



23/09/2020

Número: **0858158-71.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 675,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAURICIO SILVANO DA COSTA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34665 292	23/09/2020 15:06	2750531_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, 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,

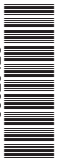
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14241945

Pag. 00851/00852 - carta_01 - INVALIDEZ

00020426





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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 12069755479 Nome completo da vítima: Maurício Silvano da Costa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Maurício Silvano da Costa CPF: 12069755479
Profissão: Recuso Endereço: Sit Pau Apique Número: 50 Complemento: _____
Bairro: Area Rural Cidade: São José dos Ramos Estado: PB CEP: 58339-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0733

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 49473

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação ou finalização total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso decorrente do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Paulo - PB 20/04/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

FP5.001 V001/2018



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 **Maurício 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.**

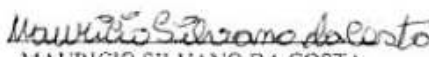
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 RODÓVIA 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 APÓS ATENDIDO FOI TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Agente de Investigação


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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 12069755479 Nome completo da vítima: Maurício Silvano da Costa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Maurício Silvano da Costa CPF: 12069755479
Profissão: Recuso Endereço: Sit Pau Apique Número: 50 Complemento: _____
Bairro: Area Rural Cidade: São José dos Ramos Estado: PB CEP: 58339-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0733

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 49473

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(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 efetivação ou crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou
pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Paulo - PB 20/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maurício Silvano da Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

FP5.001 V001/2018





CERTIDÃO

Nº. 1667/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA 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 de Atendimento Ambulatorial nº 155898 e Prontuário nº2018.08.003166 pertencentes **MAURICIO SILVANO DA COSTA** ao requerente que foi atendido dia 21/08/2018 às 00H47min, apresentando trauma em ante pé direito.

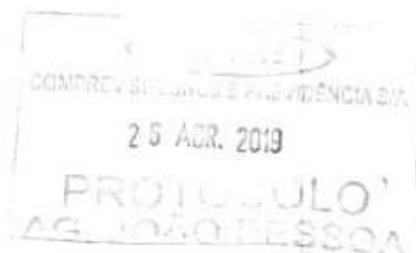
Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de falange proximal do 4º pododáctilo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 24/08/2018 com alta médica dia 29/08/2018.

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

João Pessoa, 10 de dezembro de 2018

Rosângela 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. Não Regula
Data: 21/08/2018
Hora: 00:47:02
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clínica: 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

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

25 ABR 2019

PROTOCOLO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

C. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem

[] Grave

[] Politraumatizado

[] Convulsao

[] Hemorragia

[] Dispneia

[] Diarreia

[] Agitado

[] Regular

[] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE ENCAMINHADO DO HETSHL COM TRAUMA EM PE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente refere dor em pé Esq. apertado fr. exposto em IIIº PDD

Diagnostico

*Fr exposto de IIIº PDD
falange proximal*

| Conduta

Rx

Prescricao

Intencao p/ estabilizar il distal do fêmur

| 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



MANOEL AUGUSTO DE ARAUJO
 ST PAU ARIQUE, S/N - AREA RURAL
 SAC JOSE DOS RAMOS / PB CEP: 58200000 (4-1) 112
 Emissão: 13/08/2018 Referência: Ago / 2018
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDIA MONOFASICA Q210
 Rotômetro: S-237-1937-1937 N° medidor: 15559979735

ENERGISA PARAUAÍ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 PMS - Centro Federal - João Pessoa - PB CEP: 50716-10
 CNPJ: 06.954.000/0001-40 Inscrição: 16.106.250

Nota Fiscal / Unidade: Energia Elétrica / Volts: 127 Volts
 Cód. para Gê. Automático: 00018300447

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 063 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF / CNPJ / RAN**
 Ago / 2018 13/08/2018 11/09/2018 977.804.134-20

UC (Unidade Consumidora): **5/1855046-7**

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							
12/07/18	621	13/08/18	697	1	76	32				
Demonstrativo										
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq. Imposto	Base Calc. Pto. (R\$)	Cálculo (R\$)	Cálculo (R\$)		
				Preços Totais (R\$)	CMR (R\$)	ICMS	Pto. Cálculo (R\$)	(1.0045%) (4.0055%)		
0601	Consumo de 20 kWh BR	20,000	0,245940	7,37	7,37	35	1,54	7,37	0,08	0,08
0601	Consumo de 31 a 100 kWh BR	48,000	0,401510	19,26	19,26	25	4,94	19,26	0,21	0,21
0601	Adic. B. Vermeia			2,75	2,75	25	0,69	2,75	0,03	0,14
0610	Subsídio			30,52	30,52	25	7,63	30,52	0,33	1,57
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 05/2018			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018			0,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 05/2018			0,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0809	DEVALUÇÃO SUBSÍDIO			-21,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

COMPANHIA DE ENERGIA DE PARAUAÍ
 25 ABR 2019
 FROILAN DO
 AG. JOÃO FES. 01



[illegible][illegible]

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.842.224-40

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Quem quiser a conta de 101, pode ligar para o número 0800-000000 e pedir a conta de qualquer ponto de ônibus de São Paulo. O número de ligação é gratuito. O prazo de validade da conta é de 30 dias.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
01/01/14	35,10	01/01/14	35,10			31
Demonstrativo						
GO - Energia		Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Preço Unitário	Valor
		35,10	35,10	0,00	0,00	0,00
GO - Consumos em kWh		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS EM VALORES						
GO - CONTRATO DE ENERGIA		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

C6) Gagliard Contravergenza	TOTALE	70-75	104-11	1024	124,17	184	420
-----------------------------	--------	-------	--------	------	--------	-----	-----

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
101	28/01/2019	R\$ 195.22

Histórico de Consumo (kWh)

44	24	4	102	221	222	127	201	186	222	222	222
44	24	4	102	221	222	127	201	186	222	222	222

85f1 69f1 dd42.d3c2 aaed 644b 9cc1 f932

Indicadores de Qualidade		31/12/2019 - Mesagem 2019		31/12/2018 - Mesagem 2018	
	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
1 - TENSÃO	4,10	0,00			
2 - TENSÃO	1,10		NORMAL	120	
3 - TENSÃO	2,10				
4 - TENSÃO	3,10	0,00	EXCELENTE	100	
5 - TENSÃO	4,10		EXCELENTE	120	
6 - TENSÃO	5,10	0,00	EXCELENTE	120	
7 - TENSÃO	6,10		EXCELENTE	120	
8 - TENSÃO	7,10		EXCELENTE	120	
9 - TENSÃO	8,10		EXCELENTE	120	
10 - TENSÃO	9,10		EXCELENTE	120	
11 - TENSÃO	10,10		EXCELENTE	120	
12 - TENSÃO	11,10		EXCELENTE	120	
13 - TENSÃO	12,10		EXCELENTE	120	
14 - TENSÃO	13,10		EXCELENTE	120	
15 - TENSÃO	14,10		EXCELENTE	120	
16 - TENSÃO	15,10		EXCELENTE	120	
17 - TENSÃO	16,10		EXCELENTE	120	
18 - TENSÃO	17,10		EXCELENTE	120	
19 - TENSÃO	18,10		EXCELENTE	120	
20 - TENSÃO	19,10		EXCELENTE	120	
21 - TENSÃO	20,10		EXCELENTE	120	
22 - TENSÃO	21,10		EXCELENTE	120	
23 - TENSÃO	22,10		EXCELENTE	120	
24 - TENSÃO	23,10		EXCELENTE	120	
25 - TENSÃO	24,10		EXCELENTE	120	
26 - TENSÃO	25,10		EXCELENTE	120	
27 - TENSÃO	26,10		EXCELENTE	120	
28 - TENSÃO	27,10		EXCELENTE	120	
29 - TENSÃO	28,10		EXCELENTE	120	
30 - TENSÃO	29,10		EXCELENTE	120	
31 - TENSÃO	30,10		EXCELENTE	120	
32 - TENSÃO	31,10		EXCELENTE	120	
33 - TENSÃO	32,10		EXCELENTE	120	
34 - TENSÃO	33,10		EXCELENTE	120	
35 - TENSÃO	34,10		EXCELENTE	120	
36 - TENSÃO	35,10		EXCELENTE	120	
37 - TENSÃO	36,10		EXCELENTE	120	
38 - TENSÃO	37,10		EXCELENTE	120	
39 - TENSÃO	38,10		EXCELENTE	120	
40 - TENSÃO	39,10		EXCELENTE	120	
41 - TENSÃO	40,10		EXCELENTE	120	
42 - TENSÃO	41,10		EXCELENTE	120	
43 - TENSÃO	42,10		EXCELENTE	120	
44 - TENSÃO	43,10		EXCELENTE	120	
45 - TENSÃO	44,10		EXCELENTE	120	
46 - TENSÃO	45,10		EXCELENTE	120	
47 - TENSÃO	46,10		EXCELENTE	120	
48 - TENSÃO	47,10		EXCELENTE	120	
49 - TENSÃO	48,10		EXCELENTE	120	
50 - TENSÃO	49,10		EXCELENTE	120	
51 - TENSÃO	50,10		EXCELENTE	120	
52 - TENSÃO	51,10		EXCELENTE	120	
53 - TENSÃO	52,10		EXCELENTE	120	
54 - TENSÃO	53,10		EXCELENTE	120	
55 - TENSÃO	54,10		EXCELENTE	120	
56 - TENSÃO	55,10		EXCELENTE	120	
57 - TENSÃO	56,10		EXCELENTE	120	
58 - TENSÃO	57,10		EXCELENTE	120	
59 - TENSÃO	58,10		EXCELENTE	120	
60 - TENSÃO	59,10		EXCELENTE	120	
61 - TENSÃO	60,10		EXCELENTE	120	
62 - TENSÃO	61,10		EXCELENTE	120	
63 - TENSÃO	62,10		EXCELENTE	120	
64 - TENSÃO	63,10		EXCELENTE	120	
65 - TENSÃO	64,10		EXCELENTE	120	
66 - TENSÃO	65,10		EXCELENTE	120	
67 - TENSÃO	66,10		EXCELENTE	120	
68 - TENSÃO	67,10		EXCELENTE	120	
69 - TENSÃO	68,10		EXCELENTE	120	
70 - TENSÃO	69,10		EXCELENTE	120	
71 - TENSÃO	70,10		EXCELENTE	120	
72 - TENSÃO	71,10		EXCELENTE	120	
73 - TENSÃO	72,10		EXCELENTE	120	
74 - TENSÃO	73,10		EXCELENTE	120	
75 - TENSÃO	74,10		EXCELENTE	120	
76 - TENSÃO	75,10		EXCELENTE	120	
77 - TENSÃO	76,10		EXCELENTE	120	
78 - TENSÃO	77,10		EXCELENTE	120	
79 - TENSÃO	78,10		EXCELENTE	120	
80 - TENSÃO	79,10		EXCELENTE	120	
81 - TENSÃO	80,10		EXCELENTE	120	
82 - TENSÃO	81,10		EXCELENTE	120	
83 - TENSÃO	82,10		EXCELENTE	120	
84 - TENSÃO	83,10		EXCELENTE	120	
85 - TENSÃO	84,10		EXCELENTE	120	
86 - TENSÃO	85,10		EXCELENTE	120	
87 - TENSÃO	86,10		EXCELENTE	120	
88 - TENSÃO	87,10		EXCELENTE	120	
89 - TENSÃO	88,10		EXCELENTE	120	
90 - TENSÃO	89,10		EXCELENTE	120	
91 - TENSÃO	90,10		EXCELENTE	120	
92 - TENSÃO	91,10		EXCELENTE	120	
93 - TENSÃO	92,10		EXCELENTE	120	
94 - TENSÃO	93,10		EXCELENTE	120	
95 - TENSÃO	94,10		EXCELENTE	120	
96 - TENSÃO	95,10		EXCELENTE	120	
97 - TENSÃO	96,10		EXCELENTE	120	
98 - TENSÃO	97,10		EXCELENTE	120	
99 - TENSÃO	98,10		EXCELENTE	120	
100 - TENSÃO	99,10		EXCELENTE	120	
Total				198,22	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

PARABA
 February 22, 1963
 March 1, 1963

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28/01/2019	R\$ 195.22

83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8



26 ABR. 2013





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: 4024-1596 / 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 SUSEP 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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP¹.

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Bezerra Duarte

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

Chaurício Silvano da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 120697554 / 79

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Chaurício Silvano da Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 120697554 / 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>357</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangabeira</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

Alexandra Bezerra Duarte
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fábio Júnior da Silva Araújo
RG nº 3.538.198 data de expedição 17/04/2007
Órgão SSP-PB portador do CPF nº 09614854421 com
domicílio na cidade de São José dos Ramos no Estado de
Paraíba onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Pau-a-Pique nº 544
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maurício Silvano da Costa cujo o condutor era
Maurício Silvano da Costa

Veículo: MOTO 160 TITANEX
Modelo: 2016
Ano: 0EW81021PB
Placa: 9C2K2210GR029374
Chassi: 9C2K2210GR029374
Data do Acidente: 20-08-18
Local e Data: São José dos Ramos, 08-09-19

x Fábio Júnior da Silva Araújo
Assinatura do Declarante

Maurício Silvano da Costa

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Maurício Silvano do Couto Data da Admissão: 21.09.18
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: DR + frumento em antipt D.
HDA: Paciente vítima de trauma cefálico após acidente automobilístico, admitido ao Hop. de trauma com fr. de clavícula, tornozelo e fr. exposto de II° por ferimento perioral com 9 horas de evolução.
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
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ 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: _____ [] HTF

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 = _____ mmHg

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares:

Rx end. fot. de III^o PDD falange proximalHipóteses Diagnósticas: Rx. upote de III^o PDD falange proximal com +

de 4 horas de evolução.

Rx. de base da E. pulso - conservado.

Conduta: Internar p/ avaliação e tratamento de fr. exp. de III PDD

ex de fr. exp. de III PDD e fr. exp. de III PDD

Rx de fr. exp. de III PDD e fr. exp. de III PDD

Rx de fr. exp. de III PDD e fr. exp. de III PDD

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Gua de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

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

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA, ROSINO I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA A PEDIDO <i>mi-lua (transfere)</i>		
Resultado de exames complementares #ORTOPEDIA #PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, GS:15. REFERE QUADRO DE DOR EM OMBRO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO. FERIMENTO LOCAL EM PÉ ESQUERDO. RX: FRATURA FECHADA DE CLAVICULA ESQUERDA (TRATAMENTO CONSERVADOR - IMOBILIZAÇÃO EM 8) FRATURA EXPOSTA DE DE 3º PODODACTILO ESQUERDO (CEFALOTINA 1G AS 23:00) - EM ANEXO CD: ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA, CONFORME PACTUAÇÃO HOSPITALAR.		
CID S92.3	Data de encaminhamento 20/08/2018 23:56:01	

Assinatura e carimbo do profissional

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
25 AUL 2013
PROTUBULO
AG. JOAO PESSOA





Nome: <i>Maurício Silvano da costa</i>				Registro:	
Idade: <i>21a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatol.</i>	EMP:	LR:
Data: <i>29/08/2018</i>			Cirurgião: <i>Thales couceiro</i>		
1º Assistente: <i>galvão</i>			2º Assistente:		
Anestesista: <i>imbelloni</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura da falange proximal do 4 pododáctilo direito</i>					<i>S92.3</i>
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					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 57N, 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:

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 pododactilo

Redução de fragmentos ósseo do pé direito

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

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Curativo

OBS:

Data: 29 / 08 / 2018

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

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



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 EMISSÃO **04/08/2012**

NOME **MAURICIO SILVANO DA COSTA**

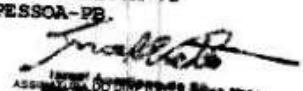
FILIAÇÃO **SEVERINO DO RAMO DA COSTA**
JOSEFA SEVERINA DA SILVA

NATURALIDADE **JOÃO PESSOA-PB** DATA DE NASCIMENTO **20/09/1996**

DOC ORIGEM
NASC. N. 78640 FLS. 045 LIV. A-75
CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB.

CPF

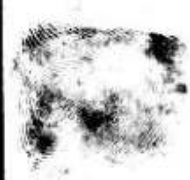
JOÃO PESSOA - PB


ASSINATURA DO DETENTOR DO Documento
LEI Nº 7.118 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

 **ESTADO DA PARAÍBA**

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-063
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO


ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSCITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / CRI / TITULO DE ID
2627718 EXP. PB

CPF
046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
21/08/1982

RESCAO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO **ACC** **CARTÃO**
[] [] []

Nº REGISTRO
01851749660

VALIDADEZ
16/01/2019

1ª EMISSÃO
29/06/2001

ASSINATURA
Alexandra Cesar Duarte

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/01/2014

ASSINATURA
Rodolfo Carneiro

66588356744
78027919595

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSCITO

VALIDADEZ EM TODOS OS VEICULOS NACIONAIS
894056231

PERMISSÃO PLASTIFICAR
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: Maurício Silvano da Costa, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão desempregado, residente e domiciliado à Rua Sítio Lagoa de Pedra nº 51, bairro Sítio Lagoa de Pedra, Município de São José dos Ramos, Estado de (o) Paraíba, Cep. 55056-384, portador(a) do Rg nº 4.076.999, SSP/PB e CPF nº 120.697.554-79.

Outorgado: Alexandre Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agent Fiscal J. Neto Duarte nº 157, bairro Mar Caberme, Município de São José dos Ramos, Estado de (o) PB, Cep. 55056-384, portador (a) do RG nº 262.77.13, SSP/ PB e CPF nº 026.502.754-79.

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) Maurício Silvano da Costa, ocorrido em 20.1.08.18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza um válido.

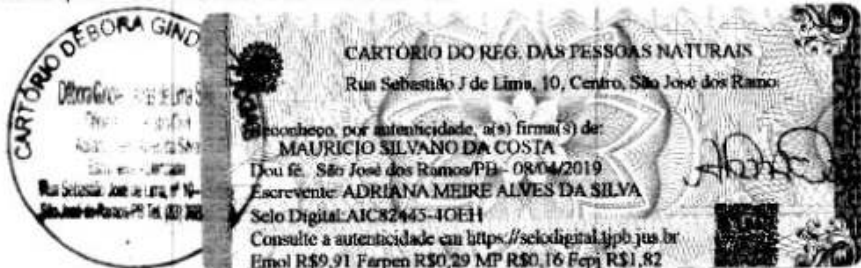
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim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

20 ABR. 2019
PROTOCOLADO
ACORDADO

Maurício 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 médico-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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS

