



Número: **0851274-89.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA (AUTOR)		PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38367688	13/01/2021 15:39	2775234_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343158

Vítima: ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA

Data do Acidente: 10/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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 16164746

Pag. 01627/01628 - carta_01 - INVALIDEZ

00020814





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, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343158

Vítima: ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA

Data do Acidente: 10/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000729

Conta: 0000041512-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

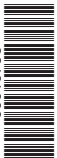
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01477/01478 - carta_15R - INVALIDEZ

00010739



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343158 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA **Data do acidente:** 10/08/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P2 / P7 / P8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 302.530.254-13 Nome completo da vítima: ANTHONNY SEFFERY ARAÚJO COSTA

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

Nome completo: ANTHONNY SEFFERY ARAÚJO COSTA CPF: 302.530.254-13

Profissão: CONSULTOR DE VENDAS Endereço: RUA OZÓRIO QUEIROGA DE ASSIS Número: 543 Complemento: AP. 202

Bairro: BESSA Cidade: SOJO PESSOA Estado: PB CEP: 58035-050

E-mail: PAULO.ROLIM.ADV@GMAIL.COM Tel. (DDD): (33) 9.9694-9234

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0729 043 CONTA: 00043532-5

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que 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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: SOJO PESSOA, PB, 24 DE SETEMBRO 2020

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Anthony Seffery Araujo Costa*

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04334.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04334.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:26 horas do dia 24 de setembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, é lavrado por Janeide Rosa Santos Albuquerque, Agente de Investigação, matrícula 1819429, ao final assinado, compareceu **Anthony Jeffery Araújo Costa**, CPF nº 102.510.254-11, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Consultor de Vendas, filho(a) de Micheline Araújo Costa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/02/1991 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ozório Queiroga de Assis, Nº 541, complemento AP 201, bairro Bessa, tendo como ponto de referência Posto Expressão, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99892-6764.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua Arthur Monteiro de Paiva, Rua do Bessa Grill, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/08/18 20:07h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, NA DATA ACIMA DESCRITA, FOI ATENDIDO PELO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCISIO BURITY, NESTA (TRAUMINHA) POR CONTA DE UMA FRATURA (TRAUMA EM CALCÂNEO DIREITO); QUE, TAL FRATURA FOI DECORRENTE DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, ONDE O DECLARANTE ESTAVA PILOTANDO UMA MOTO (HONDA DE COR PRETA, ANO E MOD 2018 E PLACA QSC2337/PB) COLIDINDO COM UM VEÍCULO QUE ESTAVA ESTACIONADO IRREGULARMENTE; QUE, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA 10/08/2018 COM ALTA MÉDICA DIA 13/08/2018 (SEGUNDO CERTIDÃO DA MÉDICA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137; QUE, REGISTROU O FATO PARA EFEITOS LEGAIS.

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

João Pessoa/PB, 24 de setembro de 2020.


JANEIDE ROSA SANTOS ALBUQUERQUE
Agente de Investigação


ANTHONY JEFFERY ARAÚJO COSTA
Noticiante



Procedimento Policial: 04334.01.2020.1.00.401

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 302.530.254-13 Nome completo da vítima: ANTHONNY SEFFERY ARAÚJO COSTA

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

Nome completo: ANTHONNY SEFFERY ARAÚJO COSTA CPF: 302.530.254-13

Profissão: CONSULTOR DE VENDAS Endereço: RUA OZÓRIO QUEIROGA DE ASSIS Número: 543 Complemento: AP. 202

Bairro: BESSA Cidade: SÃO PAULO Estado: SP CEP: 58035-050

E-mail: PAULO.ROLIM.ADV@GMAIL.COM Tel. (DDD): (33) 9.9694-9234

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0729 043 CONTA: 00043532-5

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que 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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: SÃO PAULO, SP, 24 DE SETEMBRO DE 2020

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Anthony Seffery Araújo Costa*

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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: 09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000041512-5

Nr. da Autenticação 3888C48FFD9EC65B



Mais uma novidade para você!

Baixe o Aplicativo "Meu Consórcio".

Com o aplicativo Meu Consórcio Honda você pode acompanhar a evolução da sua conta.

- Buque Eletrônico
- Extrato
- Oferta de Lanche
- Resultado de Assembleia
- e muito mais!

Carregue um flash de QR Code e baixe o aplicativo. Disponível em: www.consorciohonda.com.br



Disponível gratuitamente no



www.consorciohonda.com.br

Atenção: Consórcio Honda é uma marca registrada da Honda Financeira. Todos os serviços e produtos são oferecidos sob a supervisão da Honda Financeira.

