



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2015

Carta nº: 7626139

A/C: SERGIO CARLOS DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150721408  
**Vitima:** SERGIO CARLOS DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 04/01/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2015

Carta nº: 7798814

A/C: SERGIO CARLOS DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150721408  
**Vítima:** SERGIO CARLOS DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 04/01/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Seguradora Líder · DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2015

Carta n°: 7954850

A/C: SERGIO CARLOS DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150721408  
**Vítima:** SERGIO CARLOS DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 04/01/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

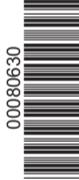
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2015

Carta n°: 8058694

A/C: SERGIO CARLOS DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150721408  
**Vitima:** SERGIO CARLOS DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 04/01/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: SERGIO CARLOS DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 5.062,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000001594-6**

**Conta: 0000020107-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>5.062,50</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

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

<b>Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =</b>	R\$	<b>1.687,50</b>
--	-----	-----------------

**Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%**

**Graduação: Em grau leve 25%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%**

<b>Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =</b>	R\$	<b>3.375,00</b>
--	-----	-----------------

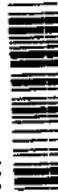
**NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

&lt; CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Gláucia Lúcia dos Santos EXPEDIDO POR GSPPB EM 27/09/2013  
 PORTADOR(A) RG N° 3161183 CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO   
 CPF 08103030000-01 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gláucia Lúcia dos Santos AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FGCI e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
- Para este banco (CEF), a conta **corrente** pode ser identificada com **cópia simples rasurada** de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sistemas que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTES:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPLANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS) 1594-6 N° da CONTA (com dígito, se existir) 020107-3  
 N° do BANCO 34 N° da AGENCIA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPLANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
 N° do BANCO  N° da AGENCIA (com dígito, se existir)  N° da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUINTADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Gláucia Lúcia dos Santos de 2013 x Seguro do Sócio

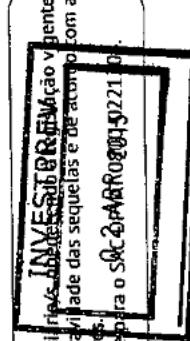
LOCALE DATA

## ! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC 24h 0800-4322110.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



FIRST DATA DO BRASIL  
NSU FDS-01: 000007501718 NSU: 30641944

Data: 12/01/2015 Hora de Brasília: 11:55

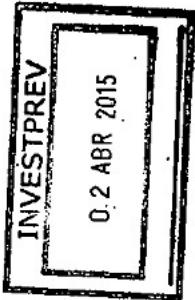
Extrato de Conta Corrente III

SERGIO CARLOS DOS SANTOS 11.550R  
AGENCIA 1594 CTA 00200007-3 12/JAN/2015

DISPONIVEL	
+ CONTA CORRENTE .....	10000
= TOTAL DISPONIVEL .....	10000
SALDO TOTAL .....	10000

Ag. Bradesco : 1594 - SOLSA  
Corresp. Banc.: 313 - KAREN VAREJEDES  
NSU: 02429298419 Autenticacao: 125573

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 266 /2015

Versando sobre: **acidente de trânsito**

Data e hora do fato: **04/01/2015 – 16:20h**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **10/03/2015 – 09:50h**

Local do ocorrido: **Rua do estádio O MARIZÃO, Sousa - PB**

**COMUNICANTE:** SERGIO CARLOS DOS SANTOS, conhecido como SÉRGIO, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Sousa – PB, nascido aos 28/08/1982, Identidade – RG n.º 3161783 SSP/PB, CPF: 076.313.574-71, filho de Geraldo Manicoba dos Santos e de Maria Dolores dos Santos, residente na Rua Boa Vista, s/n, Bairro Guanabara, Sousa – PB. (próximo ao cemitério e ao matadouro). Telefone para contato: (83) 9155-7271 (pai do comunicante).

**VITIMA:** o comunicante.

**HISTÓRICO:** QUE no dia 04/01/2015, por volta das 16:20h, o comunicante se deslocava do sítio Riachão com destino à sua residência, nesta cidade, conduzindo a sua motocicleta HONDA CG 150 TITAN ES, COR PRETA, ANO 2007, MOD 2007, PLACA MNO1494/PB, CHASSI: SC2KC08507R059926, RENAVAM: 916313425, registrada em nome da ex-proprietária FRANCISCA OLIMPIA DE SOUSA, trazendo como passageiro a pessoa conhecida por LAGARTIXA, e quando se encontravam nas imediações do prédio que está funcionando o Ministério Público, pela Rua do estádio O MARIZÃO, um veículo automóvel branco, que vinha da rua da churrascaria de CHICO SAQUIM, adentrou repentinamente a via que o comunicante seguia; QUE o comunicante afirma que desviou de referido veículo, porém perdeu o controle da moto e caiu ao solo juntamente com a pessoa conhecida como LAGARTIXA; QUE o comunicante afirma que uma equipe do SAMU quem socorreu o comunicante e LAGARTIXA até o hospital regional desta cidade; QUE o comunicante afirma que o condutor do veículo automóvel branco se evadiu do local e não prestou socorro ao comunicante; QUE o comunicante afirma que sofreu uma lesão no joelho da perna esquerda e uma pancada na cabeça, enquanto que LAGARTIXA sofreu fratura no maxilar e uma pancada no nariz; QUE o comunicante não é habilitado para conduzir veículo automotor; QUE até a presente data, o comunicante ainda não conseguiu identificar o condutor de referido veículo automóvel; QUE ninguém mais se envolveu em referido acidente; **QUE é conhecedor(a) das sanções civis, penais e administrativas a que está sujeito(a), caso o declarado aqui não seja estritamente a verdade.** Nada mais a constar.

**PROVIDÊNCIAS ADOTADAS : favratura do presente BO.**

SOUSA – PB, 10 de março de 2015.

INVESTPREV
02 ABR 2015

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. Dr. Aulinson Tabosa de Farias  
COMUNICANTE: *José Júnior Oliveira dos Santos*  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL: Arlan Alves Dantas

*Arlan Alves Dantas*  
Arlan Alves Dantas  
Escrivão de Polícia  
Mat.: 155.721-1

1. *U. S. Fish Commission*, *Report for the Year 1873*, Part I, pp. 121-122.

2. *U. S. Fish Commission*, *Report for the Year 1874*, Part I, pp. 121-122.

3. *U. S. Fish Commission*, *Report for the Year 1875*, Part I, pp. 121-122.

4. *U. S. Fish Commission*, *Report for the Year 1876*, Part I, pp. 121-122.

5. *U. S. Fish Commission*, *Report for the Year 1877*, Part I, pp. 121-122.

6. *U. S. Fish Commission*, *Report for the Year 1878*, Part I, pp. 121-122.

7. *U. S. Fish Commission*, *Report for the Year 1879*, Part I, pp. 121-122.

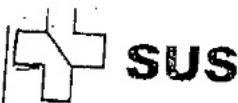
8. *U. S. Fish Commission*, *Report for the Year 1880*, Part I, pp. 121-122.

9. *U. S. Fish Commission*, *Report for the Year 1881*, Part I, pp. 121-122.

10. *U. S. Fish Commission*, *Report for the Year 1882*, Part I, pp. 121-122.

11. *U. S. Fish Commission*, *Report for the Year 1883*, Part I, pp. 121-122.

12. *U. S. Fish Commission*, *Report for the Year 1884*, Part I, pp. 121-122.



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE

## FÍCHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476

CNPJ/CPF 08.778.268/0027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL G. DE ABRANTES

ENDEREÇO: Rua José Facundo de Lira, 433 CEP: 58.802-180

MUNICÍPIO SOUSA

ESTADO: Paraíba - UF 25

PACIENTE:

NOME: Sérgio Carlos

SEXO: M IDADE: 111

DATA DE NASCIMENTO: 1/1/11

DOCUMENTO:

END: Rua Boa Vista

MUNICÍPIO: Soysa

PROFISSÃO: Engenheiro

UF: PB CEP: 58800970

DATA DO ATENDIMENTO: 04/01/15 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 25-16-20

## NAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

PROBLEMA: Dm (Gastrite) Pós Trauma, Sossego

DE ENZIMAS

Oscilloc

AMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

## ERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

Zinco 1000 (60) 1-2-3-4-

Diamox 500 (60) 1-2-3-4-

Tiazide 10mg (60) 1-2-3-4-

## NÓSTICO / CID:

Próstata



DOCUMENTO 2 72%

## NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

## PROCEDIMENTO

SUTURA NO 10600 60

## TIPO DE ATENDIMENTO

- 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA;  
 02 - PRIMEIRA CONSULTA;  
 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;  
 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;  
 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;  
 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);  
 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;  
 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;  
 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

## MEDICAÇÃO

 01 - PRESCRITA 02 - APLICADA OBSERVAÇÃO OUTRO HOSPITAL RESIDÊNCIA ÓBITO INTERNO OUTRO

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDADE


ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - Carimbo(s)

Dra. Galvão  
Endoscopia digestiva direita  
Cirurgia de endoscopia  
Cirurgia de endoscopia

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Ass. do revisor TÉCNICO - Carimbo

Ass. do revisor ADMINISTRATIVO - Carimbo

ATO DECLARADO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Benício Lando dos Santos

RG nº 3161 1183, data de expedição 28/09/2003 Órgão SEPPB,

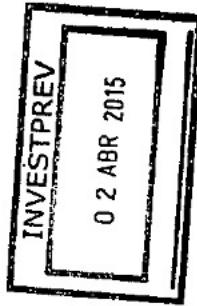
CPF nº 086.313.514-77 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Boa Vista</u>
Número	<u>90</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Chamadona</u>
Cidade	<u>Serra</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58800000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 8181-8198/9344-6560/9929-4308</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra-PB, 11/03/2015

Assinatura do Declarante: Benício Lando dos Santos



7D4c 863.3 4319.37c2 2c83 2607 c184 44bc.

**CDC (Código do Consumidor): 571868-4**

**Canal de contato**

• NÃO PERCA O DESCORTO DA TARIFA BAIXA RENDA.  
LEVAMENTAMENTE A CARTA ENTREIGUE JUNTO COM  
ESTA FATURA.  
• Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
nº 10.428, de 26 de abril de 2002.

10/01/2015

Data prevista da  
próxima leitura

09/02/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

7804684498

**Cálculo de consumo**

	Anterior	Atual	Consumo	Dias
	Data	Lerura	Leitura	
	03/12/14	2389	1603/15	2510
				141
				22

**Histórico de Consumo**

(kWh)

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo: 31 a 10/01/2015- BIR	30	0,21773	3,80
Consumo: 10/1 a 27/01/2015- BIR	70	0,21773	15,20
Adic. B. Vermeia	41	0,32569	13,38
		0,85	

**IMPOSTOS E ENCARGOS**

PIS	0,38
COFINS	1,79
JUROS DE MCFIA 12/2014	0,18
MULTA (2,50%)	1,53
ICMS (Base de Cálculo R\$ 75,86   Alíquota 27,00%)	20,48

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS  
PARCELAGEM DE DÉBITO 14/18  
SENECTEDOR FÁCIL - ACE 01/01/2015

21,53

4,31

**TOTAL A PAGAR**

R\$ 83,41

**VENCIMENTO**

16/01/2015

Notícia dos últimos meses  
145 kWh

11/2014 - Setor

Indicadores de Qualidade	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DC. MENSAL	0,80	0,00	Normal	Superação da Tensão/Baixa	13,54	16,23
DC. TRIMESTRAL	10,80	0,00	Normal	Superação da Tensão/Baixa	17,00	20,33
DC. ANUAL	33,80	4,10	Normal	Superação da Tensão/Baixa	1,14	1,23
FIC. MENSAL	8,23	0,00	CONTATADA	Imposto, Pagamento e Encargos	24,39	28,21
FIC. TRIMESTRAL	16,47	4,85	LIMITE INFERIOR	Imposto, Pagamento e Encargos	25,84	30,88
FIC. ANUAL	48,55	0,00	LIMITE SUPERIOR	Outras Despesas		
DC/ICR	12,22		23	Total	63,41	100,00

Vulto do período (R\$ 83,41)

(R\$ 11/2014) (R\$ 20,48)

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

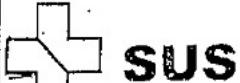
0

0

0

0

0



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

## UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 CNPJ/CPF 08.778.268/0027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL G. DE ABRANTES

ENDEREÇO: Rua José Facundo de Lira, 433 CEP: 58.802-180

MUNICÍPIO SOUSA ESTADO: Paraíba UF 25

## PACIENTE:

NOME: *Erico Carlos*

SEXO: M IDADE: DATA DE NASCIMENTO: 1/1/11

DOCUMENTO: PROFISSÃO: *agricultor*END: *Rua Boa Vista*

MUNICÍPIO: SOUSA UF: PB CEP: 58800970

DATA DO ATENDIMENTO: 04/01/15 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 25-16-20

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

*Prurito (pt. Gastropept. 100%) Trauma, Socio**96 Enzimática**02/01/15*

## EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

## RESULTADOS

## MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

*2000-1000**Diam. 1000 (200) 02 7200**1000-1000 (200) 02 7200*

## DIAGNÓSTICO / CID:

*Disitração mental*

## NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

## PROCEDIMENTO

*SURVIA NO. 10600 670*INVESTIGATIVO  
02 ABR 2015

## TIPO DE ATENDIMENTO

- 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA;  
 02 - PRIMEIRA CONSULTA;  
 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;  
 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;  
 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;  
 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);  
 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;  
 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;  
 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

## MEDICAÇÃO

- |   |  |  |                                  |
|---|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 - PRESCRITA           | <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNO |
| <input checked="" type="checkbox"/> 02 - APLICADA | <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL        | <input type="checkbox"/> ÓBITO                 | <input type="checkbox"/> OUTRO   |

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO	CEP	IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - Carimbo(s)

*Clinica de Gastro Endoscopia digestiva direta*

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

*Edicillema*

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



DOCUMENTO 3 13%



**Dra. Danyelle Dias Nobre Cartaxo**

Graduada pela Faculdade Santa Maria.

Formação em Perícia e Assistência Técnica Judicial para Fisioterapeutas.

**LABCLIN - Cajazeiras - PB** - Rua: Odilon Cavalcante, 78 - Centro - CEP: 58900-000  
Nº do BO: 266/2015, nº do BO: 04/01/2015, Fone: (83) 3531-4469

## **Atestado Fisioterapêutico**

Trata-se do periciado **Sérgio Carlos dos Santos**, 32 anos, vítima de acidente com moto em 04/01/2015, N° do BO: 266/2015, no município de Sousa- PB.

Apresentava em decorrência do trauma, trauma em joelho esquerdo. Trauma parietal do crânio (lado esquerdo). Além de escoriações pelo corpo.

Foi submetido, a imobilização com o uso de tala em **MIE** por um período de 30 dias. Além de tratamento conservador para o trauma parietal do crânio com o uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso.

Ao exame observamos presença de cicatrizes pelo o corpo. Observamos presença de edema residual na região do joelho esquerdo. Presença de dor a palpação do joelho esquerdo. Presença de dor a mobilização passiva e ativa do joelho esquerdo. Presença de bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão do joelho esquerdo. Presença de diminuição de força muscular de flexão e extensão do joelho esquerdo. Presença de diminuição dos movimentos do mesmo. Paciente: deambula em marcha claudicante. Paciente relata presença de dor a palpação na região parietal do crânio (lado esquerdo). Relata ainda presença de cefaleia com intensidade forte, tonturas e acuidade visual esquerdo.

Do exposto, concluímos que há limitação em 65% da capacidade funcional do joelho esquerdo. Considerando comprometimento funcional temporário para as atividades laborativas e/ou da vida diária.

