



Número: **0800512-31.2018.8.15.0161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.487,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CICERO MATIAS DA COSTA (AUTOR)		JOSE CARLOS DA SILVA (ADVOGADO) WELLINGTON JOSE DE LIMA ALVES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34374 214	16/09/2020 11:03	Petição	Petição
34374 218	16/09/2020 11:03	2614954_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
34374 219	16/09/2020 11:03	2614954_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE CUITE/PB

Processo: 08005123120188150161

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CICERO MATIAS DA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.012,50 (UM MIL E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CUITE, 14 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Nº Sinistro: **3170638757**

Vítima: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Data do Acidente: **13/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170638757**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12074111

Pag. 01355/01356 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **CICERO MATIAS DA COSTA**
Nº Sinistro: **3170638757**
Vítima: **CICERO MATIAS DA COSTA**
Data do Acidente: **13/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170638757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência ilegível
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00879/00880 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12074214



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO MATIAS DA COSTA**
Nº Sinistro: **3170638757**
Vítima: **CICERO MATIAS DA COSTA**
Data do Acidente: **13/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170638757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00547/00548 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12708508



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Nº Sinistro: **3170638757**

Vítima: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Data do Acidente: **13/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170638757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00311/00312 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 1272021



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Sinistro: **3170638757**

Vítima: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Data do Acidente: **13/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170638757** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01011/01012 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13041265



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Carta nº: 13093881

A/C: CICERO MATIAS DA COSTA

Nº Sinistro: 3170638757
Vitima: CICERO MATIAS DA COSTA
Data do Acidente: 13/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: CICERO MATIAS DA COSTA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 237

Agência: 000005776-2

Conta: 000000571293-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.012,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =	R\$	1.012,50
--	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00635/00636 - carta_15R - INVALIDEZ

00020318



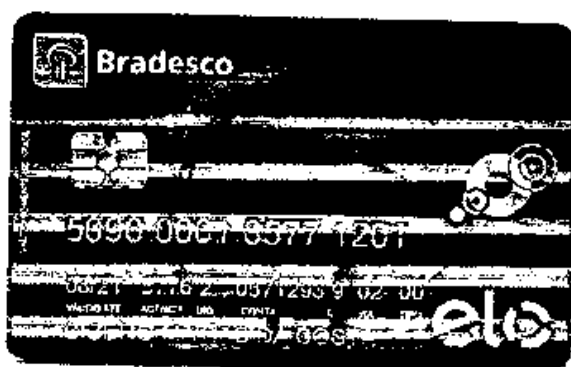
Autorizacao de pagamento



SUELIO MOREIRA LUIZ SRVANT RE

24-MAR-2017 11:53 272747 1/1





SEMPRE LÍDER EM

24-NOV-2017 11:53 272748 1/1





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉD
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Autorização de pagamento



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Cícero Matias da Costa</u>	CPF titular da conta <u>603.634.364-42</u>	Profissão <u>Operário</u>
Endereço <u>Rua Manoel Domingos</u>	Número <u>348</u>	Complemento <u>Caseiro</u>
Bairro <u>Saudim Maralho</u>	Cidade <u>Ponte</u>	Estado <u>Pernambuco</u>
E-mail <u>cicermatiasdacosta@live.com</u>	CEP <u>55.145-000</u>	Telefone (DDD) <u>83.9.9630 5925</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

- ☐ **CONTA POUPOANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO		
<u>Banco Bradesco S/A</u>	<u>237</u>		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<u>5776</u>	<u>2</u>	<u>0571293</u>	<u>9</u>
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ponte PB 05 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Cícero Matias da Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉD
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Autorização de pagamento



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Cícero Matias da Costa</u>	CPF titular da conta <u>603.634.364-42</u>	Profissão <u>Operário</u>
Endereço <u>Rua Manoel Domingos</u>	Número <u>348</u>	Complemento <u>Case</u>
Bairro <u>Jardim Maralto</u>	Cidade <u>Ponte</u>	Estado <u>Pernambuco</u>
E-mail <u>cicermatiasdacosta@live.com</u>	CEP <u>55.145-000</u>	Telefone (DDD) <u>83.9.9630 5925</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO		
<u>Banco Bradesco S/A</u>	<u>837</u>		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<u>5776</u>	<u>2</u>	<u>0571293</u>	<u>9</u>
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ponte PB 05 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Cícero Matias da Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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

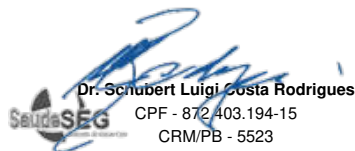
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3170638757
Nome do(a) Examinado(a): Cicero Matias da Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Manoel Domingos, 148
Jardim Planalto Cuite PB CEP: 58175-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 1273689
Data local do acidente: [13/10/2017]
Data local do exame: [09/07/2018] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**FRATURA- LUXAÇÃO DO 2º PDD
FERIMENTO NO PÉ ESQ.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO, REDUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO COM FIO K
Complicações: EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 13/12/2017**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**PRESENÇA DE CICATRIZ , ARTELHO ESCURECIDO E SEM MOVIMENTO (ANQUILOSE), PRESENÇA DE CICATRIZ NO
DORSO DO PÉ ESQ, SEM PERDA DE MOVIMENTOS.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
PERDA COMPLETA DOS MOVIMENTOS DO SEGUNDO PDD
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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 (*).
- | | |
|--|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
2º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
CPF - 872.403.194-15
CRM/PB - 5523





OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 731/2017

Aos 15 de novembro de 2017, nesta cidade de **CUITÉ-PB**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(a) **ELIAS JOSÉ RODRIGUES SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LUCIANA MEDEIROS COSTA**, ao final assinado, ai, por volta das **09:41** horas, compareceu **CÍCERO MATIAS DA COSTA**, conhecido(a) por **TITO**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **VIÚVO**, ocupação habitual **OPERÁRIO**, grau de instrução **ENISNO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **48** anos de idade, nascido(a) aos **17/09/1969** em **CUITÉ - PB**, filho(a) de **ANTÔNIO, ARRUDA DA COSTA** e **GENIRA MATIAS DA COSTA**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **1.273.689 - 2ª VIA**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **603.634.364 - 72**, residindo no seguinte endereço **RUA MANOEL DOMINGOS, 148, JARDIM PLANALTO**, cidade de **CUITÉ - PB**, telefone: () , celular: **(83) 99830-5225**, ato) qual, ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Declarou que:

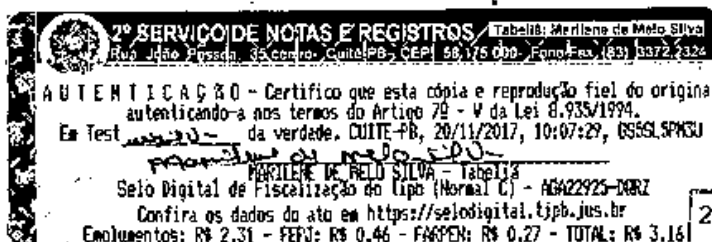
NO DIA 13/10/2017, POR VOLTA DAS 18H30, PILOTAVA UMA MOTO SEGUINDO O TRAJETO RUMO A PRÓPRIA RESIDÊNCIA QUANDO, EM UMA DAS TRAVESSIAS DESTA CIDADE, MAIS PRECISAMENTE PRÓXIMO A ESTA DELEGACIA, VEIO A COLIDIR COM UM VEÍCULO DE MARCA HONDA CIVIC DE COR CINZA, O QUE O FEZ TOMBAR E COM SOFRER DANOS, TANTOS DE ORDEM MATERIAL QUANTO FÍSICA. A PARTIR DISSO, ENCAMINHOU-SE A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR TAL FATO A FIM DE, JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES, REQUERER OS BENEFÍCIOS QUE POSSAM LHE VIR A SER CONCEDIDOS EM SITUAÇÕES DESSA ORDEM . Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.

CICERO MATIAS DA COSTA

Noticiante

LUCIANA MEDEIROS COSTA

Responsável pelo registro



2º Serviço de Notas e Registros

Marilene de Melo Silva
Tabelião

Comarca de Cuié-PR

Boletim de ocorrência



5186





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CAMPINA GRANDE
13ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - PICUI
47º DISTRITO INTEGRADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CUITÉ
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CUITÉ
Rua Sebastião Burti, 107 - Centro - Cuité/PB - CEP: 58.175-000 - Fone: (83)3372-2431



OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 731/2017 - ADITAMENTO

Aos **11 de junho de 2018**, nesta cidade de **CUITÉ-PB**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(a) **ELIAS JOSÉ RODRIGUES SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LUCIANA MEDEIROS COSTA**, ao final assinado, ai, por volta das **17:28** horas, compareceu **CÍCERO MATIAS DA COSTA**, conhecido(a) por **TITO**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **VIÚVO**, ocupação habitual **OPERÁRIO**, grau de instrução **ENISNO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **48** anos de idade, nascido(a) aos **17/09/1969** em **CUITÉ - PB**, filho(a) de **ANTÔNIO ARRUDA DA COSTA** e **GENIRA MATIAS DA COSTA**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **1.273.689 - 2ª VIA**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **603.634.364 - 72**, residindo no seguinte endereço **RUA MANOEL DOMINGOS, 148, JARDIM PLANALTO**, cidade de **CUITÉ - PB**, telefone: () , celular: **(83) 99830-5225**, a(o) qual, *ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro*, Declarou que:

NO DIA 13/10/2017, POR VOLTA DAS 18H30, PILOTAVA A MOTOCICLETA KASINSKI/CRZ 150 10 SM, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2011/2011, PLACA ODF 3279/CAMPINA GRANDE-PB, CHASSI 93FSMDCB8BM001756, RENAVAM 0040934514-8, LICENCIADA EM NOME DE RENATO MELO FIGUEIREDO, SEGUINDO O TRAJETO RUMO A PRÓPRIA RESIDÊNCIA QUANDO, EM UMA DAS TRAVESSIAS DESTA CIDADE, MAIS PRECISAMENTE PRÓXIMO A ESTA DELEGACIA, VEIO A COLIDIR COM UM VEÍCULO DE MARCA HONDA CIVIC DE COR CINZA, O QUE O FEZ TOMBAR E SOFRER DANOS, TANTOS DE ORDEM MATERIAL QUANTO FÍSICA. QUE, FOI SOCORRIDA POR UMA DAS TESTEMUNHAS PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PICUI, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO; QUE APRESENTA COMO TESTEMUNHAS: 1) ANA CÁSSIA RODRIGUES DOS SANTOS, RG: 3.878.142 SSP/PB, CPF 105.714.474-65, RESIDENTE NA RUA MÁRIO AZEVEDO BURITI, 129 - BAIRRO ANTÔNIO MARIZ, CUITÉ/PB; 2) GISLAYNE LYSA FONSECA DANTAS, RG 3.573.054 SSP/PB, CPF 108.765.484-00, RESIDENTE NO SÍTIO CABEÇO, ZONA RURAL - CUITÉ/PB. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

CÍCERO MATIAS DA COSTA
Noticiante

LUCIANA MEDEIROS COSTA
Responsável pelo registro





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:

CÍCERO MATIAS DA COSTA

MARIA APARECIDA PEREIRA DOS SANTOS COSTA

MATRÍCULA:

0708210155 2013 2 00008 083 0003634 61

IRANI MACÊDO DANTAS PEREIRA
CARTÃO

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CONJUGES

CÍCERO MATIAS DA COSTA, nascido em dezessete de setembro de um mil novecentos e sessenta e nove (17/09/1969), natural de Curitiba-PB, brasileiro. Filho de ANTONIO ARRUDA DA COSTA (FALECIDO) e GENIRA MATIAS DA COSTA.
MARIA APARECIDA PEREIRA DOS SANTOS, nascida em dez de dezembro de um mil novecentos e sessenta e cinco (10/12/1965), natural de Curitiba-PB, brasileira. Filha de JOSÉ JORGE DOS SANTOS e MARIA DAS DORES BATISTA PEREIRA (FALECIDA).

Certidão de casamento



DATA DO REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXEMPLO)
dezessete de julho de dois mil e treze

DIA

16

MES

07

ANO

2013

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

ELE: O mesmo nome de solteiro

ELA: MARIA APARECIDA PEREIRA DOS SANTOS COSTA

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

SEM OBSERVAÇÕES



NOME DO OFÍCIO

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE CURITÉ

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Curitiba-PB, 16 de julho de 2013

OFICIAL REGISTRADOR

IRANI MACÊDO DANTAS PEREIRA

MUNICÍPIO

Curitiba-PB

ENDEREÇO

RUA JOÃO PESSOA, 163 CENTRO CURITÉ-PB - CEP - 58175000
FONE: 66991062

Irani Macêdo Dantas Pereira
IRANI MACÊDO DANTAS PEREIRA
Oficial do Registro Civil

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU FALSIFICAÇÃO INVALIDA ESTE DOCUMENTO

370411 A



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cícero Matias da Costa, portador da carteira de identidade nº 1273.689 e inscrito no CPF/MF sob o nº 603.634.364-72 residente e domiciliado na Rua Manoel Domingos nº 149 Cidade Cuité Estado Pernambuco, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML 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-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para 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.

Declaração de Inexistência de



Cícero Matias da Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Cuité - PB, 20 de Novembro de 2017

Local e data

889800421





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 e 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Ricardo Matias da Costa

CPF do Representante legal

603.634.364-12

Email

ricardomatiasdacosta@live.com

Telefone (DDD)

03.99830 5295

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ponte PB, 05 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Ricardo Matias da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:03:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611034586600000032872219>
Número do documento: 20091611034586600000032872219

Num. 34374219 - Pág. 16

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO MATIAS DA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05776-2

CONTA: 000000571293-9

Nr. Autenticação

BRADESCO1107201805000000000023705776000000571293101250 PAGO



Comprovante de residencia



CICERO MATIAS DA COSTA
RUA MANOEL DE OLIVEIRA, 125 - JARDIM ALTO
CURITIBA - PR - CEP: 81130-100

Energisa

ENERGISA PARA A DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A
CNPJ nº 09.388.000/0001-49 - Fone: 011-3053.8220
Endereço: Rua da Energia, 115 - Jd. Santa Helena - Curitiba - PR - CEP: 81130-100

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Out / 2017 Apresentação 05/10/2017 Data prevista da próxima leitura 07/11/2017 CPF/CNPJ/RAM 60363436472

UC (Unidade Consumidora): 5/244745-6

Canal de contato

A Energia Investe em tecnologia, treinamento e inovação para garantir a qualidade do serviço e a segurança do fornecimento de energia elétrica.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 10/09/17	Data 05/10/17			20
Demonstrativo				
Descrição				
0001 Consumo em kWh				
0001 Adic B Energia				
0001 Adic B Verbas				
LAVAGENS E SERCOS				
2001 CONTRAÇÃO DE SERVIÇOS				
2001 CONTRAÇÃO DE SERVIÇOS				
2001 CONTRAÇÃO DE SERVIÇOS				
2001 CONTRAÇÃO DE SERVIÇOS				

CC - Cotação de Consumo de Energia - TOTAL 79,55 12,50 12,50 0,15 0,45

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 13/10/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 79,55

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVADO AO FISCO ec86.9318.1a4e.57ac.f036.33fa.c446.54ca.

Indicadores de Qualidade - 2007-2008			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DESEMPENHO	5,00	0,00	NOMINAL 120
DESEMPENHO	11,10	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	22,21	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	3,33	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	6,66	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	13,32	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	26,64	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	53,28	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	106,56	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	213,12	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	426,24	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	852,48	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1704,96	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	3409,92	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	6819,84	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	13639,68	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	27279,36	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	54558,72	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	109117,44	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	218234,88	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	436469,76	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	872939,52	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1745879,04	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	3491758,08	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	6983516,16	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	13967032,32	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	27934064,64	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	55868129,28	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	111736258,56	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	223472517,12	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	446945034,24	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	893890068,48	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1787780136,96	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	3575560273,92	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	7151120547,84	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	14302241095,68	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	28604482191,36	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	57208964382,72	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	114417928765,44	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	228835857530,88	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	457671715061,76	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	915343430123,52	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1830686860247,04	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	3661373720494,08	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	7322747440988,16	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	14645494881976,32	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	29290989763952,64	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	58581979527905,28	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	117163959055810,56	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	234327918111621,12	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	468655836223242,24	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	937311672446484,48	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1874623344892968,96	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	3749246689785937,92	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	7498493379571875,84	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	14996986759143751,68	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	29993973518287503,36	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	59987947036575006,72	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	119975894073150013,44	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	239951788146300026,88	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	479903576292600053,76	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	959807152585200107,52	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1919614251770400215,04	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	3839228503540800430,08	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	7678457007081600860,16	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	15356914014163201720,32	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	30713828028326403440,64	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	61427656056652806881,28	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	122855312113305613762,56	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	245710624226611227525,12	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	491421248453222455050,24	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	982842496906444910100,48	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1965684993812889820200,96	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	3931369987625779640401,92	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	7862739975251559280803,84	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	15725479950503118561607,68	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	31450959901006237123215,36	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	62901919802012474246430,72	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	125803839604024948492861,44	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	251607679208049896985722,88	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	503215358416099793971445,76	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1006430716832199587942891,52	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	2012861433664399175885783,04	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	4025722867328798351771566,08	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	8051445734657596703543132,16	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	16102891469315193407086264,32	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	32205782938630386814172528,64	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	64411565877260773628345057,28	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	128823131754521547256690114,56	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	257646263509043094513380229,12	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	515292527018086189026760458,24	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1030585054036172378053520916,48	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	2061170108072344756107041832,96	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	4122340216144689512214083665,92	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	8244680432289379024428167331,84	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1648936086457875804885633466,08	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	32978721729157516097712669327,36	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	65957443458315032195425338654,72	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	131914886916630064390850677309,44	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	263829773833260128781701354618,88	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	527659547666520257563402709237,76	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1055319095333040515126805418475,52	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	2110638190666081030253610836951,04	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	4221276381332162060507221673902,08	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	8442552762664324121014443347804,16	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	16885105525328648242028886795608,32	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	33770211050657296484057782401183579504,64	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	67540422101314592968115547182433,28	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	135080844202629185936231094364866,56	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	270161688405258371872462188729733,12	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	540323376810516743744924377459466,24	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1080646753621033487489848754918932,48	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	2161293507242066974979697509837864,96	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	4322587014484133949959395019675729,92	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	8645174028968267899918790039351459,84	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	17290348057936535799837580078702919,68	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	34580696115873071599675160157405839,36	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	69161392231746143199350320314811678,72	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	138322784463492286398700640629623357,44	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	276645568926984572797401281259246714,88	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	553291137853969145594802562518493429,76	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1106582275707938291189605125036986859,52	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	2213164551415876582379210250073973719,04	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	4426329102831753164758420500147947438,08	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	8852658205663506329516841000295894876,16	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	17705316411327012659033682000591789752,32	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	35410632822654025318067364001183579504,64	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	70821265645308050636134728002367159009,28	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	141642531290616101622431383590783533208043,52	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	283285062581178138015342434199240584501259141,12	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	566570125162464405089077824018937272074,24	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	11331402503249288101781556480378749088296,96	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	2266280500649857620356311296075749088296,96	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	4532561001299715240712622592151498176593,92	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	9065122002599430481425245184302996353187,84	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	18130244005198860962850490368605992706375,68	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	36260488010397721925700980737211985412751,36	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	72520976020795443851401961474423970825502,72	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	145041952041590887702803922948847941651005,44	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	290083904083181775405607845897695883302010,88	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	580167808166363550811215691795391766604021,76	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1160335616332727101622431383590783533208043,52	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	2320671232665454203244862767181567066416087,04	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	4641342465330908406489725534363134132832174,08	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	9282684930661816812979451068726268265664348,16	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	18565369861323633625958902137452536531328696,32	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	37130739722647267251917804274905073062657392,64	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	74261479445294534503835608549810146125314785,28	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	148522958890589069007671217099620292250629570,56	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	297045917781178138015342434199240584501259141,12	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	594091835562356276030684868398481169002518282,24	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	1188183671124712552061369736796962338005036564,48	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	2376367342249425104122739473593924676010073128,96	0,00	CONTRATADA 202
DESEMPENHO	4752734684498850208245478947187849352020146257,9	0,00	CONTRATADA 202

Onde pagar sua conta

Débito Automático: Bradesco / Itaú / Bancoob (Sicoob) / Santander / Banco do Brasil /
Caixa Econômica Federal
Agentes Credenciados: Tribanco / Bancoob (Sicoob) / Bradesco (Correspondentes Bancários) /
Santander (Correspondentes Bancários) / Caixa Econômica Federal (Casas Lotéricas e Caixa Aqui) /
Banco do Brasil (Correspondentes Bancários e Banco Postal) / Brinks e Pago / BNB
Autoatendimento e Internet: Bradesco / BNB / Itaú / Bancoob (Sicoob) / Santander /
Banco do Brasil / Caixa Econômica Federal

Registro de Leitura

Antes de manter contato com a Energisa para solicitação de desligamento ou informação sobre o consumo de energia, anote os números que aparecem no visor do medidor da unidade consumidora e informe a data que foi verificada a leitura.

Leitura:

Data: ____/____/____

Glossário

Compra de Energia: parcela destinada ao pagamento dos geradores que vendem energia elétrica para a concessionária.
Serviço de Distribuição: parcela destinada a investimentos e custos operacionais nas redes de distribuição.
Serviço de Transmissão: parcela destinada ao pagamento do transporte de energia das usinas até as subestações.
Encargos Setoriais: parcela destinada ao pagamento das obrigações compulsórias do setor elétrico estabelecidas por lei, arrecadada pela Energisa e transferida para a Eletrobras.
Impostos Diretos e Encargos: parcela destinada ao pagamento dos impostos estaduais (ICMS) e federais (PIS/PASEP e Cofins).
DIC: número de horas que o cliente ficou sem energia.
FK: número de vezes que o cliente ficou sem energia.
DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período.
IRCI: duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico.
Custo de disponibilidade: valor mínimo faturável, estabelecido pela ANEEL, para as unidades consumidoras atendidas em baixa tensão.
TUSD: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R\$/kWh, utilizado para efetuar o faturamento mensal de usuários do sistema de distribuição de energia elétrica pelo uso do sistema.
TE: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R\$/kWh, utilizado para efetuar o faturamento mensal referente ao consumo de energia.
EUSD: Encargo de uso do sistema de distribuição.