HONDA Consórcio



Administradora de Consórcio Nacional Honda Ltda.
CNPJ: 45.441.789/0001-54
Av. Senador Roberto Simonsen, 304 - Santo Antônio
São Caetano do Sul - SP
CEP: 09530-101

Central de Atendimento ao Cliente: (11) 2172-7007
Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 722 2340
Atendimento às Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 722 2341
Ouvidoria: 0800 771 5707
www.consorcionacionalhonda.com.br

SA0083116 TGS

00035353



7213243637214970000008311630270918

Data da postagem: 27/09/18



ANTHONY JEFFERY ARAUJO COSTA
R OZORIO QUEIROGA DE ASSIS 541 AP 201
BESSA
58035-050 JOAO PESSOA PB

39939/402-3-1

NOVO RUMO

Correios 22/09/2018

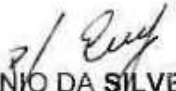


ESTADO DA PARAÍBA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
1º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
1ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDO

CERTIDÃO

REQUERIMENTO Nº:	32/2019	DATADO:	11 DEZ 2019
SOLICITANTE:	ANTHONY JEFFREY DE ARAUJO COSTA		
PORTADOR DO CPF:	102.510.254-11		
PROTOCOLO CIOP:	BM2018.0810.1856.00063	DATA:	10 AGO 18
HORÁRIO	18	Horas	56
		Minutos	
ENDEREÇO			
RUA ARTHUR MONTEIRO DE PAIVA, 1190 – BESSA – JOÃO PESSOA -PB			
VIATURAS:	AR-45 (AUTO-RESGATE 45)		
VITIMAS			
NOME	ANTHONY JEFFREY DE ARAUJO COSTA	CPF	102.510.254-11
NOME		CPF	
RELATÓRIO DA OCORRÊNCIA:			
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: COLISÃO CARRO X MOTO.			
AO CHEGAR AO LOCAL, INICIOU-SE A AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DA VÍTIMA, QUE SE ENCONTRAVA CONSCIENTE E ORIENTADA, COM UMA FRAKTURA EXPOSTA NO TORNOZELO DIREITO, APÓS IMOBILIZAÇÃO CONDUZIMOS A MESMA AO HOSPITAL.			
HOSPITAL	COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY		
MEDICO	FICOU NA TRIAGEM	CRM	
Chefe Da Guarnição	SGT AGRIPINO MIGUEL DE JESUS FILHO	MATR.:	523.610-0
Nada mais consta sobre o que lhe requereu e lhe seja relativo em firmeza do que lavrei a presente CERTIDÃO, que vai por mim datada e revisada por ANTONIO DA SILVEIRA - MAJ QOBM - Comandante desta 1ª Companhia Independente de Bombeiro Militar (1ª CIBM).			
Eu, CABO QPBM, Matrícula: 521.935-3 EDCHARLTON CAVALCANTI VIANA, Aux. da 3ª Seção desta 1ª CIBM, que digitei e assino:			

Cabedelo - PB, 13/12/2019


Antonio da Silveira – MAJ QOBM
Comandante da 1ª CIBM

1º Tenente Honorário dos Santos Júnior
1ª CIBM-Matr. 523.399-2



GOVERNO
DA PARAÍBA

Corpo de Bombeiros Militar - 1º Comando Regional de Bombeiro Militar
1ª Companhia Independente de Bombeiro Militar
Rua Euvaldo Figueiredo de Miranda, nº 70, Centro, CEP: 58.550-100 - Cabedelo/PB
Fone: (83) 3228-8588 / (83) 3228-8632 E-mail: 1cibmcabedelo@gmail.com





CERTIDÃO

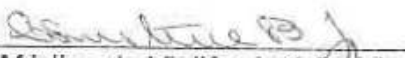
Nº. 1602/2018

Atendendo solicitação de RODRIGO RODRIGUES SOARES COUTINHO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 152924 e Prontuário nº 2018.08.001566 pertencentes a **ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA** que foi atendido dia 10/08/2018 às 20H07min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em calcâneo direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de calcâneo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 10/08/2018 com alta médica dia 13/08/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 21 de novembro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PR. RA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COM: HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 152924 Atd: Nao Regui
Data: 10/08/2018
Hora: 20:07:37
Recepcionista: JOELMA FRIO AQUINO D
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANTONY JEFFERY ARAUJO COSTA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.08.001566

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 998486342

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/02/1991 Id: 27 ano(s)

End.: RUA OZORIO QUEIROGA DE ASSIS, 541

Bairro: BESSA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MICHELE DE ARAUJO COSTA

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ANTONY JEFFERY ARAUJO COSTA

Tel/Doc. Responsavel: 998486342 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Trasporte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: QUEDA DE MOTO PROX DE CASA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente utima de estrai como x moto, nra queda de comencia
vômitos. Apurando fúntes em joelho e tarso / pi D, com difi
de mobilização. Hq. vicino pl. ditro e oliqua a depuere

Diagnostico

Conduta

① Atendimento unid

② Solicito Rx

Prescricao

Horario da medicacao

JAT 01 op 1H

③ Alto de
④ A odipudica

Utilizar 20g AD a AGORA

* CRIO-DA-20:30 Paciente v. n. do nariz do roto
na Torne @ 5 estenso.

na F. exatst de estenso (D) + F. n. roto na Torne (D)

Dr. Rodrigo Mour
CRM-PB 9519
CRM-PB 842
TESTE 16.34

Coloquio de enfermagem

Dr. Rodrigo Moatinho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PR 8412
RBO 16.342

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qnde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

16/01/2021
15:39:41





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 10 / 07 / 21	
Nome: Antônio Jefferson Araújo Costa	
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: _____	
DA: Paciente vítima de acidente motorciclístico, apresentando ferimento com contusão na região de cabeça	
Medicações em uso: Não	
Interrogatório Sintomatológico:	
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Pele: _____	
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: _____ Visão: _____	
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____	
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume	
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____	
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos	
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor	

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 15:39:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315394048500000036591080>

Número do documento: 21011315394048500000036591080

Num. 38367688 - Pág. 13

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: _____

- Radiografia

- TC de TNC

Hipóteses Diagnósticas: _____

- Ex. sup. de calcâneo

Conduta: _____

- Ao plano cirúrgico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Antony Jeffery Araujo Costa.				Registro:	
Idade:	Sexo: f	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 10/08/2018	Cirurgião: Dr. João Paulo			1º Assistente: Dr Rodrigo Mousinho.	
2º Assistente: DR. FELIPE (R1)		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
FRATURA EXPOSTA DO CALCANEIO DIREITO.					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
LMC + DESBRIDAMENTO.					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia.

Assepsia e Anti-sepsia

Aposição de campos estéreis

Incisão:

Achados:

Ferimento transversal em região de calcâneo + tendão de Aquiles (com pequena lesão do tendão de Aquiles).

Conduta:

Lavagem com sf 0,9 % exaustivamente.

Desbridamento.

Curativo estéril

Radiografia de controle

Imobilização tala bota eqüino. Até abordagem secundária, com troca de curativo diário.

Fechamento:

Fechamento por planos e pele.

Planejar abordagem secundária.

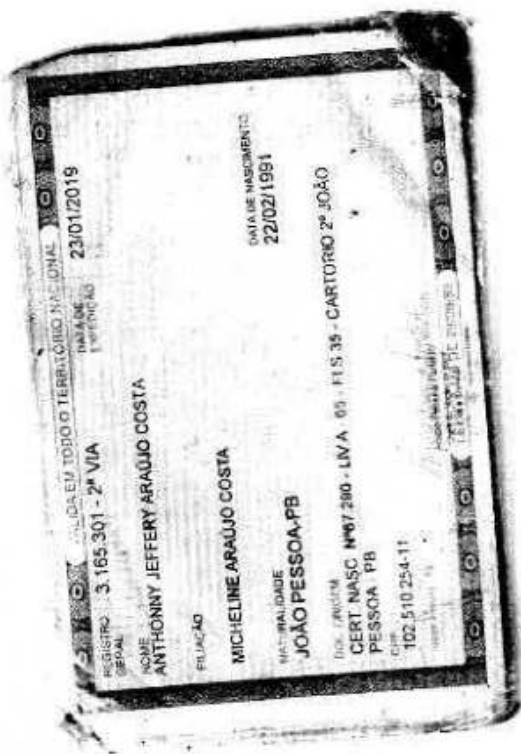
OBS: Ato cirúrgico sem intercorencias.

Data: 10 / 08 /2018

MÉDICO/CRM

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





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270713/20

Vítima: ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA

CPF: 102.510.254-11

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 10/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA : 102.510.254-11

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: 24/09/2020
Nome: ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA
CPF: 102.510.254-11

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ANTHONNY JEFFERY ARAUJO COSTA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