**INVESTPREV**  
17 AGO. 2015

Cajazeiras, 16.07.2015

**Dra Danyelle Cartaxo**

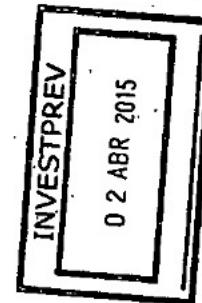
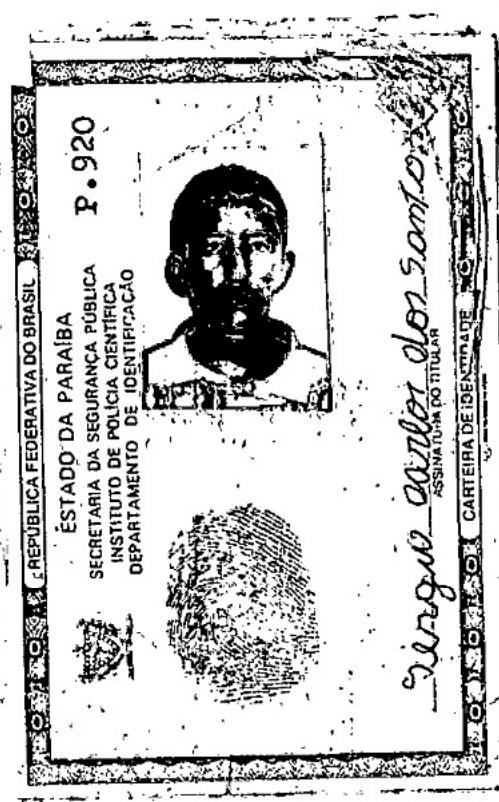
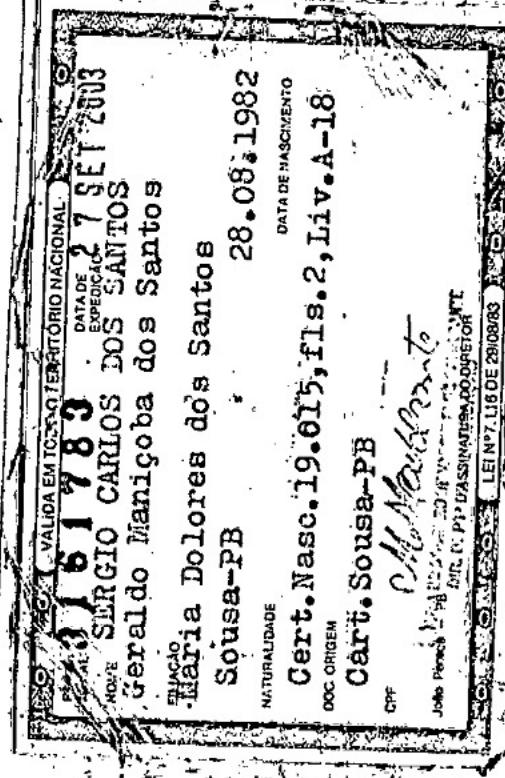
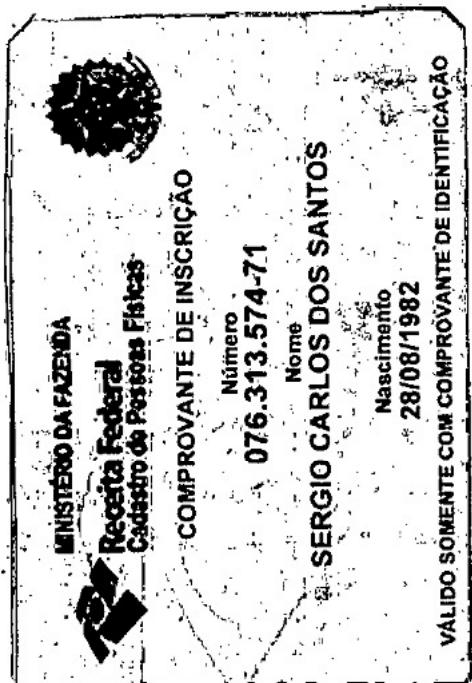
Fisioterapeuta

CRF-PB 19177-7

Danyelle Dias Nobre Cartaxo

COFFITO, Resolução nº. 381, de 03 de novembro de 2010, Dispõe em seu artigo 1º que o fisioterapeuta no âmbito de sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.

**DOCUMENTO**







## **TERMO DE DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER**

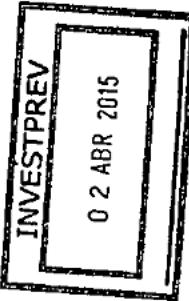
Sousa/PB, 21 de março de 2015.

Eu, Sergio Carlos dos Santos , brasileiro, portador do CPF: 076.313.574-71, residente na Rua Boa Vista, S/nº Bairro: Guanabara, Sousa/PB, declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que, no dia 04/01/2015 fui vítima de acidente de trânsito, quando trafegava na motocicleta Honda/CG 150 TITAN ES , ano/modelo 2007/2007, de cor PRETA, de PLACA MNO1494/PB, de propriedade de Francisca Olimpia de Sousa, o qual, depois de procurado, não foi localizado com o fim de assinar declaração de proprietário de veículo para que se fizesse juntar a meu processo de invalidez. Diante desse fato, não posso ter meu benefício prejudicado, conforme preceitua o art. 5º da lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974.

*Sergio Carlos dos Santos*

Sergio Carlos dos Santos

CPF: 076.313.574-71

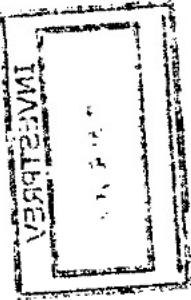


REGISTRATION OF TRADE MARKS

Si que importa que SOTE:

Series 2016C 29402

LX-472,313.670 : 795



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Eu, Severino Corrêa dos Santos, portador da carteira de identidade nº 23861183 e inscrito no SPF/MF sob o nº 016313524-41, residente e domiciliado na 5º Distrito Boa Vista, Estado RR, Cidade Sorriso, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IMI, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Severino Corrêa dos Santos

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Sorriso - RR, 11/03/2015

Local e data

INVESTPREV  
02 ABR 2015

A Seguradora Líder do Consórcio DPVAT.

Senhor Diretor,

Eu, SERGIO CARLOS DOS SANTOS, Sinistro nº 3150/299396, brasileiro, portador do CPF: 076.313.574-71, residente no Sítio Boa Vista, nº 90, Guanabara, Sousa/PB. Venho respeitosamente a vossa senhoria informar que:

Considerando que as lesões sofridas por mim em decorrência do sinistro informado terem deixadas evidentes sequelas e que o resultado foi em total desacordo com lesões sofridas, bem como se observa no laudo em anexo, as quais também podem ser comprovadas através de uma nova PERÍCIA MÉDICA;

Motivos pelos quais solicito os bons préstimos de Vossa Senhoria revisão sobre o meu processo;

Considerando ainda que cabe recurso judicial para tal, opto por buscar uma maneira mais viável e amigável para ambas as partes.

Por todo exposto, ratifico que seja feita uma REVISÃO em meu processo e que me encaminhem a perícia médica, onde de fato poderei definitivamente comprovar as minhas sequelas, objetivando receber da indenização devida a qual tenho direito, conforme preceituia a Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974.

Certo de Vossa prestativa atenção antecipo-lhe meus agradecimentos.

*Sergio Carlos do Santos*

SERGIO CARLOS DOS SANTOS

CPF: 076.313.574-71

INVESTIP<sup>r</sup>

17 AGO. 2015.

DOCUMENTO 2 - \*T2%\*



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Sergio Carlos dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Boa Vista, 90 000  
Guanabara Sousa PB CEP: 58800-010  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 3181783  
Data local do exame: [ 16/10/2015 ] Cajazeiras [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**Traumatismo corto contundente com perda de tecido em joelho esquerdo, traumatismo facial e fratura dos OPN e maxilar direito. Apresentando edema residual no joelho esquerdo.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim  Não

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim  Não

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**Periciando sequelado de traumatismo corto contundente com perda de tecido em joelho esquerdo, traumatismo facial e fratura dos OPN e maxilar direito, tratado com limpeza cirúrgica e sutura dos ferimentos do joelho esquerdo alem de tratamento conservador do traumatismo facial e fratura dos OPN e maxilar direito com uso de anti-inflamatórios e repouso. Paciente teve alta definitiva em 07/2015.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim  Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Presença de edema residual no joelho esquerdo. Presença de diminuição os movimentos de flexão e extensão do joelho esquerdo além de diminuição da força muscular do mesmo. Presença de instabilidade articular no joelho esquerdo. Paciente apresenta marcha claudicante. Presença de desvio do septo nasal para a esquerda. Presença de episódios de epistaxe. Paciente relata hiposmia.**

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

“Vítima em tratamento”

“Sem sequela permanente”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

“Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Joelho - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

**Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

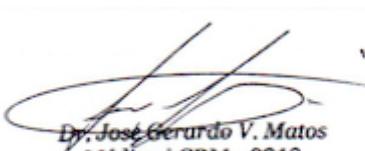
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = “100% da IS”

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. José Gerardo V. Matos  
Médico | CRM - 3216  
CPF: 073.762.353-53

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150721408      **Cidade:** Sousa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SERGIO CARLOS DOS SANTOS      **Data do acidente:** 04/01/2015      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo corto contundente com perda de tecido em joelho esquerdo, traumatismo facial e fratura dos OPN e maxilar direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Presença de edema residual no joelho esquerdo. Presença de diminuição os movimentos de flexão e extensão do joelho esquerdo além de diminuição da força muscular do mesmo. Presença de instabilidade articular no joelho esquerdo. Paciente apresenta marcha claudicante. Presença de desvio do septo nasal para a esquerda. Presença de episódios de epistaxe. Paciente relata hiposmia

**Resultados terapêuticos:** tratado com limpeza cirúrgica e sutura dos ferimentos do joelho esquerdo além de tratamento conservador do traumatismo facial e fratura dos OPN e maxilar direito com uso de anti-inflamatórios e repouso

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo  
Déficit em estruturas crânio faciais

**Sequelas:** Com sequelas

**Data da perícia:** 16/10/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Jose Gerardo Vale Matos

**CRM do médico:** 3216

**UF do CRM do médico:** PB

## 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
Facial, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

**CRM do médico:** 21102

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

