



Número: **0866345-68.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Processo referência: **0866245**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA (AUTOR)		JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35304 664	09/10/2020 09:12	2756305_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000009533-5

Nr. da Autenticação 0DF2198CD0A035D3



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190409481 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA **Data do acidente:** 15/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P5 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 MEMBRO SUPERIOR 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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0223414/19

Número do Sinistro: 3190409481

Vítima: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

CPF: 102.058.434-33

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/03/2019

Titular do CPF: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO : 076.706.164-07

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: 09/07/2019
Nome: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO
CPF: 076.706.164-07

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190409481 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA **Data do acidente:** 15/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P5 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 MEMBRO SUPERIOR 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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0223414/19
Vítima: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA
CPF: 102.058.434-33
CPF de: Próprio
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Data do acidente: 15/03/2019
Titular do CPF: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO : 076.706.164-07

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

SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA : 102.058.434-33

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: 03/07/2019
Nome: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO
CPF: 076.706.164-07

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190409481

Vítima: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

Data do Acidente: 15/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

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,

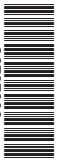
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14530931

Pag. 00475/00476 - carta_01 - INVALIDEZ

00020238





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, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190409481

Vítima: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

Data do Acidente: 15/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00195/00196 - carta_03 - INVALIDEZ

00060088



Carta nº 14559697





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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190409481

Vítima: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

Data do Acidente: 15/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004823**

Conta: **000009533-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 102.058.434-33	Nome completo da vítima: SUELIO DE OLIVEIRA SOUSA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: SUELIO DE OLIVEIRA SOUSA		CPF: 102.058.434-33
Profissão: ASPIRANTE	Endereço: RUA LUIZ FRANCISCO DOS SANTOS	Número: 54
Bairro: GAIAS	Cidade: JARDIM PRAÇA	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58043-28	
	Tel.(DDD): (83) 991816439	

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

DADOS CADASTRAIS

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 POLIPANÇA (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: 4823 CONTA: 9533

(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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: 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.

<p>Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>(*) Assinatura de quem assina A ROGO</p> <p>Suelio de Oliveira Sousa</p> <p>Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)</p>	<p>TESTEMUNHAS</p> <p>1ª Nome: <u>COMPREV</u></p> <p>CPF: <u>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A</u></p> <p><u>03/07/2019</u></p>
	<p>2ª Nome: <u>PROTÓCULO</u></p> <p>CPF: <u>AG. JOÃO PESSOA</u></p> <p>Assinatura</p>
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.**

01/2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 06351.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06351.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 07 de junho 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 Roberia Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Sivaldo de Oliveira Souza**, CPF nº 102.058.434-33, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autonomo, filho(a) de Vera Lucia Gonçalves de Oliveira e Jose Carlos Batista de Souza, natural de Vitória de Santo Antão/PE, nascido(a) em 23/10/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luzia Francisca dos Santos, bairro João Paulo II, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98849-1869.

Dados do(s) Fatos:

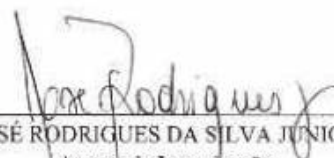
Local: Girador do Almeida, Estádio o Almeidão, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/03/19 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

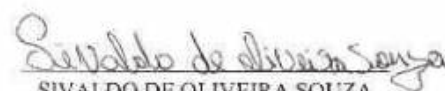
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 15/03/2019, POR VOLTA DAS 18:00, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2012, PLACA OEV-1846/PB, CHASSI 9C2JC4110CR520327, REGISTRADA EM NOME DESTA NOTIFICANTE NO GIRADOR DO ESTÁDIO ALMEIDÃO, CISTO, NESTA CAPITAL, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA FREOU ABRUPTAMENTE, FAZENDO COM QUE ESTE NOTIFICANTE ACIONASSE O FREIO PARA NÃO COLIDIR NA OUTRA MOTOCICLETA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIR NO CHÃO; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. TIAGO B. PINHEIRO.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 07 de junho de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA
Notificante



Procedimento Policial: 06351.01.2019.1.00.401



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: 102.058.434-33	Nome completo da vítima: SUELIO DE OLIVEIRA SOARES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: SUELIO DE OLIVEIRA SOARES		CPF: 102.058.434-33
Profissão: ASPIRANTE	Endereço: RUA LUIZ FRANCISCO DOS SANTOS	Número: 54
Bairro: GAIAS	Cidade: JERICOARA	Estado: PB
E-mail:		CEP: 58043-28
		Tel.(DDD): (83) 991816439

DADOS CADASTRAIS

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 POLIPANÇA (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: 4823 CONTA: 9533 5
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19 Nome: _____ CPF: _____ (*). Assinatura de quem assina A ROGO Suelio de Oliveira Soares Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	TESTEMUNHAS 1ª Nome: COMPREV CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 03/07/2019
	2ª Nome: PROTOCOLO CPF: AG. JOÃO PESSOA 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.**

01/2018



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: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000009533-5

Nr. da Autenticação 0DF2198CD0A035D3





**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**
GOVERNADOR JOSÉ DO CARVALHO

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Silvaldo de Oliveira Souza</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>28anos</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.27	LEITO: 417
DATA DE ADMISSÃO <i>05/03/2019</i>		DATA DE ALTA <i>12/03/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária do Rádio direito</i>				CID <i>S52.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea da diáfise do rádio D</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de rádio foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
 Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
 Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: *Lavá-la com água e sabão 4 a 5 vezes ao dia, não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.*

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina e Loxonin*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
 Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **15** dias para revisão. (DR Talles Farias)

COMPREV
 03 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 Nº 1040 PESSOA

Talles Farias
 12/03/2019

12/03/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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



KEZIA COSTA DE FRANCA
 BEGO LUIZA FRANCISCA DOS SANTOS: 571-0686L
 JOAO PESSOA / PB CEP 56678328 (AG. 1)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
 BR200, Km 06 - Distrito Industrial - João Pessoa / PB - CEP 56071-600
 CNPJ: 08.065.183/0001-40 Insc Est: 10.915.023-3

Localidade: MONDAFIBCO
 Cliente: RES MT C S11 RESIDENCIAL - BARRA RENDA
 Rua: 18 - Z - 300 - 6620 Referência: Jun / 2019
 Medidor: 333853772 Emissão: 28/06/2019

Nota Fiscal / Condição Energia e Área F307/064.727
 Cód. para Dib. Automática: 0001026471

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

Conta referente a **Jun / 2019** Apresentação **26/06/2019** Data prevista da próxima leitura **25/07/2019** CPF / CNPJ / RANI **004.058.644-05**
 psc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1120647-1**

Canal de contato

Força Reguladora de Energia Elétrica - FURTEE / criado pela Lei nº 13.438, de 28 de abril de 2017.
 Junta de acIONAMENTO VACINA BRASIL Sistema s em
 site: gov.br/vacinas1918!

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
--	----------	-------	-----------	---------	------

CC	Descrição	Quantidade	Preço	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	
Demonstrativo									
CC Descrição		Quantidade	Preço	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0001	Consumo de 200kWh-EP	32,000	0,236123	6,18	0,00	0,00	6,18	6,18	6,31
0002	Consumo de 30 e 100kWh-EP	45,000	0,381803	15,80	0,00	0,00	15,80	6,17	9,79
0003	Ap. B. Amersa		0,07	0,07	0,00	0,00	0,07	0,07	0,00
0010	Substou		22,05	0,00	0,00	0,00	22,05	0,24	1,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0001	CONTR. SERV. LUM PUBLICA		0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JURIS DE VORA 05/2018		0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 05/2018		0,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Devolução Saldo		-33,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Ramo TOTAL 24,96 0,00 0,00 44,10 0,47 0,20
 Tarifa de Tributos At 30NWh 0,192600 At 102NWh 0,330700

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
83	03/07/2019	R\$ 24,96

Histórico de Consumo (kWh)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

afdc.9fc5.9b59.8daf.4c9a.f017.349b.a621.

Indicadores de Qualidade grupo Mensal

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
BOMBAIS	0,00	NORMAL 220
PLANTAS	0,00	CONTRATADE 222
TRANSFORMADORES	0,00	LIMITE INFERIOR 221

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	7,25	29,44
Consumo de Energia	10,49	41,99
Serviço de Transmissão	1,14	4,57
Serviços de Distribuição	4,25	17,03
Serviço de Operação e Manutenção	0,00	0,00
Quilômetros	0,00	0,00
Total	24,96	100,00

ATENÇÃO

Seu unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$20,72

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 03 JUL, 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PARAIBA
 Rua: 18 - Z - 300 - 6620 Referência: 1120647-2019-04-5
 Matrícula: 1120647-2019-04-5
VENCIMENTO **03/07/2019** **TOTAL A PAGAR** **R\$ 24,96**





CA
COMPANHIA
Rua Feliciano Lima
CEP: 58.015-01

CONTA DE CONSUMO DE A
JOSE FLAVIO DE M FELI
PC DR JOAO URSULO, 10

COMPREV
MUNICÍPIO DE BELA VISTA DE PÁGODES
RUA FELICIANO LIMA, 10 - JARDIM SANTA TERESA - BELA VISTA DE PÁGODES - MINAS GERAIS - CEP: 58.015-01

COMPREV
NOME: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO
CPF: 076.706.164-07
DATA DE NASCIMENTO: 18/01/1967
RUA: JOSE FELICIANO DA SILVA
NÚMERO: 1512
Cidade: BELA VISTA DE PÁGODES - MG
CEP: 58.015-01

COMPREV
NOME: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO
CPF: 076.706.164-07
DATA DE NASCIMENTO: 18/01/1967
RUA: JOSE FELICIANO DA SILVA
NÚMERO: 1512
Cidade: BELA VISTA DE PÁGODES - MG
CEP: 58.015-01

COMPREV
NOME: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO
CPF: 076.706.164-07
DATA DE NASCIMENTO: 18/01/1967
RUA: JOSE FELICIANO DA SILVA
NÚMERO: 1512
Cidade: BELA VISTA DE PÁGODES - MG
CEP: 58.015-01

COMPREV
NOME: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO
CPF: 076.706.164-07
DATA DE NASCIMENTO: 18/01/1967
RUA: JOSE FELICIANO DA SILVA
NÚMERO: 1512
Cidade: BELA VISTA DE PÁGODES - MG
CEP: 58.015-01

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
03 JUL. 2019
PROT. JOAO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
PROT. JOAO PESSOA
AG. JOAO PESSOA

Inscrição	SN	
066.102.035.0143.000	100	
Hidômetro	Data de Instalação	
Y 0547050	15/06/2010	
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO
386	486	2
DEBIT. CONS./ANOR.	LEIT. / C	
MAR/2019	1	
FEV/2019	-4	
JAN/2019	2	
DEZ/2018	2	
NOV/2018	0	
OUT/2018	0	
MEDIA(M)	2	

DATA DA IMPRESSÃO: 05/04/2019

DESCRICAÇÃO
ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA
ESGOTO
RESIDENCIAL 1 UNIDADE
CONSUMO DE ESGOTO
PARCELAMENTO DE DEBITOS P
ACRESCIMOS MENSIS APT.
Juros de Mora 12/2018
FATURAS EM ATRASO
REF 201901 111,01
REF 201902 111,01
REF 201903 111,01

VALOR APROXIMADO DE TÁRIFA

VENCIMENTO: 17/04/2019





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

26475049

REFERÊNCIA

ABR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE FLAVIO DE M FELICIANO
PÇ DR JOAO URSULO, 108 - CENTRO SAPE PB 58340-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável	
		Residencial	Comercial	Industrial	Público		
066.007.035.0143.000	000	1	0	0	0		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
V185078950	15/06/2010	EXT LACR	LIGADO	LIGADO			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA			
486	486	2	28	04/05/2019			
HIST. CONS./ANOR.	LETT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017	MS.	
MAR/2019	1		PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
FEV/2019	4		TURBIDEZ	10	52	52	
JAN/2019	2		CLOREO	48	52	52	
DEZ/2018	2		COL.TERMOT	0	0	0	
NOV/2018	0		COR	10	52	52	
OUT/2018	0		COL.TOTATS	48	52	52	
MEDIA(M)	2		DADOS REFERENTES A: FEV/2019				
DATA DA IMPRESSÃO: 05/04/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 07:06:26					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)					
ÁGUA							
RESIDENCIAL 1 (UNIDADE(S))							
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	37,91					
ESGOTO							
DE RESIDENCIAL 1 (UNIDADE(S))							

