

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, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190295089

Vítima: MAURICIO SILVANO DA COSTA

Data do Acidente: 20/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURICIO SILVANO DA COSTA

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

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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190295089 **Vítima: MAURICIO SILVANO DA COSTA**

Data do Acidente: 20/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURICIO SILVANO DA COSTA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MAURICIO SILVANO DA COSTA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 00000733

Conta: 0000049473-6

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, retorno 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:

Nome completo da vítima:

12069755479 Mauricio Silvano da Costa

CPF:

Numero:

Complemento:

CEP:

Estado:

Tel.(DDD):

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

Nome completo:

Endereço:

Mauricio Silvano da Costa

Profissão:

Cidade:

Recuso

Estado:

Endereço:

CEP:

Barroso

58339 - 000

Área Rural

58339 - 000

58339 - 000

E-mail:

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

58339 - 000

</



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03788.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03788.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu Mauricio Silvano da Costa, CPF nº 120.697.554-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Josefa Severina da Silva e Severino do Ramo da Costa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/09/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Praça Noel Rodrigues de Lima, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Casa, na cidade de São José dos Ramos/PB.

Dados do(s) Fatos:

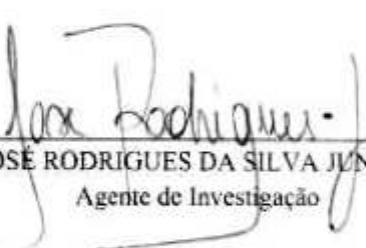
Local: Pb 054, Sentido Itabaiana, São José dos Ramos/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/08/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

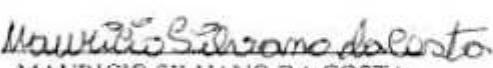
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/08/2018, POR VOLTA DAS 16:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR BRANCA, ANO 2016, PLACA OEW-8102/PB, CHASSI 9C2KC2210GR029374, REGISTRADA EM NOME DE FABIO JUNIOR DA SILVA ARAUJO, NA RODOVIA PB 054, ALTURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS RAMOS/PB, QUANDO BATEU EM UM CACHORRO, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO ATÉ O HOSPITAL DE ITABAIANA, ONDE FOI ATENDIDO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA E APOS ATENDIDO FOI TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODACTILO DIREITO, CONFORME CERTIDÃO 1667/2018, ASSINADO PELA DRA. ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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, expço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


MAURICIO SILVANO DA COSTA
Noticiante

23 ABR. 2019

Procedimento Policial: 03788.01.2019.1.00.401

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:

Nome completo da vítima:

12069755479 Mauricio Silvano da Costa

CPF:

Numero:

Complemento:

CEP:

Estado:

Tel.(DDD):

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

Nome completo:

Endereço:

Mauricio Silvano da Costa

Profissão:

Cidade:

Recuso

Estado:

Endereço:

Barroso

CEP:

Endereço:

Área Rural

Nome:

Endereço:

São José dos Ramos

Estado:

Endereço:

PB

Endereço:

58339-000

Endereço:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Sómente 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: 0733 CONTA: 2947 3 6
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (var nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na 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: *Jane Pessoa - PB 26/02/19*
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Mauricio Silvano da Costa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

25/02/2017 Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.

CERTIDÃO

Nº. 1667/2018

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155898 e Prontuário nº 2018.08.003166 pertencentes **MAURICIO SILVANO DA COSTA** ao requerente que foi atendido dia 21/08/2018 às 00H47min, apresentando trauma em ante pé direito.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de falange proximal do 4º pododáctilo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 24/08/2018 com alta médica dia 29/08/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de dezembro de 2018

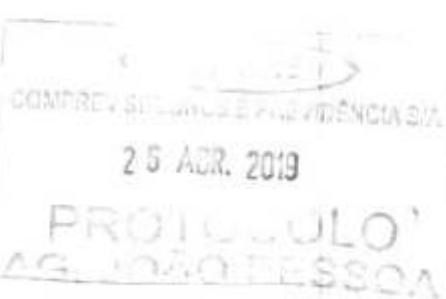

Rosangela M. Escorel Almeida

Médica da Vigilância à Saúde

CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde

CRM/PB 3883



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: 155898 Atd. Nao Regula
Data: 21/08/2018
Hora: 00:47:02
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES I
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MAURICIO SILVANO DA COSTA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.08.003166

CNS: 201237422710003 Sexo: M IDENTIDADE: 4076999 Fone: 987138092

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/09/1996 Id: 21 ano(s)

End.: SITIO/ LAGOA DE PEDRA,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAO JOSE DOS RAMOS UF :PB

Mae: JOSEFA SEVERINA DA SILVA

Pai: SEVERINO DO RAMO DA COSTA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: DESEMPREGADO

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MAURICIO SILVANO DA COSTA

Tel/Doc. Responsavel: 987138092 / IDENTIDADE: 4076999

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

26 ABR 2019

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

Ca Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemias: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Queixa Principal

[] Vomito

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADO DO HETSHL COM TRAUMA EM PE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente refre de um pé Esg. aparentando fr. exposto em IIIº PDD

Diagnostico

Fr. exposto de IIIº PDD

Conduta

Rx

fralange proximal

Prescricao

internado pl. protegerem il duto frap.

Horario da medicacao

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: 10/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO SILVANO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000049473-6

Nr. da Autenticação F2AB8577A8A6106F



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 de referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 Alexandria Cesar Duarte

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

Maurício Silvano da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 320697554-79
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maurício Silvano da Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 320697554-79 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscau José, 6. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento:
Beião:	<u>Chamigalheira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:		CEP: <u>58056-384</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: João Pessoa - PB 26/04/2019

Assinatura do Declarante

26 ABR. 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Veículo: MOTO 160 TITANEX
Modelo: 2016
Ano: 0EW81021PB
Placa: 9C2K2210GR029374
Chassi: 20-08-18
Data do Acidente:
Local e Data: São José dos Campos, 08-04-19

8 Fábio Júnior da Silva Araújo
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Mauricio Soria de Gómez

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



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 21/08/18

Nome: Mauricio Silvano do Canto Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Nome da Mãe: _____ Bairro: _____

Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Sexo: F M Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1

Escolaridade: _____

QPD: Dor + fúneulo em antepé D.

HDA: Parcenti vítima de trânsito acidente hoje após acidente automóvel, apresentando do Hop. de trânsito com sus. de clavícula. Condutor e Furt. Existe de IIº ADD falange proximal com de 9 horas de evolução.

Medicações em uso: _____ Data: 25/08/2019

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 Expectorção Hemoptise Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

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

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematuria Mal Cheiro Comimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidex pós-reposo Deformidades Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []JDM []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: _____ 23 AGO. 2009

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Rx endosc. frot. de IIIº POD falange proximal

Hipóteses Diagnósticas: Rx - suspeita de IIIº POD falange proximal com evolução de 9 horas de evolução.

Rx - de pulmão e fígado - comprovado.

Conduta: Internar p/ antibiótico e observar se Rx - sp. de IIIº POD

Rx de fáscia AP e outro E AP

Rx de p/ E AP e obturador

Dr. Evertton



■ Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Dados do paciente						CNS 201237422710003	Prontuário
Nome MAURICIO SILVANO DA COSTA				Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Data de Nascimento 20/09/1996	Idade 21A 11M 1D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA				
Nome da Mãe JOSEFA SEVERINA DA SILVA				Nome da Pai SEVERINO DO RAMO DA COSTA			
Endereço LAGOA DE PEDRA				Bairro ZONA RURAL			Cep 58339000
Município SAO JOSE DOS RAMOS - PB				Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 987794937	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262		Telefone (83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Dados da Unidade de atenção primária		AP	Endereço
Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY			RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA A PEDIDO <i>médica (transfusão)</i>		<i>Endereço de origem</i> <i>11/08/2018</i> <i>11/08/2018</i>	

Assinatura e carimbo do profissional



Nome: Mauricio Silvano da costa			Registro:
Idade: 21a	Sexo: Masc	Cor:	Clinica: Traumatol. EMP: LR:
Data: 29/08/2018		Cirurgião: Thales couceiro	
1º Assistente: galvão		2º Assistente:	
Anestesista: imbelloni		Instrumentador:	
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Fratura da falange proximal do 4 pododáctilo direito</i>			S92.3
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>O mesmo</i>			
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)			CÓDIGO
<i>Redução inCruenta + Fixação Percutânea do pé Dir</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não			
Descreva:			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de fratura em falange proximal do 3º pdd com uso de intensificador de imagem

Conduta:

Realizada manobra de redução da fratura do 3º pododáctilo

Redução de fragmentos ósseo do pé direito

Aposição de 01 fio(s) de kirschner em 3º pododáctilo direito sob uso de intensificador de imagem

29 ABR 2017

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Curativo

OBS:

Data: 29 / 08 / 2018

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
120.697.554-79

Nome
MAURICIO SILVANO DA COSTA

Nascimento
20/09/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.076.999	DATA DE EXPEDIÇÃO	04/08/2012
NOME MAURICIO SILVANO DA COSTA			
FILIAÇÃO: SEVERINO DO RAMO DA COSTA JOSEFA SEVERINA DA SILVA			
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO	
DOC. ORIGEM	NASC. N. 78640 FLS. 045 LIV. A-75	20/09/1996	
CPF	CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB.		
Assinatura do Diretor do Cartório			
LEI N° 7.118 DE 29/06/83			

REPUbLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-063

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Mauricio Silvano da Costa
ASSINATURA DOTTURAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE



PRINTED PLASTICIAN 894056231

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190295089 **Cidade:** São José dos Ramos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO SILVANO DA COSTA **Data do acidente:** 20/08/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER). TRATAMENTO CONSERVADOR DE CLAVÍCULA ESQUERDA E ALTA MÉDICA. PÁG 3 E 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190295089 **Cidade:** São José dos Ramos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO SILVANO DA COSTA **Data do acidente:** 20/08/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER). TRATAMENTO CONSERVADOR DE CLAVÍCULA ESQUERDA E ALTA MÉDICA. PÁG 3 E 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Mauricio Silvano da costa, brasileiro(a), estado civil solteiro profissão desempregado, residente e domiciliado à Rua Sítio Lagoa de Pedra nº 3N, bairro Sítio Lagoa de Pedra, Município de São José dos Ramos, Estado de (o) Paraíba, Cep: 53105-560, portador(a) do RG nº 4-076.999, SSP/PB e CPF nº 120.697.554-79

Outorgado: Alessandra Presas Duarte, brasileiro(a), estado civil casado profissão enfermiga, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal, bairro Jardim 153, bairro Manoel Gabeira, Município de São José dos Ramos, Estado de (o) PB, Cep: 53105-384, portador (a) do RG nº 362.7713 SSP/ PB e CPF nº 026-502-754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr (a) Mauricio Silvano da costa, ocorrido em 20.10.18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza um validez.

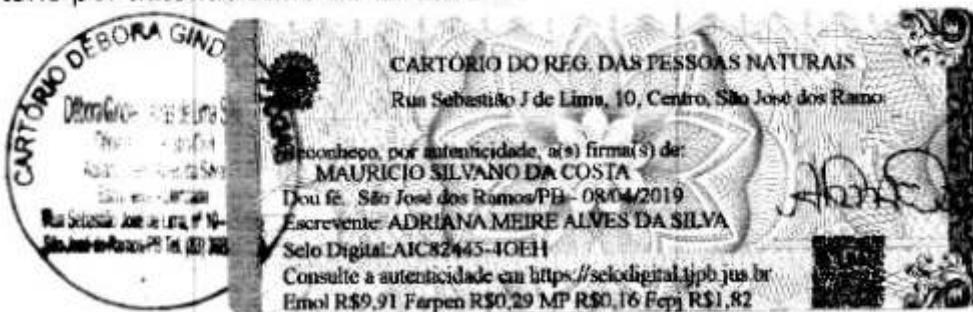
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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.

São José dos Ramos, 08, de abril de 2019.

26 ABR 2019

X Mauricio Silvano da costa
Outorgante
CPF Nº 120.697.554-79

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0141877/19

Vítima: MAURICIO SILVANO DA COSTA

CPF: 120.697.554-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2018

Titular do CPF: MAURICIO SILVANO DA COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

MAURICIO SILVANO DA COSTA : 120.697.554-79

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: 26/04/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

ALEXANDRA CESAR DUARTE

RENATO LUNA DIAS