Informações sobre esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA são estarão disponíveis para consulta em nosso sistema 24 horas após a data de apresentação informada no anverso.

Fique Atento!

Para atendimento em nossas agências ou através do Call Center, tenha em mãos uma conta de energia elétrica, CPF ou CNPJ.
Facilite o acesso do leiturista ao medidor e espere até que o seu consumo seja faturado pela média dos últimos doze meses.
Informações sobre condições gerais do fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e impostos estão à disposição para consulta em nossas agências de atendimento ou em nosso site.
Possíveis valores individuais apontados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito a compensação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.
Quando sua conta em dia, você evita cobrança de multa de 2%, atualização monetária com base na variação do IGP-M, juros de mora de 1% ao mês, corte no fornecimento de energia e demais transtornos. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.
Os cartões impressos têm vida útil de até cinco anos desde que se evite o contato direto com plásticos, solventes ou produtos químicos, bem como a exposição ao calor e umidade excessiva, luz solar e iluminação de lâmpadas fluorescentes.
Caso não efetue o pagamento de sua conta de luz até a data do vencimento, uma vez vencida, você estará sujeito à inclusão de seu nome nos órgãos de proteção ao crédito (SPC, SERASA, SCPC), e também estará sujeito ao protesto do documento junto aos órgãos competentes.

Atendimento Energisa 0800 083 0196 (24h)
Atendimento Energisa para deficientes auditivos ou de fala 0800 086 1234
Ouvintes Energisa 0800 083 2585 (horário comercial) - Necessário ter o número do protocolo de atendimento.
AEEE (Agência Reguladora de Energia Elétrica) - Rua Rio de Janeiro, 100 - 11º andar - Centro - São Paulo - SP
Atendimento ao Cliente - Rua Rio de Janeiro, 100 - 11º andar - Centro - São Paulo - SP

Aproveite melhor o seu tempo

Autorize o pagamento de sua conta de energia através do débito automático: é mais cômodo e seguro.



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RENATO MELO FIGUEIREDO

RG nº 2622614, data de expedição 16/12/2008

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 011803294-14, com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

PIANISTA JAIME SEIXAS, BIRRO QUARENTA, nº 39,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima CICERO MATIAS DA COSTA, cujo o condutor era

O MESMO

Veículo: MOTO

Modelo: KASINSKI CRZ 150

Ano: 2011

Placa: OED-3279

Chassi: 93K5MDCBBB M001756

Data do Acidente: 13/10/17

Local e Data: CAMPINA GRANDE, 11/05/2018 (RECONHECIMENTO DE FIRMA)

LOCAL E DATA (ACIDENTE): CUITE PB 13/10/2017

7º CARTÓRIO
CAMPINA GRANDE - PB

Renato Melo Figueiredo
Assinatura do Declarante

Cicero Matias da Costa

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º SERVIÇO DE NOTAS E REGISTROS Tabeliã: Mariene de Melo Silva
Rua João Pessoa, 35, centro - Cuite-PB - CEP: 58.175.000 - Fone/Fax: (33) 3372.2324

Reconheço supra-assinada por autenticidade a firma de CICERO MATIAS DA COSTA.
DECLARAÇÃO de autenticidade da firma de CICERO MATIAS DA COSTA.
Eu Test. MARIENE DE MELO SILVA da verdade, CUITÉ-PB, 24/03/2018, 10:12:45, D11M42LRA.

MARIENE DE MELO SILVA - Tabeliã
Selo Digital de Fiscalização do tipo (Normal B) - A6Y34512-2617
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos: R\$ 9,48 - FEPJ: R\$ 1,90 - FARPEN: R\$ 0,28 - TOTAL: R\$ 11,66

LABELIONATO DE NOTAS
AC 05413-0098
Sua Excelência, a Senhora TABELIÃ DE NOTAS
CAMPINA GRANDE - PB

Ofício de Notas - Serviços Notarial
Rua Major Miguel Jovino do Ó, 31 - Centro - Fone: (33) 3241.1782 - Campina Grande - PB
7cartorio@notas@gmail.com

Tabeliã - Valterluciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de Renato Melo Figueiredo
como ☒ Autêntica ☐ Semelhante
Dou fé, Campina Grande, 11/05/2018
Tabeliã (Valterluciana Almeida de Moraes)



Documentação médica - hospital



GOVERNO
DA PARÁ

Hospital Regional de Pícuí "Felipe Tiago Gomes"



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Cícero Matos da Costa, portador(a) da identidade RG 10.100.000, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10 horas, submetido(a) a 1to. cirurgia, portador da patologia CID-10 S63.1, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 (TRINTA) dias, a partir desta data.

Pícuí, 16/10/17

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Dr. Carlos Cláudio Filho
Médico - Clínica de Pícuí
CRM 10.100.000

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o(a) Dr. (a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

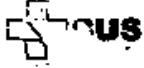
1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO FRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

SEMPRE ASSINAR EM PRESENÇA DO PACIENTE

24-10-2017 11:52 272732 1/1



 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE PICUI		2 - CNES 2757710	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE Alcino Matias da Costa		4 - Nº DO PRONTUÁRIO 90.813	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 104704756669632	6 - DATA DE NASCIMENTO 17/03/69	7 - SEXO Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	8 - RACIA/COR Parda
9 - NOME DA MÃE Genival Matias da Silva		10 - TELEFONE DE CONTATO DDD () Nº DO TEL.	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL Alcino Matias da Costa		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD () Nº DO TEL.	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. Manoel Domingos			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Picuí		15 - COD. IBGE MUNICÍPIO 350530	16 - UF PB
		17 - CEP 58.175.000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS fratura no antebraço direito			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO necessidade de cirurgia			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX e TC			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL Luxação lateral palmar da base do 5º dedo		22 - CID 10 PRINCIPAL S634	23 - CID 10 SECUNDÁRIO
		24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 1º de cirurgia		26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408020539	
27 - CLÍNICA	28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO	29 - DOCUMENTO () CNS () CPF	30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		32 - DATA DA SOLICITAÇÃO	33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - CNPJ DA SEGURADORA		38 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ DA EMPRESA		41 - CNAE DA EMPRESA
36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			42 - CBOR
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF	47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)		

Hospital Regional de Picuí
Assento conforme o original.
Picuí, 06/11/2017
Arquivo Médico
Assinatura de Lima D. Freitas
Assinatura Adm. - 2109904

SESSÃO LÍDER 08/07/17

24-04-2017 11:53



Nº	NOME:	HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:	IDADE:								PRONTUÁRIO Nº:
			ENFERMARIA:								
			LEITO:								DATA DA INTERNAÇÃO:
			HORÁRIOS								
			1	2	3	4	5	6	7	8	EVOLUÇÃO DIÁRIA
1	Prescrição										
2	Prescrição										
3	Prescrição										
4	Prescrição										
5	Prescrição										
6	Prescrição										
7	Prescrição										
8	Prescrição										
9	Prescrição										
10	Prescrição										
11	Prescrição										
12	Prescrição										
13	Prescrição										
14	Prescrição										
15	Prescrição										





GOVERNO
DA PARAÍBA

FICHA DE ANESTESIA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

NOME: <u>Queenia Medeiros da Costa</u>	IDADE: <u>48</u>	SEXO: <u>M</u>	GR. SANGÜÍNEO
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Carcinoma Intestinal</u>	CATEGORIA: <u>SUS</u>	DATA: <u>16.10.19</u>	
OPERAÇÃO REALIZADA: <u>Int. Colonoscopia</u>			
CIRURGIÃO:	AUXILIAR:	ANESTESISTA:	

AGENTES COMUNITÁRIOS											
CÓDIGO		220									
Anestesia X		200									
Oper. Inturb T		180									
Endotr. Pres A		160									
Distal Pulso O		140									
Resp. RA		120									
Assit. Resp. RE		100									
Extub. Resp. RC		80									
		60									
		40									
Conte.		20									

Pré-anestésico:

Anestesia: ☐ Geral ☐ Raquiana ☐ Peridural ☐ Bloqueio de Plexo ☐ Outras

Técnica:

Início:

Término:

Venoclise:

Duração minutos:

AGENTES DOSES

LÍQUIDO

ML

OBS:



DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: <i>Glécio Mafra da Costa</i>			
Data da operação: <i>16/06/17</i>		Enf.:	Leito:
Operador: <i>Carlos Antônio</i>		1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-operatório: <i>LUXAÇÃO DE ANT. INTERFAANGENAS</i>			
Tipo de operação: <i>REMOVEDOR CEMENTO DE LUXAÇÃO DE DDD</i>			
Diagnóstico Pós-operatório:			
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no Ato:			
Acidente durante a operação:			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspecto Visceral

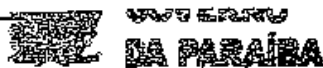
- Presente em DDD a esquerda
- Moço + entrego + corpo
- Incisão dermof. e dissecção
- Redução com a fixação de Brock
- 10 de SF
- Sutura

Dr. Carlos Cândia Filho
 ORTOPEDIA - CIRURGIA DE PRATO
 CRM: 10113/15
 CPF: 053.755.116

SEIZ/2009/01 LIDR/01/01/01

24-06-2017 10:53:27/2017/17





FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Hospital: Hospital de Referência da Paraíba

Nome: Cícero Antônio da Costa Idade: 48 Sexo: M

Admissão: 16/10/12 Clínica: Cirurgias Ala: Enf.: Leito:

Diagnóstico: Infecção intrapleural

INFECÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO ☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITÁRIA

TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO: ☐ GASTRO INTESTINAL ☐ GENITAL ☐ S.N.C.
☐ FERIDA CIRÚRGICA ☐ URINÁRIA ☐ SEPTICEMIA
☐ RESPIRATÓRIA ☐ PELE / TSC ☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: ☐ Biópsia ☐ Respirador ☒ Punção Venosa
☐ Catéter Venoso ☐ Diálise ☐ Punção Lombar
☐ Catéter Vesical ☐ Endoscopia ☐ Punção Abdominal
☐ Corticoterapia ☐ Flebotomia ☐ Punção Torácica
☐ Drogas Antineoplásicas ☐ Hemoterapia ☐ Traqueostomia
☐ N P ☐ Nebulizador ☐ Outros

CONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS:

Cirurgia realizada: Trat. cirúrgico intrapleural Anestesiado: sedação

Data: 16/10/12

Tempo:

☐ Limpa ☐ Urgência ☒ P P
☐ Potenc. Contaminada ☐ Emergência ☐ M P
☐ Contaminada ☐ Eletivo ☐ G-P
☐ Infectada

Equipe: Cirurgião: Dr. Carlos Auxiliar:

Instrumentador: Anestesiado: 9 cirurgião

RAIO X NA SALA: ☐ Sim ☒ Não

USO DE ANTIBIÓTICO: ☒ Profilático ☐ Terapêutico

Nome: Ceftriaxone 1g Nome:

Dose / Dia: 02 vezes Dose / Dia:

Duração: Duração:

BACTERIOLOGIA

GRAM	☐ Sim ☐ Não	CULTURA	☐ Sim ☐ Não
MATERIAL	DATA	RESULTADO	ATB

Outras Observações:

CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ Curado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ À reavaliação
☐ Inalterado

Causa:

Dr. Carlos
MÉDICO ASSISTENTE

C.C.I.R.



Arquivista _____

Médico Assistente _____

Dr. Carlos Cândido Filho

Alta em 16/10/17

Exames realizados: _____

Tratamento efetuado no hospital: _____

Diagnóstico definitivo: _____

PREENCHIMENTO MÉDICO

Bairro: 7. Marinho

Cidade: Curitiba

Est. Civil: Único

Endereço: 8. Rua Municipal, 148

Prof. Doutor

Data Nasc.: 13/09/69

Idade: 48

Mae: Genesina Maria da Costa

Pai: _____

Responsável: O próprio

Nome: Genesina Maria da Costa

ARQUIVO MÉDICO

Nº de Docum. 1033689

Nº de Reg. 90.813

Nº de Ordem _____

Nº AIH _____

HOSPITAL REGIONAL DE PICUL

DA PARAIBA

GOVERNO

Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo

CEP: 58187-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990

Picul - PB - CNPJ: 08.778.266/0001-60





HOSPITAL MUNICIPAL DE CUITÉ

Rua 15 de Novembro, nº. 160 – Centro- Cuité-PB – CEP.: 58-175000

Fone: (83) 3372-2240 - CNPJ: 11.404.674/0001-78

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

AO HOSPITAL:

transf. de C. Gndy

DATA:

___/___/___

ou Regional de Cuité, PB

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE:

Luiz Alotris do Costa

IDADE:

DATA DE INTERNAÇÃO:

___/___/___

DATA DE SAÍDA

___/___/___

ENDEREÇO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Tuberculose / lesão do p.

13/10/15

MEDICAÇÃO:

Dr. Cleandro N. Carvalho

CRM 5513

CON 5513

CNS 704 - 053.0519.0010

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

SERVIÇO DE LINES ORBITAL

24-10-2017 11:53 272741 1/1





CAVALCANTI DANTAS E CIA LTDA
CNPJ: 24.499.283/0001-72 IE: 160853320
RUA VINTE E CINCO DE JANEIRO, 11, CENTRO,
CUITE-PB
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Código	Descrição	Qtd.	Un.	VL Unit.	VL Total
34856	G CEFALOXINA 500MG 10CPS	3	UN	12,00	36,00
Qtd. total de itens					1
Valor total R\$					36,00
Valor a pagar R\$					36,00
FORMA PAGAMENTO				VALOR PAGO R\$	
Total Pago R\$				36,00	
Dinheiro				36,00	

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.nfeleia.pb.gov.br/nfe/>
2517 1024 4982 9300 0172 6500 1000 0130 1210 0000 0006



CONSUMIDOR NÃO
IDENTIFICADO
NFC-e nº 13012 Série 1
31/10/2017 11:47:12 Via
Consumidor
Protocolo de autorização:
325170236512014
Data de autorização:
31/10/2017 11:47:43

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federal
R\$4,84 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
VENDEDOR: 1 - GERAL

SENDER: LIDER (MARI) R

24-10-2017 11:53 272742 1/1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02
P-053

ESTADO DA BAHIA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Wlano melles du Costa




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.273.689 -2 VLT

DATA DE EMISSÃO 16/06/2016

NOME CICERO NATIAS DA COSTA

FUNÇÃO ANTONIO ARRUDA DA COSTA

GENTIL NATIAS DA COSTA

NATURALIDADE CUIABÁ-PB

DOC. ORDEM CASIM N. 3634 ELS. 93 LIV. B8

OF. CARBORIO CUIABÁ PB

603.634.364-42

DATA DE NASCIMENTO 17/09/1969

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:03:46

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611034586600000032872219

Número do documento: 20091611034586600000032872219

Documentos de identificação



SECRETARIA LÍDER SPMAT DE

24-09-2017 11:52 272751 1/1





AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ R\$ 5.000,00
NOME DO COMPRADOR: Maria Nateline Santos Costa

NR. 05010956834 OFICIAL: 061009054-26
ENDEREÇO: Rua João Simões, 1533 apto 14
Campina Grande - PB 58400-45
LOCAL E DATA: CAMPINA GRANDE, 11 DE NOVEMBRO DE 2016

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
a) O presente tem a certificação legal de comunhão a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, a partir da data que se responsabiliza posteriormente para quaisquer irregularidades e danos decorrentes de sua culpa e não de comunicação (Lei Federal nº 9.500 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
b) O presente tem a certificação legal de comunhão a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, a partir da data que se responsabiliza posteriormente para quaisquer irregularidades e danos decorrentes de sua culpa e não de comunicação (Lei Federal nº 9.500 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
c) O presente tem a certificação legal de comunhão a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, a partir da data que se responsabiliza posteriormente para quaisquer irregularidades e danos decorrentes de sua culpa e não de comunicação (Lei Federal nº 9.500 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
DE ACORDO Maria Nateline Santos Costa ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.
1º SERVIDOR NOTARIAL E REGISTRAR
ANDRÉ CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-200
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 011.803.294-14 -
RENATO MELO FIGUEIREDO, Dou fe. Campina Grande (PB) -
11/11/2016 - 14:39.
Em testemunho André Cunha Lima de verdade.
Belo Digno: ANDRÉ CUNHA LIMA - Consultar a autenticidade em <http://tabeladigital.tjpb.jus.br>
Email: aj33744@tjpb.jus.br ou aj33744@tjpb.jus.br
JA E: ANDRÉ CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-200
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 051.009.054-26 -
MARIA NATELINE SANTOS COSTA, Dou fe. Campina Grande (PB) -
11/11/2016 - 15:03.