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 JUL 2019
PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA





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 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 da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da 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 RESEGURO. 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 Soc Felício do Prado FERREIRO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 04702154 / 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SINDIÃO DO OLIVEIRA SARA inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.032.434 / 33

do sinistro de DPVAT cobertura INVOLUÇÃO da vítima SINDIÃO DO OLIVEIRA SARA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.032.434 / 33 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

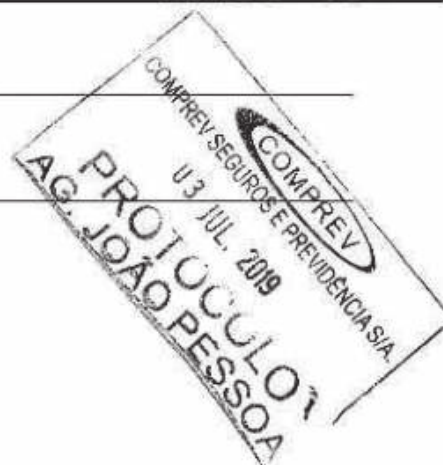
Recuso informar

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 São Vicente</u>	Número: <u>108</u>	Complemento:
Bairro: <u>Contão</u>	Cidade: <u>São</u>	Estado: <u>MS</u>
E-mail:	CEP: <u>38390000</u>	Tel.(DDD): <u>(82) 391900986</u>

Local e Data: São 01.07.2018

Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017





**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**
GOVERNADOR JOSÉ SIBRETTA

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Silvaldo de Oliveira Souza</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>28anos</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.27	LEITO: 417
DATA DE ADMISSÃO <i>05/03/2019</i>		DATA DE ALTA <i>12/03/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária do Rádio direito</i>				CID <i>S52.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea da diáfise do rádio D</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de rádio foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
 Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
 Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: *Lavá-la com água e sabão 4 a 5 vezes ao dia, não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.*

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina e Loxonin*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
 Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **15** dias para revisão. (DR Talles Farias)

COMPREV
 03 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 Nº 1040 PESSOA

Talles Farias
 10/08/1983

12/03/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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





CPF: 902.058.939-33



CERTIDÃO

Nº. 1165/2019

Atendendo solicitação de **SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº210597 e Prontuário Nº 2019.03.0502 pertencentes ao paciente **SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA** requerente que foi atendido dia 05/03/2019 às 20h44min, acidente por queda, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisária do radio direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/03/2019. Com alta médica dia 12/03/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de julho de 2019

Dra. Fabiana F. de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM PB 4516

Médica
CRM/PB 4516



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: 210597 Atd: Nao Regul
Data: 05/03/2019
Hora: 20:44:51
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 700003832291002 Sexo: M IDENTIDADE: 8191244 Fone: 987193299
Natural: VITORIA DE SANTO ANTAO/PE Data Nasc.: 23/10/1990 Id: 28 ano(s)
End.: RUA MANOEL FERNANDES JUNIOR, 47
Bairro: MUCUMAGRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: VERA LUCIA GONCALVES DE OLIVEIRA Pai: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUZA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO
Resp.: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA
Tel/Doc. Responsavel: 987193299 / IDENTIDADE: 8191244
P: edencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO
Vitima de acidente por: QUEDA
Vitima de violencia por: NAO
 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacão de Risco: AMARELO
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- Aparentemente Bem
- Grave
- Politraumatizado
- Convulsao
- Hemorragia
- Dispneia
- Diarreia
- Agitado
- Regular
- Chocado
- Vomito

Queixa Principal
MA EM MSD

Taxone no antebraço

Observação

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente apresenta dor e inchaço no punho

Diagnostico

Fratura do Radio

Conduta

- R.T. Cirurgico

Prescricao

Horario da medicacao





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: André de Oliveira Felipe **Data da Admissão:** 05/03/20

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: Interno no setor de Urgência

HDA: Feito com febre de 38,5 graus com tosse febril com expectoração amarelada e vermelha com sangue

Dr. Remo Soares
033-0024
Hospital Ur...

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-reposou Deformidades Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

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

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





Nome: <i>Sivaldo de Oliveira Souza</i>			Registro:		
Idade: <i>28anos</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: <i>11/03/2019</i>			Cirurgião: <i>Dr Talles Farias</i>		
1º Assistente: <i>Tiago</i>			2º Assistente:		
Anestesista: <i>Dra Camila</i>			Instrumentador:		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
-------------------------------	-----

<i>Fratura diafisária do rádio direito</i>	<i>S52.3</i>
--	--------------

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
-------------------------------	-----

<i>O mesmo</i>	
----------------	--

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	CÓDIGO
------------------------------	--------

<i>Osteossíntese do Rádio D</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
Realizado garroteamento de membro superior direito
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região posterior de antebraço via de Henry
Dissecção por planos até foco de fratura
Hemostasia

Achados:

Visualização de fratura da diáfise do rádio D

Conduta:

Realizada manobra de redução para fratura de rádio D
Redução de fragmentos ósseos do rádio d
Aposição de 01 Placa DCP 3.5mm 7 furos + 06 parafusos corticais
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
curativo
Retirada de garrote de membro superior
Observada boa perfusão periférica
Tala axilopalmar gessada

OBS:

Data: 11 / 03 / 2019


MÉDICO/CRM

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





COMPREV
INSTITUTO DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 JUL. 2019
PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO FEDERAL DE TRÂNSITO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 AUTOS NACIONAIS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

DOC IDENTIFIC. / CNH JANEIRO DE: 3074337 SSP PB

CPF: 076.706.164-07 DATA NASCIMENTO: 15/01/1987

FRENTE: JOSE FELICIANO DA SILVA
 ELIANE DE MELO COSTA

Nº REGISTRO: 93062195795

PREVENÇÃO: ACC CATINA AJH

INSCRIÇÃO: 14/03/2024 1ª HABILITAÇÃO: 13/06/2006

OBSERVAÇÕES:

ABREVIATURA DE PORTADOR:

LOCAL: JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO: 15/03/2019

65594356157
 20038682154

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1674063903

PROIBIDO PLASTIFICAR 1674063903

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 03 JUL 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190409481 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA **Data do acidente:** 15/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECEER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOPTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: SUELDO DE OLIVEIRA SOUZA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: ASISTENTE
Identidade: 8.191.244 CPF: 102.058.434-33
Endereço: RUA LUIZ FRANCISCO DOS SANTOS, SN, ACISOL-SP

OUTORGADO:

Nome: JOÃO FLAVIO DO MELLO FELICIANO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: BOCANEIRO
Identidade: 3014357 CPF: 02670618404
Endereço: RUA JOÃO VASCO, 108, CENTRO, SÃO JERÔNIMO

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima SUELDO DE OLIVEIRA SOUZA

S. PESSOA 01.07.2019
Local e data

1º OFÍCIO
DISTRITAL

SUELDO DE OLIVEIRA SOUZA
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
03 Jul. 2019
PROCURAÇÃO
AG. JOÃO PESSOA


CARTÓRIO CEILEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA SENA MADRUGADA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - SÃO PAULO - SP
CNPJ: 06.908.110/0001-08
Inscrição de Ofício: 11.784 de SPM/2010
Inscrição de Pessoa Física: 11.784 de SPM/2010
Estatuto: 1997/91 Ferrentes/10/29 Ferri: 11.98, 158.590.50, Em
test de verdade, Tabela: CELEIDA CELEIDA CELEIDA SIVA,
Selo Digital A159439-90X1 Consulte em
<https://sistema.tjd.jus.br/validar-selo-digital>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0223414/19

Número do Sinistro: 3190409481

Vítima: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

CPF: 102.058.434-33

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/03/2019

Titular do CPF: SIVALDO DE OLIVEIRA SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/08/2019
Nome: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO
CPF: 076.706.164-07

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

