



Número: **0803933-61.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **29/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANILO DA COSTA MARCULINO (AUTOR)		PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36420 206	09/11/2020 14:38	2755122_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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200116148

Vítima: DANILO DA COSTA MARCULINO

Data do Acidente: 26/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANILO DA COSTA MARCULINO

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,

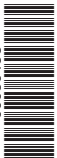
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15615168

Pag. 00975/00976 - carta_01 - INVALIDEZ

00030488





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, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200116148

Vítima: **DANILO DA COSTA MARCULINO**

Data do Acidente: 26/11/2018

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANILO DA COSTA MARCULINO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **DANILO DA COSTA MARCULINO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **0000033669-0**

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:

Nome completo da vítima:

320.494.484-50

Danilo da Costa Marculino

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

Nome completo:

Danilo da Costa Marculino

CPF:

320.494.484-50

Profissão:

Poderado

Endereço:

Rua U.S. do Rosário

Número:

300

Complemento:

Bairro:

Funcionários

Cidade:

Jardim Resolva

Estado:

PB

CEP:

58000-000

E-mail:

Tel. (DDD):

(83) 99883-5088

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

RENDA MENSAL:☒ RECUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4033

CONTA:

33669

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.

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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.184/74, 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 MORTEEstado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Vítima deixou

pais/avós vivos?

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se aplicável)

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

FPS.001 V001/2018





**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00083.01.2020.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00083.01.2020.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:58 horas do dia 12 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Daniilo da Costa Marculino**, CPF nº 120.497.484-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Clenilda da Costa Lima e José Marculino Filho, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 09/09/1994 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nossa Senhora do Rosário, Nº 300, bairro Grotão, tendo como ponto de referência 300, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Nossa Senhora do Rosário, nº 300, 300, João Pessoa/PB, bairro Grotão; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/11/18 22:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

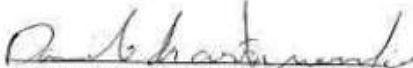
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que trafegava com o veículo de Placa: MNP5831-PB Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 31/03/2020 Observação: CHASSI: 9C2JC3070BR130916 Restrição: Financeira: Município: CONDE-PB Situação: EM CIRCULAÇÃO; QUE trafegava normalmente em sua mão quando, vinha na sua frente um veículo, não sabendo especificar marca e modelo, que o notificante foi desviar do veículo buscou o a frenagem traseira, mas o veículo (moto) não atendeu, fazendo com que o notificante viesse a derrapar e caído ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 01/02/2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar CID 10 S42,0

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, 12 de março de 2020.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


DANILO DA COSTA MARCULINO
Noticiante

Procedimento Policial: 00083.01.2020.1.00.420

1/1



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: 320.494.484-50 Nome completo da vítima: Danielo da Costa Marcelino

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

Nome completo: Danielo da Costa Marcelino CPF: 320.494.484-50

Profissão: Profermo Endereço: Rua U.S. do Rosário Número: 300 Complemento: _____

Bairro: Funcionários Cidade: Jaraguá Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 99833-5088

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4033 CONTA: 33669 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.

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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.184/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Danielo da Costa Marcelino (*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

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.

FPS.001 V001/2018



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 05/11/2020	ID da Ocorrência: 024001	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equip: 07	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base: Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: <u>Adriano de Almeida</u>		Idade: <u>34</u>	Sexo: ☐ Masc ☒ Fem	Telefone:		
Local da Ocorrência: ☐ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☐ Outro:						
Logradouro: <u>Rua...</u>		Bairro: <u>Outra</u>	Médico Regulador:			
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): <u>HOSPITAL</u>				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ TRANSFERÊNCIA
Motivo: <u>Acidente de trânsito</u>			Hospital de Origem:
Responsável:			Hospital de Destino:
Responsável:			Responsável:
CAUSAS EXTERNAS D- Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro:			ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo
☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro:			Quais?

1. DADOS VITAIS

PA: 120 x 80 FC: 89 FR: 16 HGT: 1.70 SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: ...
Intervenções: ...
Evolução do Enfermeiro: ...

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

...



