



Número: **0878569-38.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDINALDO GUIMARAES DUTRA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33912 242	02/09/2020 16:59	2747849_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587297

Vítima: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO GUIMARAES DUTRA

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 14971674





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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587297

Vítima: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALDO GUIMARAES DUTRA

Informamos que o pagamento da indenização do 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: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 0000090443-2

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.

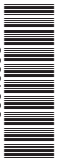
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00011/00012 - carta_30 - INVALIDEZ

00040006





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 097 707 95461 4 - Nome completo da vítima: Edinaldo Guimarães Dutra

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

5 - Nome completo: Edinaldo Guimarães Dutra 6 - CPF: 097 707 95461

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Sit. Salema 9 - Número: 50 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Rio Tinto 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58287-000

15 - E-mail: _____ 16 - Telefone: (000) 4831 9866 34900

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 9044 3 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s)/nasceu(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 26/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



agência





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11576.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11576.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:00 horas do dia 04 de outubro 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 **Ednaldo Guimarães Dutra**, CPF nº 097.707.954-61, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), filho(a) de Maria Guimarães Bezerra e Luiz Dutra, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 05/01/1987 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Sítio Salena, na cidade de Rio Tinto/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Projetada, nº S/N, Sítio Salena, Rio Tinto/PB, bairro Centro; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 09/02/19 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 09/02/2019 por volta das 10:30 horas quando transitava, na Rua Projetada; Sítio Salena; Zona Rural do município de Rio Tinto-PB, com o veículo tipo YAMAHA/XTZ 125 ano: 2006/2006, de cor preta de placa: MNX1948/PB CHASSI: 9C6KL094060008559 pertencente ao Sra. Vanilda Santana da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando uma vaca invadiu a via, que fez uma manobra para desviar da vaca, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido para o HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE, sendo transferido ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0869/2019, FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA CRM 3137/PB.

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 outubro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

EDNALDO GUIMARÃES DUTRA
Noticiante

Procedimento Policial: 11576.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

097 707 95461 Edinaldo Guimarães Dutra

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Telefone:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0944

CONTA:

9044 3

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

☐ O IML que atenda 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascido(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

33 - 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.

34 -

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



agência



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58055-287 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1989
FAX: () CNES:

Ficha Nr: 204568 Atid: Nao requerido
Data: 09/02/2019
Hora: 22:29:44
Aceptado: HEDUMA MARIA HONORATO MT
Especialista: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

CNS: 708701103497999 Sexo: M IDENTIDADE: 204568 Fone: 986543079

Natural: RIO TINTO/PB Data Nasc: 36/01/1939 Id: 32 anos(a)

End.: SÍTIO SALEMA, 00

Bairro: CENTRO Cidade: SALEMA (RIO TINTO) UF: PB

Mae: MARIA GUIMARAES BEZERRA

Raca: PANDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: PEDREIRO (FORA EXCECOPS)

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: O MESMO

Tel/Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: S

Residencia: HOSPITAL GERLA DE MAMANGUAPE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Via de acidente por: QUEDA DE MOTO - NO. 20.000

Vitima de violencia por: SÍTIO SALEMA - Z. P. 3. 1939 TINTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: VERMELHO

PA: PR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: C2:

Doença Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Apaxientemente Bem	☐ Grava
☐ Politraumatizado	☐ Convulsao
☐ Hemorragia	☐ Dispneia
☐ Claustro	☐ Agitado
☐ Regular	☐ Choque
☐ Bom	
☐ Observar	

Historia - Exame Fisico - Hora do atendimento: 22:29

Pac. vítima de acidente de mot.
veículo em movimento
que caiu de cima em veículo ©
Doer edem e deformidade em veículo ©

Diagnóstico

FRATURAS DO CARPO

Fratura do Malleolo lateral

Prescrição

Antalgico
Vc 600
Antiemetico
Antidoloroso

Antidoloroso
Lauri E. C. Junior
Ortopedia



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservado p/ Literacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia	☐ Transferido	☐ Deslocada	☐ UTI
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	☐ Gastos	☐ Atestado ☐ SVO

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do



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:	24/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000090443-2

Nr. da Autenticação 8364C606D87B5A54





Uspas MONOFASCO
Dispoz RES 4708 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL -
Rozet 18-206 119-4500 Referența Ser / 2013
Model 20000819125 Brevet 26/12/2018

ENERGIPAR S.A. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 9.230 km 26 - Casteleto - Jd. Foz de Iguaçu - PR - CEP 85800-000
 CNP. 06.028.192/0001-40 - Ins. Est. 19045802-0

Cód. para Dep. Automático: 00004230496

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

Contato	Assinatura	Assinatura	Assinatura
Set/2019	25/09/2019	25/10/2019	30.395.884-34

UC (Unidade Consumidora): 5/423049-6

Canal de contato	
------------------	--

Junho de 2010 MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinaBrasil

Anterior		Atual		Corr. 12.5%		Corr. 15%		Corr. 18%		Corr. 20%	
Data	Letra	Data	Letra	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
25/08/10	15731	25/03/10	19999								
Demonstração											
20 - Despesa		Contr. 400 - 12100		1.000.000,00		1.000.000,00		1.000.000,00		1.000.000,00	
		Total		1.000.000,00		1.000.000,00		1.000.000,00		1.000.000,00	
0601	Despesa em kWh	75.233,1	7.000,00	95,88	88,89	25	14,14	89,88	0,88	0,89	
0601	Adm. B. Variação			4,32	4,32	05	1,03	4,32	0,34	3,23	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0607	CONTABILIDADE PÚBLICA			8,00	3,00	3	0,00	0,00	0,00	0,00	
0604	JUROS DE MORA 31/2010			2,00	6,00	6	0,30	9,30	0,00	0,00	
0605	MULTA 12/2010			3,75	0,00	3	0,00	0,00	3,33	3,33	
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 21/2010			1,77	0,00	3	0,00	0,00	0,00	0,00	
0602	RENTES - AG. 12/2010			7,14	3,33	3	0,00	0,00	0,00	0,00	
TOTAL				94,00	62,31		15,53	97,31	4,02	3,85	
Total				94,00	62,31		15,53	97,31	4,02	3,85	

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
02/10/2019	R\$ 84,58

HAWAIIAN CONSTITUTION											
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92
Samuel	Charles	Norman	Carlisle	James	Pauline	Walter	Agnes	Martha	James	John	Agnes

RESERVADO AO FISCAL
8439.f46f.0a12.81e3.368e.718c.f200.e906.

Composição da Constante		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Servicos de Luz e de Energia Elétrica	23,46	13,83
Servicos de Energia	23,46	21,28
Servicos de Transporte	4,32	2,65
Servicos de Saneamento	4,42	2,56
Impostos, Cidades e Energia	52,16	30,55
Outros Servicos	7,44	4,40
Total	84,86	100,00

