



Número: **0802062-66.2020.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **03/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
38366 597	13/01/2021 15:12	2774627_CONTESTACAO_Anexo_02



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 Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200201989 Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data do Acidente: 09/01/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

PPag. 01415/01416 - carta 01 - INVALIDEZ

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, contados 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 15833515



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>
Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 Pág. 1



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 Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200201989

Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
--------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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. 00801/00802 - carta_03 - INVALIDEZ



00080401

Carta nº 15835153



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>
Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200201989 Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data do Acidente: 09/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmado as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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: 01747/01748 - carta_03 - INVALIDEZ



00050874

Carta nº 15865784



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>
Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200201989 Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data do Acidente: 09/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Informamos que o pagamento da indeniz

informações abaixo:

Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Solução: 50% - 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000007730

Conta: 0000045597-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

309.746.084-32 Yage Cheuan M. Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 51/SEP-NF 445/2012

5 - Nome completo: *Yage Cheuan M. Ferreira* 6 - CPF: *309.746.084-32*
 7 - Profissão: *Recepcionista* 8 - Endereço: *Rua Bom Jesus* 9 - Número: *517* 10 - Complemento: *Bayeux*
 11 - Bairro: *Sesi* 12 - Cidade: *Bayeux* 13 - UF: *PB* 14 - CEP: *58305-000*
 15 - Estado: *(83) 98663-4900*

DADOS CADASTRAIS

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

COFIA 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: *Itaú*

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: *7730* CONTA: *46597*

(Informar o dígito de verificação) (Informar o dígito de verificação) (Informar o dígito de verificação) (Informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, se minha titularidade, a vítima, da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e/ou direitos que eu possua, dentro de 30 (trinta) dias, a partir da apresentação do crédito, quando houver o 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 (I.M.) para os fins de requesta de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar um, das três):

- 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.

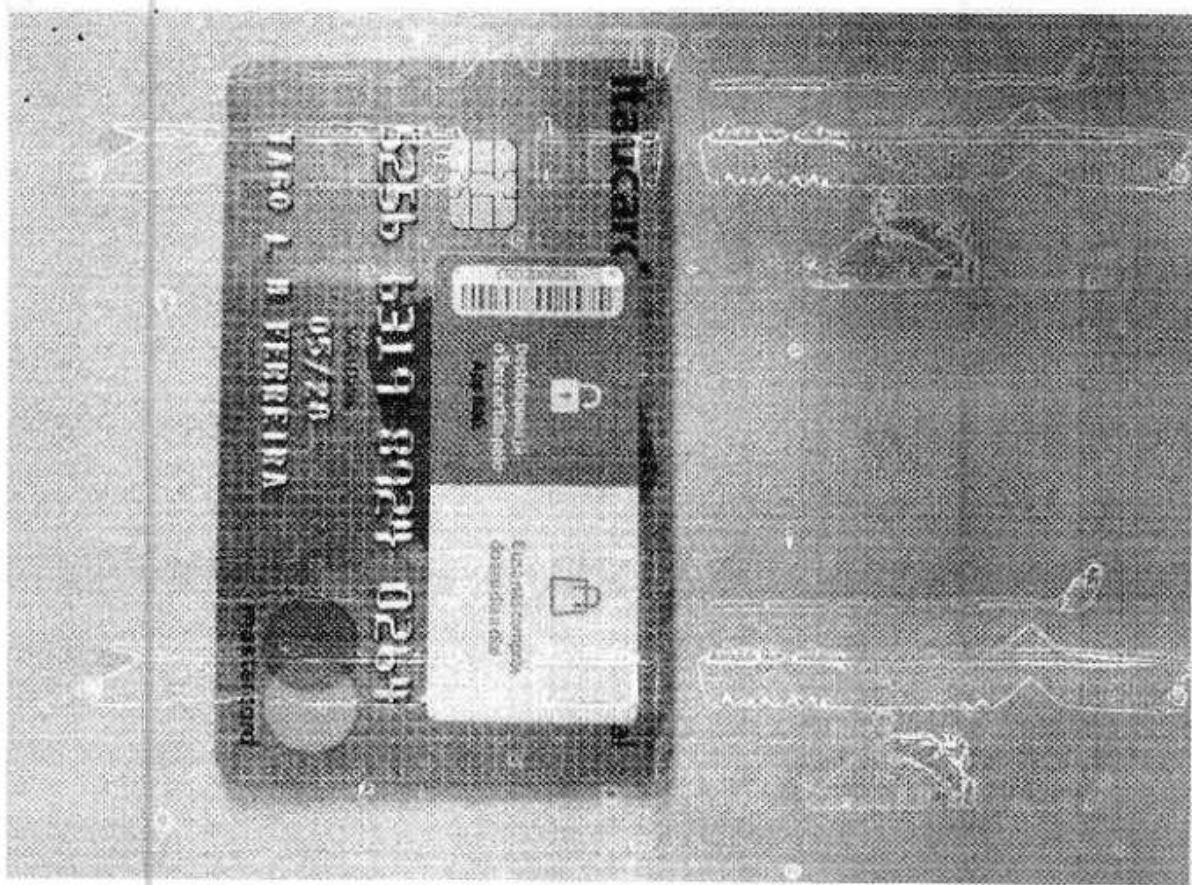
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse modo, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação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

DECLARAÇÃO DE UNIÃO 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 é de: Sim Não 27 - Se a vítima é(a) ou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tem filhos, 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, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 997, 998, 999, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1097, 1098, 1099, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1197, 1198, 1199, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1519,

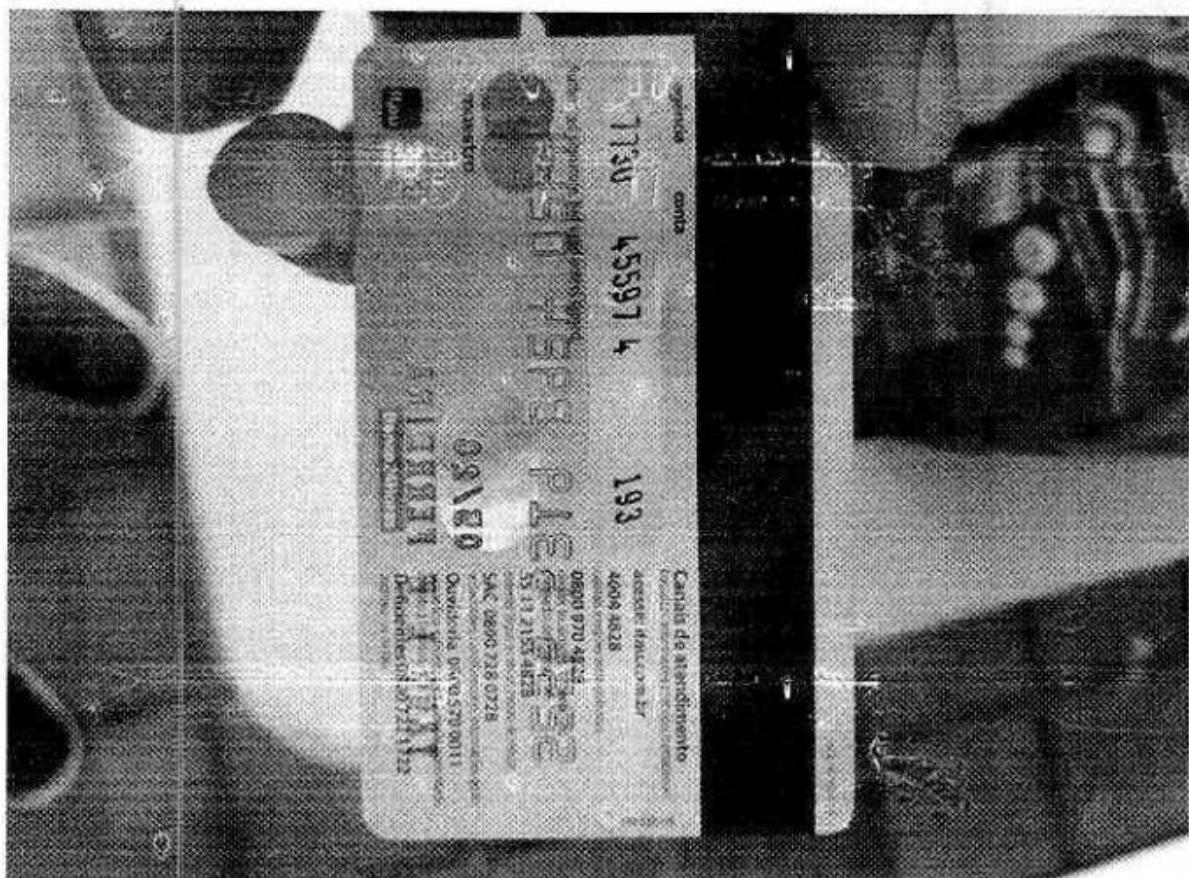


C/C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>
Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 6



CJC



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 024019.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 024019.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettown Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 12:52 min do dia 20/05/2020, na Delegacia Online, **YAGO LUAN MARINHO FERREIRA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AUTONOMO, natural de João Pessoa, nascido(a) em 12/04/1992, idade 28, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA e NAO INFORMADO, CPF 109.746.084-32, residente e domiciliado(a) no(a) RUA BOM JESUS, nº 14, complemento CASA B, bairro SESI, na cidade de Bayeux/PB. CEP: 58305000, telefone(s) 83987340793, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 09/01/2020 01:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: AV LIBERDADE, SESI, Bayeux/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA NXR 150 BROS ES, COR PRETA, PLACA OFD3294/PB, CHASSI 9C2KD0550CR595606 , em nome de WILLIAN BATISTA DOS SANTOS FILHO, CPF de n.º 080074117494, quando trafegava na avenida Liberdade, próximo ao binário, quando o pneu dianteiro da moto estourou, o mesmo perdeu o controle da moto caindo ao solo, sendo socorrido por terceiros para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

EE8CEEA1901D68005C1BA0CD852A0E56

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser clicada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 98828-8306 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





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:

3 - CPF da vítima:

109.746.084-32 Yago Ewuan Marinho Ferreira

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

15 - E-mail:

Yago Ewuan Marinho Ferreira

6 - CPF:

347

7 - CEP:

58305-000

8 - Telefone:

(83) 98663-4900

9 - Número:

10 - Complemento:

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 na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR

R\$1.000,00

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:

Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 7730

CONTA: 0631463891

(Informar o dígito se excluir)

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, recolhendo-o à conta, desde já e somente após a efetivação do crédito, durante todo o valor recebido.

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

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

Não há IML que atende 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 acima, solicito a prorrogação da data limite de pedido de indenização do Seguro DPVAT, para 120 (cento e二十) dias, conforme a documentação apresentada, concordando, desde já, com me submeter à avaliação médica e outras da Seguradora Líder para verificação de existência e gravidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194274, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa previsão de concordância com a futura avaliação médica ou retenção direito de contestá-la caso discordo de 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 vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos - Falecidos

30 - Vítimadictosa

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos - Falecidos

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente devidas, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou deslizamento não verdadeiro poderá gerar a configuração de restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299-A do Código Penal.

34

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

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

37 - 1º Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

38 - 1º | Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Itaú Banco Itaú S/A

C/C

BANCO ITAU S/A - INFORMACOES DE BENEFICIO
AGENCIA: 6757 DATA: 21/05/2020 HORA: 09:23:23
AGENCIA PAGADORA: 7738 DEI: 63238
BENEFICIO: 0631163891-0
NOME: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

DATA HISTORICO	VALOR
25/03 AG. SAQUE INSS 0631163891	7.000,00
25/03 PGTO INSS 06311638910	7.000,00

POSICAO EM 21/05/20 -----
(+) SALDO 0.00
(+) BENEFICIO A RECEBER 0.00
(-) SALDO DISPONIVEL P/SAQUE 0.00

OS SALDOS ACIMA SAO BASEADOS NAS INFORMACOES
DISPONIVEIS ATÉ ESSE INSTANTE E PODERÃO SER
ALTERADOS A QUALQUER MOMENTO EM FUNÇÃO DE
NOVOS LANÇAMENTOS

ULTIMA PROVA DE VIDA 



ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07730

CONTA: 000000045597-4

Autenticação:

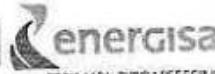
DC70757E49E8C6DDFEE275FDF2B66E20C95A458D50D7EDC761B2F9ABDE07DE91



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>
Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 11

MARIA LUIZA DA SILVA SOUZA
RUA BOI JESUS, 147 B - SESI
BATEIA/PB CEP: 58300001 (AB-1)



ESTA ALBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
8230, R. 75 - CI. EDE - 1 - EAF-B-CE 58071-000
C.J. 10295-103/2001-40 - ICE 15015-023-0
APENAL/CADEEE/GME - ICA 036.875.941
CM: para Débito Automático: 00613751791

Ligação: NOVOFASICO
Clt/Strc: REEL MTC EI / RESIDENCIAL - BAIXA FENDA
Roteiro: 3-6 - 121-1004 Referência Jan/ 2020
Medidor: 00019014204 Emissão: 08/01/2020

Atendimento ao Cliente ENERCISA: 0800 083 0196 Acesse: www.enercisa.com.br

Conta anterior	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2020	08/01/2020	05/02/2020	119.484.754-48 Incr. Pct.

UC (Unidade Consumidora): 5/1875170-1

Canal de contato

- Tarifa Social de Geração e Distribuição - TGD foi criada pela UBE
de 10,43% (10 de 20) de 2011 de 2022.
Aproveite! Faça sua leitura suas contas em atraso, podemos
regularizar sua conta com uma nova leitura!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 06/12/19	Leratura 4937	Data 08/01/20	Leratura 5238	1 341 32
Demonstrativo				
CÓD. DEU AÇÃO AFACI ALTA/BAIXA R.F. C/DEVERGAS ID. C/DET VCF (R) (VALOR) (A.SIM/%)				
0801 Consumo 00 3000W-BR	22.000 0.270550	8.09	2.75 27	2.16 3.03 0.02 0.31
0801 Consumo 31 a 100W/1% BR	75.520 0.482110	22.36	12.35 27	8.73 32.26 0.32 1.50
0801 Consumo 410 a 220W/1% BR	120.000 0.692250	93.19	63.15 27	32.45 55.19 0.57 3.22
0801 Consumo acima de 220W/1% BR	121.000 0.770280	93.20	63.20 27	26.17 63.20 0.93 4.23
0801 Ação E. Amigos		5.87	1.57 27	1.50 1.57 0.05 1.38
0810 Subtotal		47.04	47.04 27	12.70 47.04 0.92 2.16
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0901 CONTRIBUICAO PÚBLICA	26.95	3.00	1 C/DE	0.00 0.32 0.00
0904 JUROS DE MORA 11/2019	1.26	0.00	0 C/DE	0.00 0.00 0.00
0905 MULTA 11/2019	3.69	0.00	0 C/DE	0.00 0.00 0.00
0905 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2019	0.07	0.00	0 C/DE	0.00 0.00 0.00
0908 Descrição Subsídio	-21.71	2.52	8 C/DE	0.00 0.00 0.00

Cód. Código de Classificação do Item TOTAL 269.82 269.43 12.74 269.48 2.63 12.09
Tarifa m/ Tributos: ALTA01/0 0.191720 ALTA100W 0.211520 ALTA220W 0.467270 Acréscimo 220W/1% 0.519110

Avg de 12 meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

26/01/2020 R\$ 269,62

Histórico de Consumo (kWh)

2019	276	299	218	284	282	296	247	246	273	272	301
Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Aug/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dec/19

INSCRIÇÃO DO PISCO

2077.b4e9.3bf5.12db.51f9.4cf4.3ff6.c59f.

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade (11/2019 - RANKING)			Discriminação	Votor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	E1 DE LA DAEQ/04/09	57.49	21.29
05.01	0.00	1A1	CADEEE/SA	15.25	5.71
05.02	0.00	1A1	EIDEA/1	1.25	0.47
05.03	0.00	1A1/FEI	EDAL/EM	2.82	1.05
05.04	0.00	1A1/FEI	EDE/ECA/	19.72	7.10
05.05	0.00	1A1/FEI	EI	0.00	0.00
05.06	0.00	1A1/FEI	Total	269.82	100.00

ATENÇÃO

- LEIA O DOCUMENTO: Caso seu faturamento seja reajustado automaticamente em 20/01/2020, informaremos sobre as alterações no seu contrato. Confirme sua leitura no dia 21/01/2020. O pagamento deve ser feito na data da leitura e não basta pagar a fatura antecipadamente, caso o mesmo não seja comunicado ao seu provedor de serviços, pode gerar multa e/ou encerramento de fornecimento de energia. Caso haja alguma dúvida ou problema com a fatura, entre em contato com a sua concessionária ou com a ENERCISA.

- Sua fatura será encerrada automaticamente se não pagar a fatura no prazo estabelecido.

Faturas em atraso

Dez/19 245,53

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 10613.130177 2.81460000026962

PAGADOR: MARIA LUIZA DA SILVA SOUZA - CPF/CNPJ: 119.484.754-48

RUA BOI JESUS, 147 B - SESI - BATEIA/PB CEP: 58300000

Nº do Documento: 26249120010613130

Nº do Documento: 00190.00009 02624.912008 10613.130177 2.81460000026962

BENEFICIÁRIO: ENERCISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA - CNPJ: 06 088.103 / 0001-42

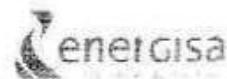
Br 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58011-000

CPF/CNPJ: 00613751791

Nº do Documento: 00613751791

BOLETO PARA PAGAMENTO

DEPARTAMENTO DE RECAUDACIÓN
DIRECCIÓN NACIONAL DE RECAUDACIÓN
Nº 042.543.155



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR-230, KM 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.406.180/0001-40 - Inscrição Estadual: ME019.822-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOAO PESSOA			5/1698281-1	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2020	20/04/2020	174	28/04/2020	R\$ 150,83

Acessar: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PÁGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 09367.2941/1 1 82390000015083				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA, SANTANA CNP.J./CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 50000-000				
Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009367294	001698281202004	28/04/2020	R\$ 150,83	09.055.183/0001-40
BENEFICIARIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-000 Agência / Código do Beneficiário: 3054-1/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>

Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 13



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://www3.susep.gov.br/SIBU/QTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, item 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 RESEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Yago Cibean Marinho Ferreira inscrito (a) no CPF sob o N° 109.746.084-32
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Yago Cibean Marinho Ferreira

Inscrito (a) no CPF sob o N° 109.746.084-32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 295 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José 6. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: <u></u>
Bairro: <u>Flangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u></u>	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 04/06/2020

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



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: 292974 Atd: Nao Regulado
Data: 09/01/2020
Hora: 09:39:33
Repcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA Num. Frontuario: 2020.01.000892

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 161865635110003 Sexo: M OUTROS: 230182401003 Fone: 987488837

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/04/1992 Id: 27 ano(s)

End.: EUA BOM JESUS,14

Bairro: SESI Cidade: BAYEUX UF :PB

Mae: MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: COZINHEIRO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA MARIA LUIZA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			
Observacao			

Que é Principal

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEEETSHL COM FRAT
EXPOSTA DE MAO DIREITA, CONFORME PACTURACAO SIC.

Historia - Exame fisico (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

fr metacarpio d ombro

sulco + ulterior p/ Rx amigd

Prescricao

Horario da medicacao

laringo exame d
musp 156 0,91
Dr. Jenilson Oliveira
Centro de Medicina
Assinatura



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

() Residência () Transferido () Desistência ()
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado ()

~~— grande loozerde na Ferreira~~

Assinatura e Carimbo





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 09/01/2020
 Nome: Yago Luiz dos Santos Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Prontuário: _____ Bairro: _____
 Nome da Mãe: _____ Profissão: _____
 Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
 Cidade: _____ Estado Civil: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: / /
 Escolaridade: _____
 QPD: Dois dias fomos o mês na hospital
 HDA: Pisso 3x dia fomos o mês de 10 dias
Abaixar a mola escorregando para dentro
Ficou 5 dias
 Medicções em uso: Ø
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectorção [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
 [] Amnésia [] Libido [] Humor

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Te

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____

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: ExpoSI - Exponenciais a 3

Conduita: MC + Síntese



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Yogo Lucas moniz</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>29/6/20</i>	Cirurgião: <i>Dr EDSON VIEIRA</i>			1º Assistente: <i>KLEINIO RL</i>	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fratura de 3º e 4º metacôrpo vésico S 62.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O sangue.</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
<i>RASPi + Fissões percutâneas.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descriva:		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>
Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 19

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sobre
rostos e punhos. A posição de dor
oposta de braços está

Incisão:

Incisão da região dor
de uso.

Achados:

Vigoreza de fuso
metacôrneo direito com
fratura 3º mordomo

Conduta:

Limpas do foco de fuso
redução das fraturas
aposição de placas de
sob uso de intensificadores
de sangue.
após, sutura de 2 fios
em 3º artelos por
uso de intensificadores
de sangue.

Fechamento:

OBS:

Data: 29/01/2020

Dr. Klenio F. da Nóbrega
CRM 11.024 PB
Ortopedista Traumatologista
MÉDICO

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



Paciente YAGO LUAN MARINHO FERREIRA	BAE 1215228	Data/Hora Entrada 09/01/2020 03:46:19	Data Baixa
Data de nascimento 12/04/1992	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987488837
Mãe MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA	Bairro SESI	Município BAYEUX	Prontuário
Endereço BOM JESUS, 14	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Data/Hora Prescrição 09/01/2020 08:05:39	Nº Cons. Regional 185222/SP
Data/Hora Classificação 09/01/2020 03:46:19			

ANAMNESE

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. ERA O CONDUTOR E NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÓMITOS E AMNÉSIA APÓS ACIDENTE. AO EXAME: ESCORIAÇÕES EM FACE, FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA MÃO DIREITA. CO: RX DE MÃO DIREITA (09/01/2020 04:01:28-BENEDITO B MIRIBERI)

ORTOPEDIA DOR E FERIMENTO NO DORSO DA MÃO DIREITA APÓS QUEDA DE MOTO HOJE AS 02 E 30 NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS ADM PREJUDICADO NEUROVASCULAR PRESERVADO RX: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO DIREITA CDT: AO ORTOGRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO ATB TERAPIA MAIS SAT CURATIVO ANALGESIA ORIENTAÇÕES STAFF DR ALBERTO (09/01/2020 08:05:39-JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: EM 100 ML DE SF)
CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSIM)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: LIMPEZA E CURATIVO)

CID10

W01.0 - Queda no mesmo nível por escorregão, tropeço ou passos em falsos [traspés] - residência
T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Dr. JOSE ROGACIANO
CRM: 185222/SP
Data: 09/01/2021 08:05:39

Conduta

Alta médica

Enfermeiro

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)



02.024.581/0004-02

Prefeitura Municipal de Bayeux

Secretaria Municipal de Saúde

UPA - BAYEUX

CÓDIGO DA UNIDADE 7927908

URGÊNCIA

TRANSFERÊNCIA

NOME: Iago Luan Marinho Ferreira
 DESTINO: Hosp de Trauma DATA E HORA DA ADMISSÃO: 03:00 AS 09/01 H
 CONTATO PRÉVIO: Julia DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: 03:30 AS 09/01 H

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: _____ FR: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____
 Paciente com quadro de TCE ligeiro e edema com dificuldade de mobilização e
 pulso fraco após queda de moto (sem capacete). Vaga cefálica, doroco, diplopia,
 deficit fáscias e mímicos. Apresenta exoração pelo corpo e na região temporal
 esquerda.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

Não despeço de Rx na unidade!

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

*TCE ligeiro
Fratura de mão D?*

OBSERVAÇÕES:

Gilmar Leite Pessoa Filho

Médico

CRM/PB 12186

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

UPA 24 Horas, BAYEUX-PB



Leu



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	YAGO LUAN MARINHO FERREIRA
DATA DE NASCIMENTO	12/04/92
NOME DA MÃE	MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.215.228
DATA DO ATENDIMENTO	09/01/20
HORA DO ATENDIMENTO	03:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE OSSOS DA MÃO DIREITA
CID 10	S62.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ENTRADA. PACIENTE FOI ATENDIDO NESTE SERVIÇO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM TRAUMA EM MÃO DIREITA. PRESENÇA DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO DIREITA. ENCAMINHADO PARA O ORTOGRAUAMA DE MANGABEIRA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX MÃO DIREITA

RESULTADOS DOS EXAMES:

FRATURA DE OSSOS DA MÃO DIREITA

TRATAMENTO:

IMOBILIZAÇÃO

ALTA HOSPITALAR:	09/01/20
DATA DA EMISSÃO:	12/06/20

[Handwritten signature]
Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2328/PB

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



09/01/2020



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

- TMed

GOVERNO
DA PARAÍBASEGUE
o trabalho

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

Boletim de Atendimento: 1215228



Identificação do paciente						
ID 1474143	Nome YAGO LUAN MARINHO FERREIRA					
Data de nascimento 12/04/1992	Idade 27 anos 8 meses 28 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião Pal NAO DECLARADO			
Mãe MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA	Responsável (Parentesco) MARIA LUIZA DA SILVA SOUZA - ESPOSO(A)					
Escolaridade	DDD Celular 83	Celular 987488837	DDD Nº Cns			
			Telefone			
Tipo documento	Número documento	Type BAIRRO	UF PB			
Local de procedência SESI	CBO/R					
Email	Naturalidade JOAO PESSOA					
Endereço						
CEP 58306060	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro BOM JESUS			
Número 14	Complemento		Bairro SESI			
Admissão						
Data e Hora 09/01/2020 03:46:19	Número da pulseira 100008070127	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES						
Imprimir						
CID						
Tempo 01min 26seg						

<http://tjpb.rn.gov.br/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1215228>

11

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>

Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 24





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA
Data de nascimento 12/04/1992
Mãe MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA
Endereço BOM JESUS, 14
Acidente QUEDA / OUTROS
Data/Hora Classificação 09/01/2020 03:46:19

BAE
1215228
Sexo
Masculino

Bairro
SESI
Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
09/01/2020 03:46:19

CNS

Município
BAYEUX
Profissional
JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Data/Hora Prescrição
09/01/2020 08:05:39

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 987488837
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
185222/SP

ANAMNESE

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. ERA O CONDUTOR E NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E AMNEZIA APÓS ACIDENTE. AO EXAME: ESCORIAÇÕES EM FACE, FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA MÃO DIREITA. CD: RX DE MÃO DIREITA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

(09/01/2020 04:01:28-BENEDITO B RIBEIRO)
ORTOPEDIA DOR E FERIMENTO NO DORSO DA MÃO DIREITA APÓS QUEDA DE MOTO HOJE AS 02 E 30 NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS ADM PREJUDICADO NEUROVASCULAR PRESERVADO RX: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO DIREITA CDT: AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO ATBTERAPIA MAIS SAT CURATIVO ANALGESIA ORIENTAÇÕES STAFF DR ALBERTO
(09/01/2020 08:05:39-JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: EM 100 ML DE SF)
CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSIM)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES:: LIMPEZA E CURATIVO)

CID10

W01.0 - Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] - residência
T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

O
13/01/2021

Conduta

Alta médica

Enfermeiro

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE
o trabalho

Paciente
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA
Data de nascimento 12/04/1992

Idade 27a 8m 28d

BAE
1215228
Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
09/01/2020 03:46:19
CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 987488837
Prontuário

Mãe
MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA

Endereço
BOM JESUS, 14

Acidente
QUEDA / OUTROS

Data/Hora Classificação
09/01/2020 03:46:19

Bairro
SESI

Município
BAYEUX
Profissional
BENEDITO B RIBEIRO
Data/Hora Prescrição
09/01/2020 04:01:28

UF
PB
Nº Cons. Regional
11820/PB

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

ANAMNESE

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. ERA O CONDUTOR E NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÓMITOS E AMNÉSIA APÓS ACIDENTE. AO EXAME: ESCORIAÇÕES EM FACE, FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA MÃO DIREITA. CD: RX DE MÃO DIREITA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM)
CETOPIROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: EM 100 ML DE SF)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE MAO DIREITA

CID10

W01.0 - Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] - residência

Conduta

Em observação

Enfermeiro

BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

DR Benedito Ribeiro
CRM-PB 11820
09/01/2020 04:01:28
09/01/2020 03:46:19

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 09/01/2020 03:47:45



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>
Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 26



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101131512552490000036589690>
Número do documento: 2101131512552490000036589690

Núm. 38366597 - Pág. 27



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>
Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 28

PREScrição MÉDICA

Nome YAGO LUAN MARINHO FERREIRA	Data de Nascimento 12/04/1992	Idade 27a 8m 28d	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 1215228	Data Prescrição 09/01/2020 08:05:39
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição 09/01/2020 08:05:00 - 10/01/2020 08:05:00
Convenio SUS		Matrícula			Senha

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação do Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pas	Aprazamento
1 CEFALOTINA 1G - DI(1 / 1) de 1	1000,0	MG		E.V.			AGORA
2 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	5,0	ML		INTRAMUSCULAR			AGORA
3 CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0	ML		E.V.			AGORA
4 I-ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação:LIMPEZA E CURATIVO				

Reimpresso por:

dia:

Dr. JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
CRM: 185222

Assinatura e Carimbo do Profissional

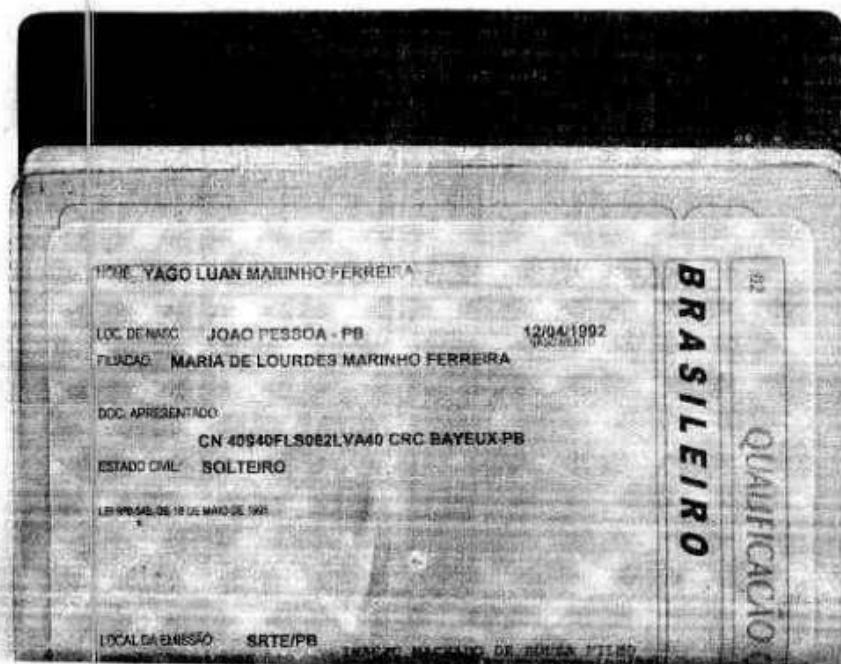




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>
Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 30





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>
Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 32



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

109.746.084-32

Nome

YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Nascimento

12/04/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>
Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 33

PROCURAÇÃO

Outorgante: Yago Luan Marinho Ferreira, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão Banhista de animais, residente e domiciliado à Rua Bonfim Jesus, nº 14-B, bairro SESI, Município de BAYEUX, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58306-060, portador(a) do RG nº 3.661.877, SSP/..... e CPF nº 109.716.081-32.

Outorgado: Alessandra Paesar Duarte, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Presidente Vargas, nº 154, bairro Dom Geraldo, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 53056-384, portador (a) do RG nº 2627718, SSP/ PB e CPF nº 046.500.754-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Yago Luan Marinho Ferreira, ocorrido em 09/01/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza imediata.

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.

João Pessoa, 20 de maio de 2020.

Yago Luan Marinho Ferreira
Outorgante
CPF N° 109.716.081-32

101 Ofício

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156995/20

Número do Sinistro: 3200201989

Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

CPF: 109.746.084-32

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 09/01/2020

Titular do CPF: YAGO LUAN MARINHO
FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

YAGO LUAN MARINHO FERREIRA : 109.746.084-32

Autorização de pagamento

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: 17/06/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:12:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315125524900000036589690>
Número do documento: 21011315125524900000036589690

Num. 38366597 - Pág. 35

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200201989 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA **Data do acidente:** 09/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º METACARPOS À DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PAG 5,6- ANEXO) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA

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 DA MÃO DIREITA

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

