
Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200155160

Vítima: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO FRANCELINO DE 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



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200155160

Vítima: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO FRANCELINO DE 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000041779-8

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 032.840.254-05 3 - CPF da vítima: Severino 4 - Nome completo da vítima: Franceline de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Severino Franceline de Souza 6 - CPF: 032.840.254-05
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Comendador Renato R. G. Coutinho 136 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Sapé 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58340-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 683198663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 41779 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário autenticada

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

loterias

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

MA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

048-713229474-2

17/FEV/2020

HORA DE 15:23:16

LOT. 13.017658-3

TERM 055322

LOCALIDADE: SAPE

AG. VINCULADA: 0922

CONTROLE: 48402657

COMPROVANTE DE ABERTURA DE EQUIP CAIXA FACIL

NOME: SILVERINO FRANCELINO DE SOUZA

AGÊNCIA: 0922

OPERAÇÃO: 013

CONTÁ-DV: 000.000.041.729-8

DATA DA ABERTURA: 17/02/2020

LOTÉRIAS CAIXA

045-713229474-2

3ª VIA

loterias CAIXA

loterias CAIXA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07347.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07347.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:06 horas do dia 05 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Lídia Costa Veloso, matrícula 1560760, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Severino Francelino de Souza**, RG nº 329724206, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro (a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria de Lourdes Francelino, natural de Camaragibe/PE, nascido(a) em 12/08/1976 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Comendador Renato Ribeiro Coutinho, Nº 116, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Sapé/PB, telefone(s) para contato (83) 99641-0141.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Travessa Abílio Costa, Rua Nova, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/05/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 26/05/2019, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFM-6464/PB, CHASSI 9C2KD1000HR014915, REGISTRADA EM NOME DE ALINE BATISTA DOS SANTOS, NA RUA TRAVESSA ABILIO COSTA, RUA NOVA, SAPÉ/PB, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA NO MOMENTO EM QUE UM CACHORRO PASSOU A SAU FRENTE; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL SÁ ANDRADE, E APÓS ISSO TRANSFERIDO EM UMA AMBULÂNCIA AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 04/06/2019, CONFORME CERTIDÃO 1446/2019 ASSINADA PELA MÉDICA FABIANA FERNANDES DE ARAUJO.

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 fê.

João Pessoa/PB, 05 de outubro de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 032.840.254-05 3 - CPF da vítima: Severino 4 - Nome completo da vítima: Franceline de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Severino Franceline de Souza 6 - CPF: 032.840.254-05
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Comendador Renato R. G. Coutinho 136 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Sapé 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58340-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 683198663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 41779 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário autenticada

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

loterias

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

MA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

048-713229474-2

17/FEV/2020

HORA DE 15:23:16

LOT. 13.017658-3

TERM 055322

LOCALIDADE: SAPE

AG. VINCULADA: 0922

CONTROLE: 48402657

COMPROVANTE DE ABERTURA DE EQUIP CAIXA FACIL

NOME: SILVERINO FRANCELINO DE SOUZA

AGÊNCIA: 0922

OPERAÇÃO: 013

CONTÁ-DV: 000.000.041.729-8

DATA DA ABERTURA: 17/02/2020

LOTÉRIAS CAIXA

045-713229474-2

3ª VIA

loterias CAIXA

loterias CAIXA



Sueli
Asshiments

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Guilherme Francisco de Souza Data: 26/05/19

End.: _____

Bairro: _____ Cidade: Procel

Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

Paciente vem do Hospital pelo qual vem de quadro de um-
intensa dor no abdômen do tipo cólico do HDA, por via biliar
Tubo biliar, com um do-
mestras dolor. se realiza a PA Ressonância e 1º e 2º graus.
PA 100 x 80 de 73 FR 19 HST 176 SpO2 98/ Bloqueio 15.

CD: Admissão de 24 horas

Medicamento Administrado

Referenciado para: _____

Contra referência

Motivo: _____

Contra referência para: _____

Dr. Alysson Silva
MÉDICO

Assinatura/Carimbo Médico

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 16/05/19	ID da Ocorrência: 2459213	☐ USB ☒ USA	Nº / Equipe: 47	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 16:14 Hs	Hora de Chegada no Local: 16:20 Hs
Paciente / Usuário: Severino Gracelino de Souza				Idade: 42	Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino	Telefone:
Local da Ocorrência: ☒ Sape ☐ Maré ☐ Sobrado ☐ Riachão ☐ Outro:						
Logradouro: Travessa Alípio Costa				Bairro: Rua Nova	Médico Regulador: Juliana	
Quantidade de vítimas no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USF ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ SMTRANS ☐ CPTRAN ☐ Outro:						
OTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:						

Documento de identificação do paciente:

RG: 3024006-9105-3939 ; CPF: ; CNS:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVELS	SCORE
Abertura ocular	Exponhação A um A um Nenhuma
Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras incoerentes Palavras ininteligíveis Nenhuma
Resposta motora	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma
TOTAL MÁXIMO	15
TOTAL MÍNIMO	3
AVULSAÇÃO	0

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

☒ TRAUMA

Motivo:

Queda de moto

TIPO DE AGRAVO

☒ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico
☐ Agressão Física	☐ Psiquiátrico
☐ Desabamento / soterramento	☐ Caso clínico
☐ Eletrocussão	☐ Quase afogamento/ afogamento
☐ F.A. B	☐ Queda metros
☐ F.A.F (P.A.F)	☐ Queimaduras
☐ Gineco - obstétrico	☒ Outros: queda de moto
☐ Lesões térmicas	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ Doença mental
☒ Alcoolismo	☐ Doença renal
☐ AVE	☐ Drogas
☐ Cirurgias Realizadas	☐ Hipertensão arterial
☐ Convulsão	☐ Internamentos Anteriores
☐ Diabetes	☐ Medicamentos
☐ Doença Cardíaca	☐ Problemas respiratórios
☐ Doença Infecto - contagiosa	☐ Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: Hospital São André Responsável: Dr. Alysson Silva

Dr. Alysson Silva
MÉDICO
CRM 10105-PB

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☐ transferência simples ☐ outro:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: Responsável: Função:

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

☐ agitação ☐ alergia ☐ Ausência de pulso (central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade respiratória ☐ dor local
☐ febre ☐ Inconsciente/ desmaio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ outros:

1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica 110 PA diastólica 80 Pulso: FC 73 FR: 19 TEMP: °C Glicemia: 176 SPO2: 94 Glasgow 15

2. VIA AÉREA

☒ Livre ☐ obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs:

VENTILAÇÃO

☒ Espontânea ☐ Parada respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular

EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

ACHADOS

☐ Crepitação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☒ Hálito etílico ☐ Outro:

3 - CIRCULAÇÃO

☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros:

EDEMA

Mayara de Andrade Silva
Coordenadora Geral
SAMU 192-PB

Objetos:

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: 05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000041779-8

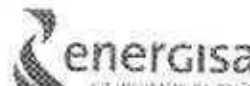
Nr. da Autenticação 11623812BE7A1EE8

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurado via SUSEP.

Boleto para depósito em nome do titular da conta de energia elétrica. Nº 039.055.051



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-000
CNPJ 03.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES FRANCELINO
AV COMENDADOR RENATO RIBEIRO COUTINHO 116
SAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/175649-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2020	17/02/2020	91	26/02/2020	R\$ 37,09

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 12211.965178 9 817700000003709

Pagador: MARIA DE LOURDES FRANCELINO CNPJ/CPF: 854.974.104-30

AV COMENDADOR RENATO RIBEIRO COUTINHO 116 - CENTRO - SAPE / PB - CEP 00000-000

58340 000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012211965	000175649202002	26/02/2020	R\$ 37,09	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurado pela Sanebas.

Boleto para simples pagamento da conta de energia elétrica.

Nº 037.641.380



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 23.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	20/01/2020	227	27/01/2020	R\$ 193,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 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/bib/OTICAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=13&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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AGENTES, CAPITALIZAÇÃO E RESGATE; 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 9.633/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

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

Severina Franceline de Souza inscrito (a) no CPF sob o nº 032.840.254 05

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Severina Franceline de Souza

inscrito (a) no CPF sob o nº 032.840.254 / 05 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>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/03/2020

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 1446/2019

Atendendo solicitação de MARIA CITHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº232653 e Prontuário Nº 2019.05.3159 pertencentes ao paciente **SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA** foi atendido dia 26/05/2019 às 19H45min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membros inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 04/06/2019. Com alta médica dia 05/06/2019.

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

João Pessoa, 23 de agosto 2019


Dra. Fabiana F. de Araújo
Médica
CRM/PB 4516

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-324 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

Ficha Nr: 232653 Atd: Nao Regulad
Data: 26/05/2019
Hora: 19:45:27
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERP
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 701430659057939 Sexo: M IDENTIDADE: 359724206 Fone: 996410141

Num. Prontuario: 2019.05.003159

Natural: CAMARAGIBE/PE Data Nasc.: 12/08/1976 Id: 42 ano(s)

End.: AVENIDA COMENDADOR RENATO RIBEIRO COUTINHO, 116

Barro: CENTRO Cidade: SAPE UF: PB

Maria DE LOURDES FRANCELINO

Pai: NAO DECLARADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Respo.: MAE

Te/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: HOSPITAL SA ANDRADE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vit. de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 17:00/SAPE

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

PC: TR:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

La Principal

TRAUMA EM MLD, PROCEDENTE DE SAPE.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vômito
Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima queda de moto por uso de capacete, não sendo de consciência, presença de lesão corticantura em região frontal. Pupila ausente, presença de lesão (fratura) em membro superior direito.
Diagnóstico Conduta Solicito radiografia para

Prescrição

Horario da medicacao

Sem conduta cirurgica pela cirurgia ser no momento. Solicito a chegada neurocirurgia.

