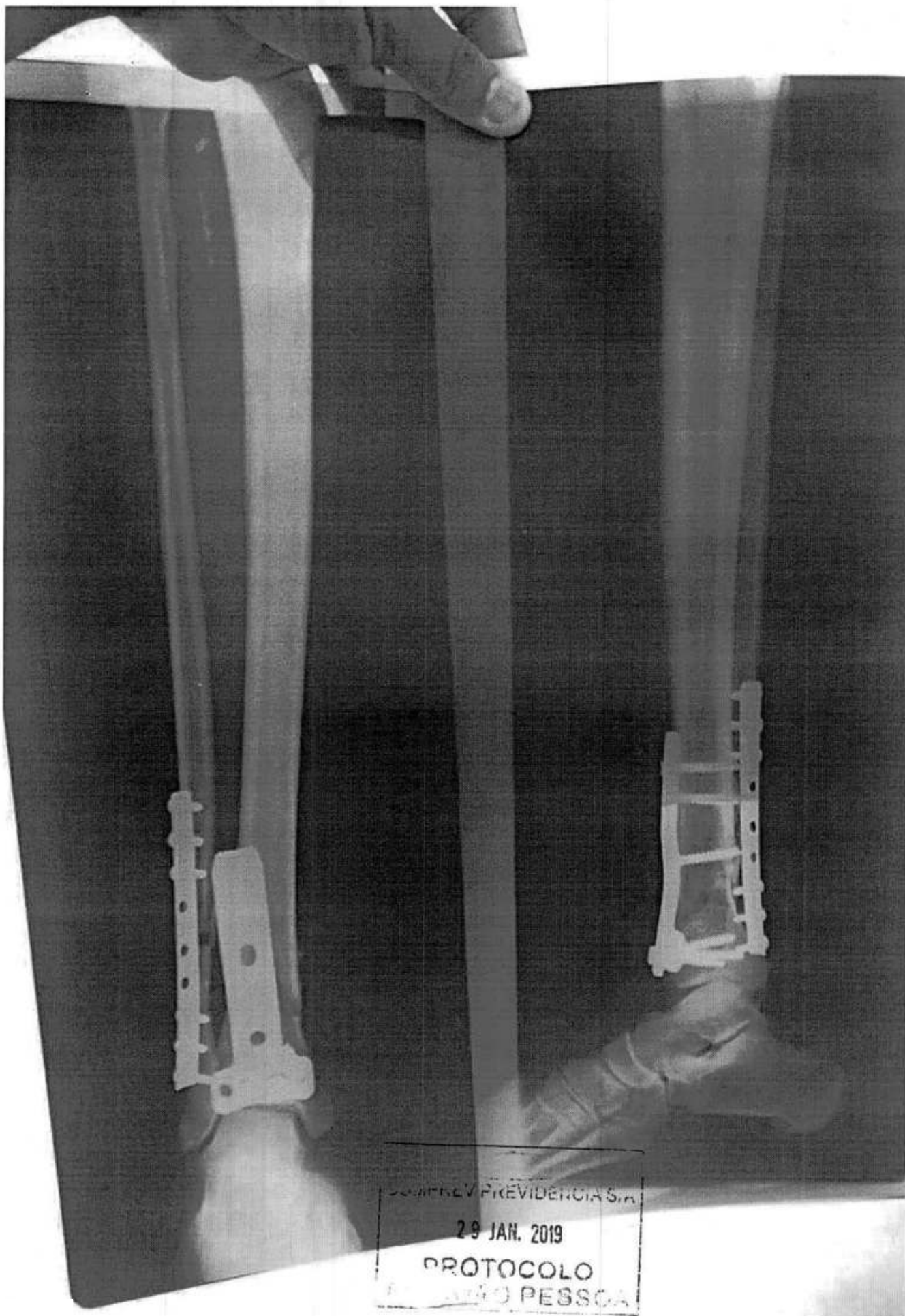


Data: 14 / 03 / 2018

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM 10.000
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





COMPREV PREVIDENCIA S/A
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
PESSECA

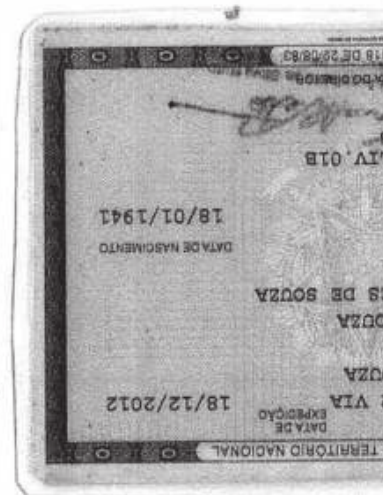






COMPREV PREVIDENCIA S/A
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
C. J. DA PESSOA





COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Sinistros

Detalhe de Sinistro

Sinistro Histórico

Data	Ação	Comentários	Visualiza
25/07/2018 13:45	Documentação pendente	ANA CLAUDIA DOS SANTOS (Investprev Seguradora S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes: Sinistro • Boletim de ocorrência (Não conclusivo) - VIDE OBS.: Observações: Boletim de Ocorrência deve ser emitido pelo Órgão competente (Polícia Rodoviária Federal, Polícia Civil, Polícia Militar), carimbado e assinado pela autoridade emitente.	
25/07/2018 13:44	Edição de pessoa	O usuário ANA CLAUDIA DOS SANTOS (Investprev Seguradora S/A) editou os dados da pessoa ELIAS ALVES DE SOUZA.	
25/07/2018 13:41	Preencher campos chave	ANA CLAUDIA DOS SANTOS preencheu campos chave do sinistro.	
25/07/2018 08:45	Distribuir	Sabrina Berruezo Aquino Chana (Investprev Seguradora S/A) encaminhou a regulação do sinistro para ANA CLAUDIA DOS SANTOS	
24/07/2018 22:27	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker () informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
24/07/2018 15:55	Emissão de protocolo	O usuário Usuario DigProprio () informou que recebeu os documentos da remessa . Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por: Usuário: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111) ASL-0267604/18	
23/07/2018 10:33	Aviso Seguradora Líder	Dados da vítima Vítima: ELIAS ALVES DE SOUZA CPF: 19123060425 CPF de: Próprio Titular do CPF: ELIAS ALVES DE SOUZA Data de nascimento: 18/01/1941 Data do sinistro: 24/02/2018	  

Ações ▾

 Exibir Documentos

 Cancela



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180336568 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS ALVES DE SOUZA **Data do acidente:** 24/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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-0267604/18

Número do Sinistro: 3180336568

Vítima: ELIAS ALVES DE SOUZA

CPF: 191.230.604-25

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 24/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIAS ALVES DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 29/01/2019
Nome: ELIAS ALVES DE SOUZA
CPF: 191.230.604-25

ELIAS ALVES DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