Fonte: EUSO, Vol. 1, 2018, p. 63, 66

ATENÇÃO

Investigação e Desenvolvimento em Física e Matemática
Pesquisador Titular - Vagas: 26 - Salário: R\$ 12.500,00 - 40 horas
Residência Titular em Física: 20 vagas - R\$ 4.000,00 - 20 horas
- Leitura obrigatória:
Cronologia da Física - ELM SEGUNDA ACADEMIA - LANTIERNE - 0 -
O Caráter científico da Física - de G. K. S. - 1939 - 1940 - 1941 - 1942 - 1943 - 1944 - 1945 - 1946 - 1947 - 1948 - 1949 - 1950 - 1951 - 1952 - 1953 - 1954 - 1955 - 1956 - 1957 - 1958 - 1959 - 1960 - 1961 - 1962 - 1963 - 1964 - 1965 - 1966 - 1967 - 1968 - 1969 - 1970 - 1971 - 1972 - 1973 - 1974 - 1975 - 1976 - 1977 - 1978 - 1979 - 1980 - 1981 - 1982 - 1983 - 1984 - 1985 - 1986 - 1987 - 1988 - 1989 - 1990 - 1991 - 1992 - 1993 - 1994 - 1995 - 1996 - 1997 - 1998 - 1999 - 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004 - 2005 - 2006 - 2007 - 2008 - 2009 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 - 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030 - 2031 - 2032 - 2033 - 2034 - 2035 - 2036 - 2037 - 2038 - 2039 - 2040 - 2041 - 2042 - 2043 - 2044 - 2045 - 2046 - 2047 - 2048 - 2049 - 2050 - 2051 - 2052 - 2053 - 2054 - 2055 - 2056 - 2057 - 2058 - 2059 - 2060 - 2061 - 2062 - 2063 - 2064 - 2065 - 2066 - 2067 - 2068 - 2069 - 2070 - 2071 - 2072 - 2073 - 2074 - 2075 - 2076 - 2077 - 2078 - 2079 - 2080 - 2081 - 2082 - 2083 - 2084 - 2085 - 2086 - 2087 - 2088 - 2089 - 2090 - 2091 - 2092 - 2093 - 2094 - 2095 - 2096 - 2097 - 2098 - 2099 - 2100 - 2101 - 2102 - 2103 - 2104 - 2105 - 2106 - 2107 - 2108 - 2109 - 2110 - 2111 - 2112 - 2113 - 2114 - 2115 - 2116 - 2117 - 2118 - 2119 - 2120 - 2121 - 2122 - 2123 - 2124 - 2125 - 2126 - 2127 - 2128 - 2129 - 2130 - 2131 - 2132 - 2133 - 2134 - 2135 - 2136 - 2137 - 2138 - 2139 - 2140 - 2141 - 2142 - 2143 - 2144 - 2145 - 2146 - 2147 - 2148 - 2149 - 2150 - 2151 - 2152 - 2153 - 2154 - 2155 - 2156 - 2157 - 2158 - 2159 - 2160 - 2161 - 2162 - 2163 - 2164 - 2165 - 2166 - 2167 - 2168 - 2169 - 2170 - 2171 - 2172 - 2173 - 2174 - 2175 - 2176 - 2177 - 2178 - 2179 - 2180 - 2181 - 2182 - 2183 - 2184 - 2185 - 2186 - 2187 - 2188 - 2189 - 2190 - 2191 - 2192 - 2193 - 2194 - 2195 - 2196 - 2197 - 2198 - 2199 - 2200 - 2201 - 2202 - 2203 - 2204 - 2205 - 2206 - 2207 - 2208 - 2209 - 2210 - 2211 - 2212 - 2213 - 2214 - 2215 - 2216 - 2217 - 2218 - 2219 - 2220 - 2221 - 2222 - 2223 - 2224 - 2225 - 2226 - 2227 - 2228 - 2229 - 2230 - 2231 - 2232 - 2233 - 2234 - 2235 - 2236 - 2237 - 2238 - 2239 - 2240 - 2241 - 2242 - 2243 - 2244 - 2245 - 2246 - 2247 - 2248 - 2249 - 2250 - 2251 - 2252 - 2253 - 2254 - 2255 - 2256 - 2257 - 2258 - 2259 - 2260 - 2261 - 2262 - 2263 - 2264 - 2265 - 2266 - 2267 - 2268 - 2269 - 2270 - 2271 - 2272 - 2273 - 2274 - 2275 - 2276 - 2277 - 2278 - 2279 - 2280 - 2281 - 2282 - 2283 - 2284 - 2285 - 2286 - 2287 - 2288 - 2289 - 2290 - 2291 - 2292 - 2293 - 2294 - 2295 - 2296 - 2297 - 2298 - 2299 - 2300 - 2301 - 2302 - 2303 - 2304 - 2305 - 2306 - 2307 - 2308 - 2309 - 2310 - 2311 - 2312 - 2313 - 2314 - 2315 - 2316 - 2317 - 2318 - 2319 - 2320 - 2321 - 2322 - 2323 - 2324 - 2325 - 2326 - 2327 - 2328 - 2329 - 2330 - 2331 - 2332 - 2333 - 2334 - 2335 - 2336 - 2337 - 2338 - 2339 - 2340 - 2341 - 2342 - 2343 - 2344 - 2345 - 2346 - 2347 - 2348 - 2349 - 2350 - 2351 - 2352 - 2353 - 2354 - 2355 - 2356 - 2357 - 2358 - 2359 - 2360 - 2361 - 2362 - 2363 - 2364 - 2365 - 2366 - 2367 - 2368 - 2369 - 2370 - 2371 - 2372 - 2373 - 2374 - 2375 - 2376 - 2377 - 2378 - 2379 - 2380 - 2381 - 2382 - 2383 - 2384 - 2385 - 2386 - 2387 - 2388 - 2389 - 2390 - 2391 - 2392 - 2393 - 2394 - 2395 - 2396 - 2397 - 2398 - 2399 - 2400 - 2401 - 2402 - 2403 - 2404 - 2405 - 2406 - 2407 - 2408 - 2409 - 2410 - 2411 - 2412 - 2413 - 2414 - 2415 - 2416 - 2417 - 2418 - 2419 - 2420 - 2421 - 2422 - 2423 - 2424 - 2425 - 2426 - 2427 - 2428 - 2429 - 2430 - 2431 - 2432 - 2433 - 2434 - 2435 - 2436 - 2437 - 2438 - 2439 - 2440 - 2441 - 2442 - 2443 - 2444 - 2445 - 2446 - 2447 - 2448 - 2449 - 2450 - 2451 - 2452 - 2453 - 2454 - 2455 - 2456 - 2457 - 2458 - 2459 - 2460 - 2461 - 2462 - 2463 - 2464 - 2465 - 2466 - 2467 - 2468 - 2469 - 2470 - 2471 - 2472 - 2473 - 2474 - 2475 - 2476 - 2477 - 2478 - 2479 - 2480 - 2481 - 2482 - 2483 - 2484 - 2485 - 2486 - 2487 - 2488 - 2489 - 2490 - 2491 - 2492 - 2493 - 2494 - 2495 - 2496 - 2497 - 2498 - 2499 - 2500 - 2501 - 2502 - 2503 - 2504 - 2505 - 2506 - 2507 - 2508 - 2509 - 2510 - 2511 - 2512 - 2513 - 2514 - 2515 - 2516 - 2517 - 2518 - 2519 - 2520 - 2521 - 2522 - 2523 - 2524 - 2525 - 2526 - 2527 - 2528 - 2529 - 2530 - 2531 - 2532 - 2533 - 2534 - 2535 - 2536 - 2537 - 2538 - 2539 - 2540 - 2541 - 2542 - 2543 - 2544 - 2545 - 2546 - 2547 - 2548 - 2549 - 2550 - 2551 - 2552 - 2553 - 2554 - 2555 - 2556 - 2557 - 2558 - 2559 - 2560 - 2561 - 2562 - 2563 - 2564 - 2565 - 2566 - 2567 - 2568 - 2569 - 2570 - 2571 - 2572 - 2573 - 2574 - 2575 - 2576 - 2577 - 2578 - 2579 - 2580 - 2581 - 2582 - 2583 - 2584 - 2585 - 2586 - 2587 - 2588 - 2589 - 2590 - 2591 - 2592 - 2593 - 2594 - 2595 - 2596 - 2597 -





CERTIDÃO

Nº. 0869/2019

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 204568 e Prontuário nº 2019.02.001133 pertencentes à **EDINALDO GUIMARAES DUTRA** que foi atendido dia 09/02/2019 às 22H25min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/02/2019 com alta médica 01/03/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de junho de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58055-287 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1989
FAX: () CNES:

Ficha Nr: 204568 Atid: Nao Registrado
Data: 09/02/2019
Hora: 22:29:44
Aceptado: HEDUMA MARIA HONORATO MT
Especial: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

CNS: 708701103497999 Sexo: M IDENTIDADE: 204568 Fone: 986543079

Natural: RIO TINTO/PB Data Nasc: 36/01/1939 Id: 32 anos(a)

End.: SÍTIO SALEMA, 00

Bairro: CENTRO Cidade: SALEMA (RIO TINTO) UF: PB

Mae: MARIA GUIMARAES BEZERRA

Raca: PANDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: PEDREIRO (FORA EXCECOPS)

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: O MESMO

Tel/Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: S

Residencia: HOSPITAL GERLA DE MAMANGUAPE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Via de acidente por: QUEDA DE MOTO - NO. 20.000

Vitima de violencia por: SÍTIO SALEMA - Z. R. RIO TINTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: VERMELHO

PA: PR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: C2:

Doença Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Apaxientemente Bem	☐ Grava
☐ Politraumatizado	☐ Convulsao
☐ Hemorragia	☐ Dispnéia
☐ Claustro	☐ Agitado
☐ Regular	☐ Choque
☐ Comido	
☐ Observar	

Historia - Exame Fisico - Hora do atendimento: 22:29

Pac. vítima de acidente de mot.
vego muito ou pouco
fui quem o deu em Vinte e ②

Diagnóstico

FRATURAS DO BASTARDO

Fratura do Moleto da Mão

Assinado por
V. C. L. B. L.