Marcelo Igor L. Oliveira
Cirurgião Geral
CRM/RB 12327

26/05/19 - 09:45h

CTBMF

Paciente, refere ter sido vítima de acidente, moto colatada, sem uso de capacete. Refere, sup, não vomitar e diarreia.

Data e Hora: PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

do exame de fezes observe-se T em frontal.

Sem fraturas nos membros de 8º

Respostas positivas, localizadas e nega imunização antitetânica.

1) Sutura

2) Sutura CTBMF

cf. evolução, 5 dias

Qtds	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Dr. Patrício Oliv
Cirurgião Buco-Maxil
CRO/PB - 440

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Opico: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

Maria da Silva Travençolo

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Mec



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 24/05/19

Nome: Luiz Paulo de Souza
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: Pré e pós-operatório

HDA: _____

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 _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HTF

[] 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: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Dr. André Luís Siqueira

Otorrinolaringologista

Cirurgião de Cabeça e Pescoço

CRM: 6230033002/07 TEOT 11797

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- DDH sob tração
- Anestesia e Antissepsia
- Alívio da dor

Incisão:

Achados:

Conduta:

- ① Redução cruenta
- ② Fixação interna com Placa em "T" tipo distal + Parafusos
- ③ 02 Parafusos intertrócleares
- ④ Fechamento por planos
- ⑤ Revisão da neuroma
- ⑥ Curativos
- ⑦ RX de controle
- ⑧ Tala gipsada

Fechamento:

OBS:

Data:

04/06/19

Dr. Aurélio de Sá Pinto
CRM 9743/PB

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-917

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Severino Francelino de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.906.992 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/02/2020

NOME SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

FILIAÇÃO MARIA DE LOURDES FRANCELINO

NATURALIDADE CAMARAGIBE-PE DATA DE NASCIMENTO 12/08/1976

DOC ORIGEM NASC.N.5147 FLS.189 LIV.A-05

CARTÓRIO SAPE-PB

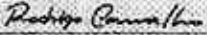
OPR 032.840.254-05

Adilson Pereira Furtado

Adilson Pereira Furtado

Carreira: Policial de Segurança 08/83

Carreira Criminal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSÃO DE 262773E SSP SP
	CPF 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982
	PERÍODO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
Nº REGISTRO 01851765660	VALIDADEZ 16/01/2019
1ª EMISSÃO 29/06/2001	
OBSERVAÇÕES	
 ASSINATURA DO TITULAR	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 17/01/2014
 ASSINATURA DO EMITENTE	
66589356744 98027919595	

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PLASTIFICAR
894056231

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200155160 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 06 E 07.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200155160 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 06 E 07.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200155160 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 06 E 07.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Severino Francelino de Souza, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão mecânico, residente e domiciliado à Rua Recomendados R.A. Coutinho nº 116, bairro centro, Município de Sape, Estado de(o) PB, Cep: 58340-000, portador(a) do Rg nº 4.906.992, SSP/..... e CPF nº 032.840.254-05.

Outorgado: Alexandria Beber Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agem R. F. Silva nº 157, bairro Monte Sabeana, Município de Sape, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 262.77.18, SSP/..... e CPF nº 046.502.754-14.

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) Severino Francelino de Souza, ocorrido em 26/05/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza em validade.

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.

Sape, 18, de fevereiro de 2020.



Severino Francelino de Souza

Outorgante

CPF Nº 032.840.254-05

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Feliciano da Silva

Serviço Notarial e Registral

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Centro - Sape
Pósto - CEP 58340-000 - Fone (83) 3283-2341
Severino Lúcia M. Feliciano da Silva

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: SEVERINO FRANCILINO DE SOUZA

Em test. da verdade. Sape - PB 18/02/2020 15:53:32
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
T2020-0015337ENL-RP 10:22 FAREHORA 0:30 FEPARA 3:04
SELO DIGITAL: A7916725-111A

Confira a autenticidade em <https://selonotarial.tpb.tus.br>

CARTÓRIO ÚNICO
Severino Lúcia M. Feliciano da Silva
Tabelião Substituto
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente
Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (83) 3283-2341/963-3163
CPF 58340-000-Sape-PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120758/20

Vítima: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

CPF: 032.840.254-05

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 26/05/2019

Titular do CPF: SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
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

SEVERINO FRANCELINO DE SOUZA : 032.840.254-05

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: 23/04/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA