



13/01/2021

Número: **0862319-27.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/10/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA (AUTOR)		JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38368684	13/01/2021 15:57	2775655_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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190495168

Vítima: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

Data do Acidente: 27/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **0000088172-2**

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.

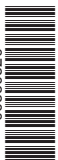
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01039/01040 - carta_15R - INVALIDEZ

00350520





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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190495168

Vítima: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

Data do Acidente: 27/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14930752



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: 107.652.494-05 Nome completo da vítima: Monik Miguel Inácio da Silva

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

Nome completo: Monik Miguel Inácio da Silva CPF: 107.652.494-05
Profissão: autônoma Endereço: Rua Dep. José Torquato Número: 72 Complemento:
Bairro: Santa Rita Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58070-620
E-mail: monikm@netmail.com Tel. (DDD): 83 99181-6739

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 0088172 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa/PB 15 de agosto de 2019
Nome: Monik Miguel Inácio da Silva
CPF: 107.652.494-05

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Monik Miguel Inácio da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
CPF: 22 AGU. 2019

Assinatura: PROTOCOLO

2ª Nome: AG. JOÃO PESSOA
CPF: _____

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018





SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08278.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08278.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:09 horas do dia 24 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Monik Miguel Inácio da Silva**, CPF nº 107.652.494-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Do Lar, filho(a) de Mônica Miguel da Silva e José Inácio da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/02/1992 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Tavares, Nº 72, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Padre Migelino, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99181-6739.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Cruz das Armas, Próximo Ao Cemitério, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/03/18 14:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

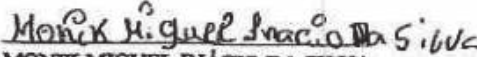
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 27/03/2018, POR VOLTA DAS 14:00 HORAS, ESTAVA ATRAVESSANDO A AV. CRUZ DAS ARMAS, PRÓXIMO AO CEMITÉRIO DE CRUZ DAS ARMAS, QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA NO LOCAL, SENDO SOCORRIDA POR VEÍCULO PARTICULAR, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO CIRURGIADA, TENDO ALTA MÉDICA NO DIA 05/05/2018.

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

João Pessoa/PB, 24 de julho de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


MONIK MIGUEL INÁCIO DA SILVA
Noticiante

 **Feliciano da Silva**
Serviço Notarial e Registral
Autenticou a presente cópia, reproduzindo fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade,
João-PB 21/08/2019 15:12:07
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente
(2019-0046097) ENDLPR 2.40 PARP/PRC 0.25 FEV/PRC 0.50
SELO DIGITAL: AT162866-0394
Confira a autenticidade em <https://selodigital.timb.tus.br>

CARTEIRO-UNICO
Serenina Lucia M. Feliciano da
Tobelia Substituta
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente
Av. Com. Venâncio Ribeiro Godinho, 1745
Fone: (83) 3283-1341/9313-3163
CEP 58340-000 - São Paulo - PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 AGU. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 08278.01.2019.1.00.401



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 107.652.494-05 Nome completo da vítima: Monik Miguel Inácio da Silva

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

Nome completo: Monik Miguel Inácio da Silva CPF: 107.652.494-05
Profissão: autônoma Endereço: Rua Dep. José Toranzo Número: 72 Complemento:
Bairro: Jardim Recanto Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58070-620
E-mail: monikm@netmail.com Tel. (DDD): 83 99181-6739

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0036 CONTA: 0088172 (2)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhas? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhas, informar quantos: Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: Local e Data: João Pessoa/PB 15 de agosto de 2019
Nome: Monik Miguel Inácio da Silva
CPF: 107.652.494-05

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Monik Miguel Inácio da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

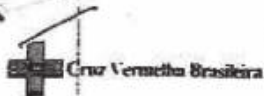
TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
CPF: 22 AGU. 2019
Assinatura: PROTOCOLO
2ª Nome: AG. JOÃO PESSOA
CPF: _____
Assinatura: _____

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

FPS.001 V001/2018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CMES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1071987



Identificação do paciente			
ID 1274641	Nome MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 27/02/1992	Idade 26 anos 1 mes	Estado civil	Religião
Mãe MONICA MIGUEL DA SILVA	Pai JOSE INACIO DA SILVA	Profissão	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) CRISLAINE MIGUEL DA SILVA - IRMÃ(OA)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987523752	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32217174
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3761169	Nº Cms 207217406040006	
Local de nascimento JOÃO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	CBOR	
Endereço			
CEP 58013432	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro COREMAS
Número 510	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data 27/03/2018	Número da pulseira 1000006491146	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATENDIMENTO	Detalhe do acidente OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X ☐	Sangue ☐	Urina ☐	TC ☐
	Liquor ☐	ECG ☐	Ultrassom ☐
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO			
CID			
Tempo 52seg			

Imprimir

COMPREV
CONSULTA
22 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

27/03/2018 14:34





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 29/03/2018 07:40:20

Paciente MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1071987	Data/Hora Entrada 27/03/2018 14:31:16	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/02/1992	Idade 26	Sexo Feminino	CNS 207217406040006
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 107899
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 29/03/2018 07:40:02)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA DE UMEROS DISTAL

EVOLUI ESTAVEL

PRE OP OK

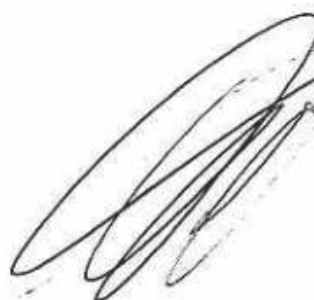
AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

OPME : PARAFUSO CANULADO 3,5 ; 4,0 ; CAIXA 3,5 + PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0003

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142


Dr. Edson D. Tinoco
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE MÃO E MICROCIRURGIA
GRUPO 7142



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	05/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

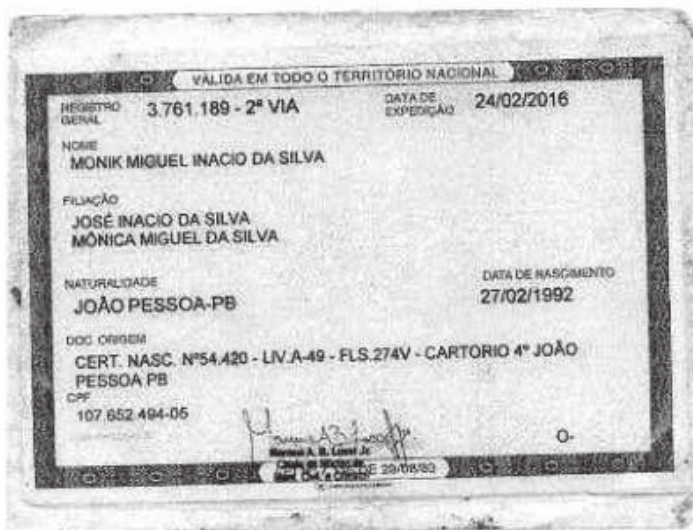
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000088172-2

Nr. da Autenticação A69A4E52361FED9C







CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Policarpo Lima, 228 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

VALOR CONTATO COM A INFORME ESTIMADO
MATRÍCULA
375489
REFERÊNCIA
JUL/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

FRANCISCO A DE LIMA
RUA DEP JOSE TAVARES, 72 - CRISTO REDENTOR JOAO
PESSOA PB 58070- 620

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	Quarto	Pisito	
001.020.180.0360.000	000	1	0	0	0	

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Es
			LIGADO	POTENCIA

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA

10 05/08/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 H:

	CONSUMO	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORI
JUN/2019	10	TURBIDEZ	0	0	0
MAI/2019	10	CLORO	0	0	0
ABR/2019	10	COL. TERMOT	0	0	0
MAR/2019	10	COR	0	0	0
FEV/2019	10	COL. TOTAIS	0	0	0
JAN/2019	10				
MEDIA(M)					

DADOS REFERENTES A: MAI/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 08/07/2019 HCRA DA IMPRESSÃO: 09:41

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	37,91
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/1

VENCIMENTO: 21/07/2019	Total a Pagar: R\$ 37,
------------------------	------------------------

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NAO MEDIDO

TIPO DE TARIFA:

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADA TRABAHO INFANTIL

COMPREV

COMPREV/SGG/SGG-OCORRÊNCIA/SIA

21 JUL 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 28/03/2018 08:15:11

Paciente MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1071987	Data/Hora Entrada 27/03/2018 14:31:16	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/02/1992	Idade 26	Sexo Feminino	CNS 207217406040006
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 107899
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 28/03/2018 08:15:05)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA DE UMEROS DISTAL
EVOLUI ESTAVEL

SOLICITO IMAGENS COM RECONSTRUÇÃO 3D PARA MELHOR PROGRAMAÇÃO CIRURGICA E ESCOLHA DE MATERIAL A SER USADO

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0003
Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

[Assinatura]
28 MAR 2018
Dra Tibirica Medeiros
Ortopedia - Traumatologia

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 ABR. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Monik Miguel Imacio da Silva BE/Prontuário: 1071907
Idade: _____ Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 1/1
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento cirurgico de fx de umero distal @
Cirurgião: Dr. Alexandre 1º Assistente: Dr. Pacelli
2º Assistente: MR1 Daniel 3º Assistente: _____
Instrumentador: Joelma Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Do Sadio Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>fx de umero distal @</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>tratamento cirurgico de fx de umero distal @</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Daniel Conserva Arruda
CRM 11134

João Pessoa, 02/05/18

F(NG) ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente sob anestesia em D.V.H.
Antissepsia e Assepsia
Aposição de campos cirúrgicos.
via posterior

Incisão:

Disculso por planos
Cuidado com a anestesia
Cuidado com nervo ulnar + isolamento
Redução eventro da fratura

Achados:

osteotomia do olecrano tipo chevron
Passagem dos fios K para fixação temporária.
Colocação de placas bloqueadas lateral e medial
de cotovelo + parafusos

Conduta:

Retirada dos fios K.
Limpeza com SF 0,9%
Redução aberta + fixação com band de
tensão do olecrano.
Fechamento por planos anatômicos
curativos estéticos

Rx de controle.

Fechamento:

Observação:

Daniel Conserva Arruda
Médico
CRM 11134

João Pessoa, 02/05/18

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

B: 107 198

A new COMO guide

Ana Lúcia da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PB 899341



FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE: Murik Miguel Soares da Silva DATA: 08/08/18 PRONTUÁRIO: 58 SEXO: F COR: P IDADE: 76

PRESSÃO ARTERIAL: 86 PULSO: 86 RESPIRAÇÃO: 12/min TEMPERATURA: 36.5 PESO: 63 GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: OK

AP. RESPIRATÓRIO: NDA AP. CIRCULATÓRIO: NDA

AP. DIGESTIVO: NDA ESTADO MENTAL: consciente DROGAS EM USO: -

PRE-ANESTÉSICO: - ESTADO FÍSICO (ASA): I

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Fratura de Ulna distal à D

CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico e fixação

CIRURGIÃO: Dr. Alexandre AUXILIARES: Dr. Facille

INÍCIO DA ANESTESIA: 8.00 TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES R\$:

ANESTESISTA: Dr. Roberto Croulo CPF: 160.464.814-34 CRM-PB: 1822

ACIDENTES:

LOGICOS: AL CH

VALORES:

ANESTESIA:

ANESTESIA GERAL: ☐ ANESTESIA REGIONAL: ☐ ANESTESIA EPIDURAL: ☐ ANESTESIA BLOCO PLEXO: ☒ ANESTESIA BLOCO NERVOS: ☒ ANESTESIA OUTROS: ☐

TECNICA: Bloqueio do plexo braquial interescalares sup + sedação

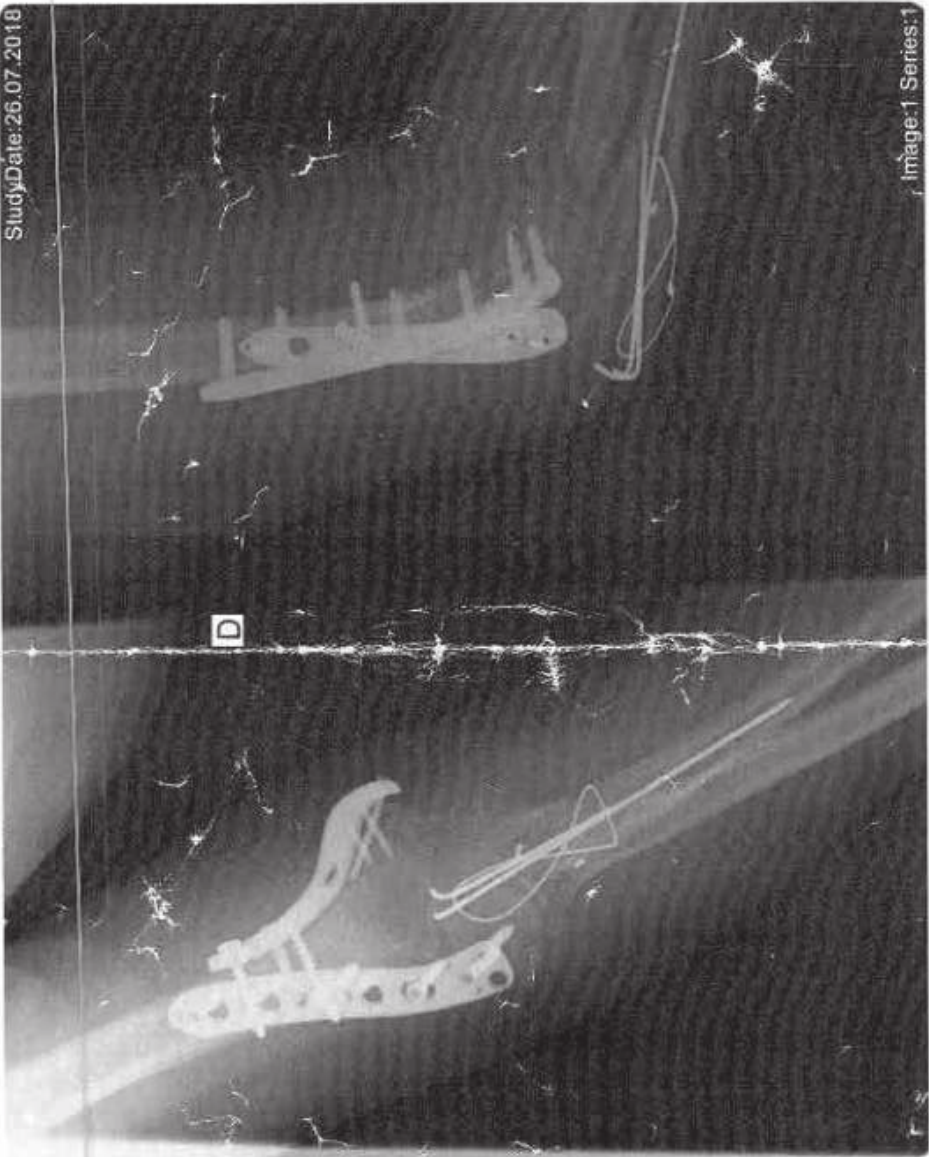
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	USADO	RESERVA
1	Dopamida 5mg	11
2	Adrenalina 150mg	12
3	Propofol 400	13
4	Atropina 10mg suc	14
5	Etomidato 400mg	15
6	Etomidato 400mg	16
7	Dexametazona 10mg	17
8	Epinefrina 2mg	18
9	Propofol 8mg	19
10	AD-04 amp	20

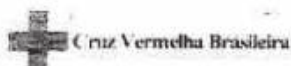
DESTINO DO PACIENTE: ☐ APÓS ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES:

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:57:29
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101131557288500000036591518
 Número do documento: 2101131557288500000036591518

PatientID: 000000059252 Name: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA	Sex: Feminino BirthDate: 27.02.1992 Age: 26a.	StudyDate: 26.07.2018
		HTOP





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1160251



Identificação do paciente				
ID 1274541	Nome MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 27/02/1992	Idade 27 anos 2 meses 6 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 107899
Mãe MONICA MIGUEL DA SILVA	Pai JOSE INACIO DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987523732	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32217174	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3761189	Nº Cns 207217406040006		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58013432	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COREMAS	
Número 510	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 03/05/2019 16:00:50	Número da pulseira 10007376398		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
CID				
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				
Tempo 01min 22seg				

Imprimir

16:8080/cvb/pages/boletimEmergencia?perform=imprimir&id=1160251



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:57:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315572885000000036591518
Número do documento: 21011315572885000000036591518

Num. 38368684 - Pág. 16

03/05/2019

172.16.0.6:8080/cvbr/pages/prescricao.do?docId=...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA	SAE 1160251	Data/Hora Entrada 03/05/2019 16:00:50	Data Baixa
Data de nascimento 27/02/1992	Idade 27a 2m 5d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 967523752 / (83) 32217174
Mãe MONICA MIGUEL DA SILVA		CNS 207217406640006	Prontuário 107889
Endereço COREMAS, 510	Bairro CENTRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	Nº Cons. Regional 185222/SP
Data/Hora Classificação 03/05/2019 16:39:08		Data/Hora Prescrição 03/05/2019 17:50:42	

Anamnese

#ORTOPEDIA

PACIENTE ENCAMINHADA POR DR ALEXANDRE NISHIMI PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE DO COTOVELO DIREITO

NEGA DOR
NEGA SECREÇÃO INFECIOSA FEBRE E LIMITAÇÃO DE ADM
NEUROVASCULAR PRESERVADOEX/FIO: AUSÊNCIA DE SINAIS INFECCIOSOS
FERIMENTO LIMPO COM BOM ASPECTO CICATRICAL

RX SOLICITANDO

CDT: INTERNAÇÃO

STAFF: DR GLAUBER

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 6/6H, SE NECESSÁRIO SN (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 5000,0)
(OBSERVAÇÕES: SN)ONDANSETRONA 4MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 4,0 MG VIA ORAL, 8/8H, SE NECESSÁRIO SN (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 16,0)
(OBSERVAÇÕES: SN)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

UREIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

CID10

Código	Descrição
--------	-----------



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:57:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315572885000000036591518>

Número do documento: 21011315572885000000036591518

Num. 38368684 - Pág. 17

03/05/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir

Internar Paciente

MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

JOSÉ ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)

[Handwritten signature]

6,0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&d=581205&pesquisa=S&perform=imprimir

2/2



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Monik Miguel I. Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 05/05/19
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Retirada de Material de Fixação de Cotovelo
 Cirurgião: Dr. Alexandre Nishimi 1º Assistente: Dr. T. Nishimi
 2º Assistente: Dr. O. Nishimi 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Cláudio
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Olecrano</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retirada de Material de Fixação de Cotovelo</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

RM: _____

João Pessoa, 05/05/19

Dr. Vinícius Linhares
 Médico
 CRM 10894-PA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① DDM do Anestesi
② Asepsia, Antiseptico, CCE

Incisão:

③ VA posterior ao cotovelo D
④ Direção por Plano
⑤ Hemostático

Achados:

Exposição do Material de Sinter

Conduta:

Retirado do Material de
Sinter
do cotovelo direito,
2 Fios K
1 enclagem

Fechamento:

⑥ Sutura por Plano
⑦ Sutura Estética

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 8.44-RN
C244 10894-08

João Pessoa, 05/05/17

FNGJASCIR.009-1

NOME DO PACIENTE	MOMIK Miguel Inacio da Silva		
IDADE	77	SEXO	M
ENDEREÇO	Rua 1165-951		
CURTELÃO	Tr. 1165-951 + Mampulique 1150		
INSTRUTOR	Dr. Talmaça		
INSTRUTORA	Dr. Victor R. M. M. M.		
INSTRUTORA	Dr. Carlos		
INSTRUTORA	-		
DATA	05-05-19	HORA	9:30
DATA	05-05-19	HORA	10:00

[illegible]

ROD. DE CONTAMINAC. DO L. IMPR. CONTAMINADA, INFESTADA, POTENCIALMENTE DANG. 523

[illegible]

CIRCULANTE



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 05/05/19

PRONTUÁRIO: 1160251

PACIENTE: MOREIRA, Maria Inacio da Silva SEXO: F COR: P IDADE: 27

PRESSÃO ARTERIAL: 110/70 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: 18 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 55 ALTURA: 1,60 SANGÜÍNEO: OK

ESTADO GERAL: BOM (BOM / REGULAR / MAL / PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO: BOM (BOM / REGULAR / MAL / PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO: OK AP. CIRCULATÓRIO: OK

AP. DIGESTIVO: OK ESTADO MENTAL: OK DROGAS EM USO: N

PRÉ-ANESTÉSICO: N ESTADO FÍSICO: OK

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

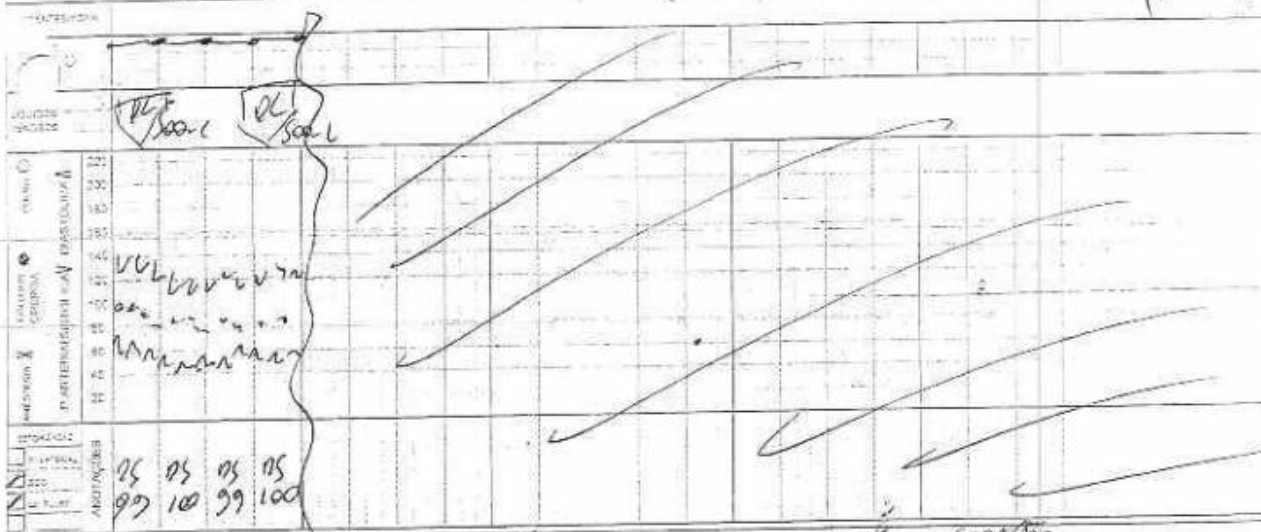
CIRURGIA REALIZADA: PODEDO 20 MMS 2020 20 SENSIO

CIRURGEÃO: RODRIGO CAMPOS AUXILIARES: TRISTEZA

INÍCIO DA ANESTESIA: 08:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 09:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 01:00

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 10297 QUANT. DE CH: 1 VALORES RS: 1

ANESTESISTA: DR. CLAUDIO + DR. RAFAEL (21) CRM-PB: 10297



ANESTESIA: ☒ GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ SLOCLEND ☐ SLOCINERGOS ☒ OUTROS: SODALIA

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Midazolam 5- <u>mg</u>	11	P-ROPOFOL 100- <u>mg</u>
2	Fentanyl 50- <u>mcg</u>	12	
3	Propofol 100- <u>mg</u>	13	
4	Curium 2- <u>mg</u>	14	
5	Midazolam 5- <u>mg</u>	15	
6	Propofol 100- <u>mg</u>	16	
7	Curium 2- <u>mg</u>	17	
8	Midazolam 5- <u>mg</u>	18	
9	Propofol 100- <u>mg</u>	19	
10	Curium 2- <u>mg</u>	20	

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Paciente monitorizada, ventilada (a) SPO2 98% 20 L - PSE, Bloqueio do plano braquial INTERSCAPULAR SEM USO DO Bloqueio Torácico. Para fins de segurança, necessitamos de um atendimento no serviço. Complemento (a) SPO2 98% 20 L - PSE.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: DR. RAFAEL (21)

ASSINATURA DO CIRURGEÃO: DR. CLAUDIO

ASSINATURA DO ANESTESISTA: DR. RAFAEL (21)

ASSINATURA DO CIRURGEÃO: DR. CLAUDIO

ASSINATURA DO ANESTESISTA: DR. RAFAEL (21)

ASSINATURA DO CIRURGEÃO: DR. CLAUDIO

ASSINATURA DO ANESTESISTA: DR. RAFAEL (21)

ASSINATURA DO CIRURGEÃO: DR. CLAUDIO

ASSINATURA DO ANESTESISTA: DR. RAFAEL (21)

ASSINATURA DO CIRURGEÃO: DR. CLAUDIO





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190495168 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 27/03/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE ÚMERO DIREITO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.6,8,11

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO 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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Monik Miguel Inácio da Silva
 DATA DO ACIDENTE 27/03/2018 CPF DA VÍTIMA 107.652.394-05
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PAI REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂMETRO COM
 A VÍTIMA É Monik Miguel Inácio da Silva
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. R. P. Frei Torquato
 Nº 72 COMPLEMENTO BAIRRO BRASÃO DE ARMA
 CIDADE POA PINEIA UF PR CEP 58070-620
 E-MAIL TELEFONE (83) 99181-6739

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA, SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACÓRDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 7.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADO
 DATA 15 de agosto 2019
 IDENTIDADE 3761.189 J. V. A.
 ASSINATURA Monik Miguel Inácio da Silva ASSINATURA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0290519/19

Vítima: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

CPF: 107.652.494-05

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 27/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA : 107.652.494-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/08/2019
Nome: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA
CPF: 107.652.494-05

MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