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: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANILO DA COSTA MARCULINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000033669-0

Nr. da Autenticação 7BC3A617D83B2E4C

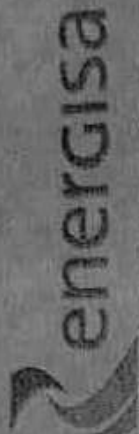


8805-7366 (2)

MAIRIA CLENILDA DA COSTA LIMA
FUNÇÃO DO BOMBEREIRO - FUNCIONARIO
SOLICITACAO DE BOMBEREIRO (AGU)

Ligação MONOFÁSICA
C/S 620 RES MTC 51 / RESIDENCIAL - BARRA FRENDA
Referência 10-2-468-4120
Medidor 00000220232

Referência F.V. / 2020
Emissão: 14/02/2020



ENERGISA PARAJÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br200, Km 25 - Grato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-900
CNPJ 09.093.188/0001-48 Insc. Est. 16.015.922-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 03.938.086
Cód. para Datas Automáticas: 00005260541

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

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Fev / 2020

14/02/2020

17/03/2020

033.384.654-03

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/526064-1

Canal de contato

Tabela de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200116148 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO DA COSTA MARCULINO **Data do acidente:** 26/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P-4-5-6-10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO 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 LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



ESPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia



Doença da pele
Leish

*Paciente portador de
CID 10: T92.1 no membro
superior esquerdo, cu-
rícula, pós acidente tra-
umático, com cicatrizes
devido a queimadura, 30% e
limites funcionais com
exatidão preclusiva do
membro afetado, afetado de
forma e com interpretação
determinada em sua vida.
Kazuo*

Dr. Djalma Bento F. Júnior
MÉDICO
CRM - PB 3874

10 03 20

* O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Rua Francisco Manoel, 5/A - Jaguaribe
João Pessoa/PB - Tel: (83) 3612.1000





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	DANILO DA COSTA MARCELINO
DATA DE NASCIMENTO	09/09/94
NOME DA MÃE	MARIA CLENILDA DA COSTA LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.120.176
DATA DO ATENDIMENTO	26/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	00:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, sem perda da consciência, com dor em região cervical, dor em ombro esquerdo, Glasgow 15. Presença de fratura de clavícula esquerda. Imobilização em 8.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro de ombro esquerdo
RX de braço esquerdo
TC de coluna cervical
TC de ombro esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura em clavícula esquerda.

TRATAMENTO:

Imobilização em 8.

ALTA HOSPITALAR:	06/11/18
DATA DA EMISSÃO:	01/02/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1120176



Identificação do paciente			
ID 1342792	Nome DANILO DA COSTA MARCULINO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 09/09/1994	Idade 24 anos 1 mes 28 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA CLENILDA DA COSTA LIMA		Pai JOSE MARCULINO FILHO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) STHEFANI DE LIMA CARNEIRO - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988717546	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 3940542	Nº Cns	
Local de procedência GROTAO	Tipo BAIRRO		UF PB
E-mail	Naturalidade ARARUNA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58079810	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO
Número 300	Complemento	Bairro GROTÃO	
Admissão			
Data e Hora 06/11/2018 00:26:24	Numero da pulseira 1000006924828	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tratado Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente admitido, consciente, sem lesões aparentes, vítima de acidente com lesões pelo corpo.			
Diagnóstico			CID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA			Tempo 01min 22seg

Imprimir

06/11/2018 00:25

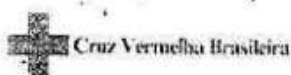


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:38:10

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914380983100000034770127

Número do documento: 20110914380983100000034770127

Num. 36420206 - Pág. 12



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente DANILO DA COSTA MARCULINO	BAE 1120176	Data/Hora Entrada 06/11/2018 00:26:24	Data Baixa
Data de nascimento 09/09/1994	Idade 24a 1m 28d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA CLENILDA DA COSTA LIMA			Telefone de Contato (83) 988717546
Endereço NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, 300	Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JUAZEL SILVESTRE NETO	Nº Cons. Regional 11302/PB
Data/Hora Classificação 06/11/2018 00:26:24		Data/Hora Prescrição 06/11/2018 00:41:23	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO O MESMO SEM CAPACETE, AFIRMA USO DE BEBIDA ALCOOLICA, NEGA PERCA DA CONSCIENCIA, NAUSEAS E VOMITOS. REFERE DOR LEVE EM REGIÃO CERVICAL, SEGUIDO DE DOR EM REGIÃO DE OMBRO ESQUERDO COM AMPLITUDE DO MOVIMENTO DIMINUIDA, ABRASÕES DIFUSA PELO CORPO.NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

AO EXAME:

A: COM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS(MANTENHO COLAR CERVICAL E RETIRO PRANCHA).

B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES.

C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME PLANO SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL.

D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MEMBROS PRESERVADA.

E: OMBRO ESQUERDO COM AMPLITUDE DE MOVIMENTO DIMINUIDA E ABRASÕES DIFUSAS.

CD:1- SOLICITO TC DE CERVICAL

2- RADIOGRAFIA DE OMBRO E BRACO ESQUERDO

3- SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA E NEURO

4- ALTA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF0,9%)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

DANILO DA COSTA MARCULINO

JUAZEL SILVESTRE NETO
(CRM: 11302/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/11/2018 00:27:46

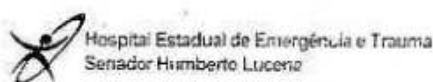
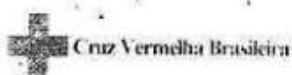
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=432987&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:38:10

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914380983100000034770127

Número do documento: 20110914380983100000034770127



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DANILO DA COSTA MARCULINO		BAE 1120176	Data/Hora Entrada 06/11/2018 00:26:24	Data Baixa
Data de nascimento 09/09/1994	Idade 24a 1m 28d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988717546
Mãe MARIA CLENILDA DA COSTA LIMA				Prontuário
Endereço NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, 300		Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO	Nº Cons. Regional 4687/PB	
Data/Hora Classificação 06/11/2018 00:26:24		Data/Hora Prescrição 06/11/2018 01:32:22		
Anamnese NEUROCIRURGIA - ACIDENTE DE MOTO, BEG, EUPNEICO, GLASGOW 15, SEM DÉFICITS APARENTE, DOR A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. TC CERVICAL NDN. CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA. AGUARDA ORTOPEDIA.				
Conduta Em observação				

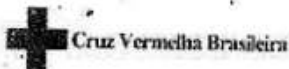
DANILO DA COSTA MARCULINO

LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO
(CRM: 4687/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/11/2018 00:27:46

2.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=432998&pesquisa=S&perform=im... 1/1





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ENFERMARIAS HTOP

Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454548

Paciente DANILO DA COSTA MARCULINO	BAE 1120176	Data/Hora Entrada 06/11/2018 00:26:24	Data Baixa 2018-11-06 02:57:03.0
Data de nascimento 09/09/1994	Idade 24a 1m 28d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA CLENILDA DA COSTA LIMA	Telefone de Contato (83) 988717546		Prontuário
Endereço NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, 300	Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional STEFFERSON PINHEIRO DINIZ	Nº Cons. Regional 5762/PB
Data/Hora Classificação 06/11/2018 00:26:24	Data/Hora Prescrição 06/11/2018 02:57:09		
Anamnese QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO ESQ. RXS DE OMBRO: FRATURA DE CLAVICULA CD: ENFAIXAMENTO EM OITO ; CONTROLE FRATURA ALINHADA CD: RETORNAR NO HTOP PARA CONTROLE.			
Conduta Alta médica			
Alta Hospitalar			
Usuário STEFFERSON PINHEIRO DINIZ	Data e Hora 06/11/2018 02:57:03		
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações		

DANILO DA COSTA MARCULINO

STEFFERSON PINHEIRO DINIZ
(CRM: 5762/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 06/11/2018 00:27:46

16.0.6-8080/cyb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=433018&pesquisa=S&perform=imprimir

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:38:10

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914380983100000034770127

Número do documento: 20110914380983100000034770127

Num. 36420206 - Pág. 15



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DANILO DA COSTA MARCULINO	
Data de 09/09/1994	Nº Boletim Emergência 1120176
Prontuário	
Material a examinar	
Data Prescrição:	

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES-POSICOES) (CAVITECA).

50 AF

RAIOS-X

TIPO ...
DATA ...
HORA ...
COM TC ...
SS...

Confirmação por: Diniz
Imagem para: 1120176

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional
1) possuir o tipo de imagem e laboratório de imagem clínica

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DANILO DA COSTA MARCULINO	
Data de 09/09/1994	Nº Boletim Emergência 1120176
Material a examinar	
Data Prescrição:	

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

RAIOS-X	
TIPO	
DATA	11/11
HORA	14:18
NOME DO PACIENTE	DANILO DA COSTA MARCULINO
ASSINATURA	

Rec. Ver. 1/2020/11/11/18

Reimpresso por: -
dis: -

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher e assinar separadamente para imagem e laudo de exame clínico



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 06/11/18 00:41		Usuário: JUAREZ					
Boletim 1120176							
Nome	Data de	Idade adif	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição	
DANILO DA COSTA MARCULINO	09/09/1994	24a 1m 28d	MASCULINO	1120176		06/11/2018 00:41:23	
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição						
	06/11/2018 00:41:00 - 07/11/2018 00:41:00						
Convenio	Matricula		Senha				
SUS							
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Apazamento
1 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG	Observação: DILUIR EM 100 ML DE S/O 0.9%	E.V.			AGORA

Reimpresso por: -

dia: -

JUAREZ SILVESTRE NETO
CRM: 11302

Assinatura e Carimbo do Profissional

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
DANILO DA COSTA MARCULINO	24A 1M 28D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1120176	06/11/2018 00:26:24	
Convênio	Leito	Clínica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		13min
		Permanência no Leito

Parecer médico

Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO O MESMO SEM CAPACETE, AFIRMA USO DE BEBIDA ALCOOLICA, NEGA PERCA DA CONSCIENCIA, NAUSEAS E VOMITOS. REFERE DOR LEVE EM REGIÃO CERVICAL, SEGUIDO DE DOR EM REGIÃO DE OMBRO ESQUERDO COM AMPLITUDE DO MOVIMENTO DIMINUIDA, ABRASÕES DIFUSA PELO CORPO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA	
AO EXAME:	
A: COM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS(MANTENHO COLAR CERVICAL E RETIRO PRANCHA).	
B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES.	
C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME PLANO SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL.	
D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MEMBROS PRESERVADA.	
E: OMBRO ESQUERDO COM AMPLITUDE DE MOVIMENTO DIMINUIDA E ABRASÕES DIFUSAS.	
CD:1- SOLICITO TC DE CERVICAL	
2- RADIOGRAFIA DE OMBRO E BRACO ESQUERDO	
3- SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA E NEURO	
4- ALTA DA CIRURGIA GERAL	
Parecer	

RECEBUE
HOSPITAL EUTRAUMA
CIRURGIA GERAL
06/11/2018





REPÚBLICA DA COSTA MARCULINO

DOC IDENTIFIC / OUTROS INSCRIC / SSP PB

3940542

CH 120.497.484-50 DATA NASCIMENTO 09/09/1994

FRACAO

JOSE MARCULINO FILHO

MARIA CLENILDA DA COSTA LIMA

REMESSAO ACC CAVAL AB

VALIDADE 09/01/2025 1ª HABITACAO 20/03/2015

Nº REGISTRO 06332054659



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 18444015499

Observações

FEAR:

LOCAL JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO 16/01/2020

53355716512

PB040362779

PARAÍBA



0270-400-1111

NOVO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

FAIXA LEVA *****

PARCELAMENTO / COTAS 0

1ª VENC. COTAS

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****

OF (R\$) SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$) P A G O

DATA DE PAGAMENTO 22/03/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

CONDE-PB LOCAL

41998

DATA 22/03/2019

33022

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:38:10

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914380983100000034770127

Número do documento: 20110914380983100000034770127



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092042/20

Vítima: DANILO DA COSTA MARCULINO

CPF: 120.497.484-50

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/11/2018

Titular do CPF: DANILO DA COSTA MARCULINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DANILO DA COSTA MARCULINO : 120.497.484-50

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: 13/03/2020
Nome: DANILO DA COSTA MARCULINO
CPF: 120.497.484-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

DANILO DA COSTA MARCULINO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