Assinado por
Lauri E. C. Junior
Ortopedia



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtda	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservado p/ Literacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia	☐ Transferido	☐ Desleitoria	☐ UTI
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	☐ Gastos	☐ Atestado ☐ SVO

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>CARNEIRO GIMENEZ DUTRA</u>		Data da Admissão: <u>09/02/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Profissão: _____
Escolaridade: _____	Religião: _____		
Data de Nascimento: <u>1/1</u>			
QPD: <u>Dor e Deformidade em Vozzeiro (C)</u>			
HDA: <u>Lesão de pele de caráter de necrose gangrenosa em vozzeiro (C)</u> <u>Ex: ferida de úlcera de pressão.</u>			
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 [] Diarreia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 3/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] 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 = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Rx Fratura do Ulnar lateral

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fratura de Voleto

Conduta: _____

Intervenção para Voleto
Cirurgico

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 55000-000, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Nome: Edinaldo Guimarães Dutra				Registro:	
Idade: 32 ANOS	Sexo: MASC	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 28-02-2019			Cirurgião: DR ANDRE SIQUEIRA		
1º Assistente: DR LEONARDO			2º Assistente: DR FELLIPE		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Fratura do Moleto lateral				S82.6	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
Osteossíntese do Tornozelo					
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					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Realizado garroteamento de membro inferior</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
Incisão:
<i>Incisão em região medial do tornozelo</i>
<i>Dissecção por planos até foco de fratura</i>
<i>Hemostasia com eletrocautério</i>
Achados:
<i>Visualização de fratura do maléolo lateral</i>
Conduta:
<i>Realizada manobra de redução</i>
<i>Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem</i>
<i>Aposição de placa 5 furos com 5 parafusos corticais.</i>
<i>Realizado RX controle</i>
<i>Limpeza de ferida operatória com SF a 0,3%</i>
Fechamento:
<i>Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele</i>
<i>Curativo</i>
<i>Tala bota gessada</i>
OBS: Ato cirúrgico sem intercorrências

Data: 28-02-2019

MÉDICO/CRM

Rua Dr. Físca Inês Costa Duarte, 574, CEP 58056-284, Mangabeira II, João Pessoa - PB



**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME: Edinaldo Guimarães Dutra

PRONTUÁRIO Nº

IDADE: 32 anos

SEXO: MASC

COR

CLÍNICA

Ortopedia

ENF.:

LEITO:

DATA DE ADMISSÃO: 09-02-2019

DATA DE ALTA: 01-03-2019

TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do Maléolo Lateral do tornozelo

CID

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

S82.6

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

CONDIÇÕES DE ALTA

(X) MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

()

RESUMO CLÍNICO

(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral esquerdo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO:

Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA E DÍPIRONA

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

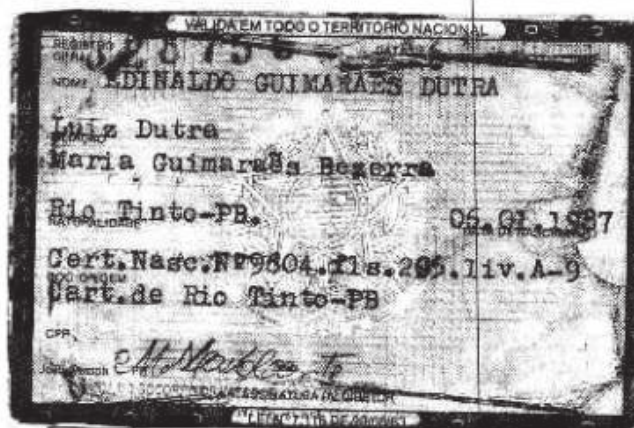
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR Andre Siqueira

ALTA HOSP. ORIENTADA POR DR SAVIO.

01-03-2019

DATA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9429984832

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 2 89305196-9 00703000000

NOME/ENDEREÇO
VANILDA SANTANA DA SILVA
R. ESTRADA ANTIGA P/ RECIFE SN
COLINAS DO SUL
54000000 JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ 06747059476 PLACA MM21948/PB

NOME ANTERIOR
STAB. MOTOS LTDA

PLACA ANT./UF NOVO PB 90665 CHASSI 906650008553

ESPECIE TIPO CAR/MOTOCICLETA/NAO A LIT. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ 125E ANO FAB 2006 ANO MOD 2006

CAP/POT/CIL 2 17/24 PCI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
A.F. BCO AEN AMRO DELE C.F.
VETC. COM ACORDO DE PARCELAMENTO
N.Motor : 83806-000000
JOAO PESSOA-PB LOCAL DATA 06/06/2012

40665 39918



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190587297 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO GUIMARAES DUTRA **Data do acidente:** 09/02/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360522/19

Vítima: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

CPF: 097.707.954-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/02/2019

Titular do CPF: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDINALDO GUIMARAES DUTRA : 097.707.954-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: EDINALDO GUIMARAES DUTRA
CPF: 097.707.954-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDINALDO GUIMARAES DUTRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