Em testemunho Maria Nateline Santos Costa de verdade.
Belo Digno: MARIA NATELINE SANTOS COSTA - Consultar a autenticidade em <http://tabeladigital.tjpb.jus.br>
Email: aj33744@tjpb.jus.br ou aj33744@tjpb.jus.br

DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS	
DETRAN - PB	
Nº 012650196250	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
21038073137	
0000934514-R	
00/000000000	
RENATO MELO FIGUEIREDO	
R P JAMES DE SEIXAS 39 CASA	
QUARENTA 1	
58416286 CAMPINA GRANDE - PB	
01180329414	
0003279/PB	
VERA MARIA MEINA	
93580000001756	
PAS/NOTA/ITIC/ARMO APLIC	
GASOLINA	
CASINSKI/CRR-150-10 SM	
2011/2011	
2 P/149 /CI	
PARTIC	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
90388004610	
0	
CAMPINA GRANDE - PB	
33375	
21/05/2016	



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE (DAMS) ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Elisno Matias da Costa
DATA DO ACIDENTE 13/10/17 CPF DA VÍTIMA 603.631.364-72
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Elisno Matias da Costa
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Q VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
A VÍTIMA É Elisno Matias da Costa
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Manoel Domingos
Nº 148 COMPLEMENTO BAIRRO: Jardim Planalto
CIDADE Paulista UF PR CEP 58.115.000
E-MAIL ac.0452@ceusio.com.br TELEFONE (83) 9830-5225

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) 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)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) 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
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM 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 SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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 CONFERMEM 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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/11/17

IDENTIDADE 2273689 S.S.DS. PR

ASSINATURA Elisno Matias da Costa

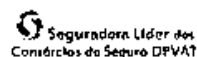
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 20/11/17 MATR. CORREIOS 6438834

NOME João Waldeves C. de FARIAS

ASSINATURA [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL:0465186/17
Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF: 603.634.364-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/10/2017
Titular do CPF: CICERO MATIAS DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CICERO MATIAS DA COSTA : 603.634.364-72

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/11/2017
Nome: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF/CNPJ: 603.634.364-72

CICERO MATIAS DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2017
Nome: PRISCIANE DE SOUSA CORREIA
CPF: 101.812.987-16

PRISCIANE DE SOUSA CORREIA



Nº DO SINISTRO _____

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, CICERO MATIAS DA COSTA

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.233.689 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 16/06/2016 E

CPF 603634360-72 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO POLÍCIA

E RENDA MENSAL DE R\$ 950,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: 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.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 57362 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0571293

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

CUITÉ - PB, 20 de NOVEMBRO de 2017

LOCAL E DATA

Cicero Matias da Costa
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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, obedecendo à legislação vigente 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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE (DAMS) ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Elisno Matias da Costa
DATA DO ACIDENTE 13/10/17 CPF DA VÍTIMA 603.631.364-72
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Elisno Matias da Costa
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
A VÍTIMA Elisno Matias da Costa
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Manoel Domingos
Nº 148 COMPLEMENTO BAIRRO: Jardim Planalto
CIDADE Paulista UF PR CEP 58.115.000
E-MAIL ac.0452@ceusio.com.br TELEFONE (83) 9830-5225

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) 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)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) 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
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM 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 SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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 CONFERMEM 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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/11/17

IDENTIDADE 2273689 S.S.DS. PR

ASSINATURA Elisno Matias da Costa

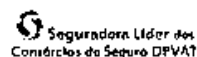
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 20/11/17 MATR. CORREIOS 6438834

NOME João Waldeves C. de FARIAS

ASSINATURA [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL:0465186/17
Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF: 603.634.364-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/10/2017
Titular do CPF: CICERO MATIAS DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CICERO MATIAS DA COSTA : 603.634.364-72

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/11/2017
Nome: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF/CNPJ: 603.634.364-72

CICERO MATIAS DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2017
Nome: PRISCIANE DE SOUSA CORREIA
CPF: 101.812.987-16

PRISCIANE DE SOUSA CORREIA



Nº DO SINISTRO _____

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, CÍCERO MATIAS DA COSTA

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.233.689 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 16/06/2016 E

CPF 603634360-72 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO POLÍCIA

E RENDA MENSAL DE R\$ 950,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: 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.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 57362 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0571293

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

CUITÉ - PB, 20 de NOVEMBRO de 2017

LOCAL E DATA

Cícero Matias da Costa
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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, obedecendo à legislação vigente 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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios da Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465186/17
Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF: 603.634.364-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/10/2017
Titular do CPF: CICERO MATIAS DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de TML

DUT

Outros

CICERO MATIAS DA COSTA : 603.634.364-72

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2018
Nome: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF: 603.634.364-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

CICERO MATIAS DA COSTA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO



Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **CICERO MATIAS DA COSTA**
Nº Sinistro: **3170638757**
Vítima: **CICERO MATIAS DA COSTA**
Data do Acidente: **13/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3170638757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência ilegível
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

SEGURADORA LÍDER DPVAT 092 16-08-2018 12:24 468745 1/1

Carta nº 12074214



DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br



JS9319019148R

CICERO MATIAS DA COSTA
JARDIM PLANALTO
CEP 58175-000 - CUITÉ - PB

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER
Seguradora



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465186/17
Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF: 603.634.364-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/10/2017
Titular do CPF: CICERO MATIAS DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Outros



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: 21/06/2018
Nome: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF: 603.634.364-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2018
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

CICERO MATIAS DA COSTA

Karine Gomes de Lima



Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora LIDER, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora LIDER except where provided for in a written agreement between you and Seguradora LIDER. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170638757 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA **Data do acidente:** 13/10/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170638757 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA **Data do acidente:** 13/10/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA- LUXAÇÃO DO 2ºPDD
FERIMENTO NO PÉ ESQ.

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ, ARTELHO ESCURECIDO E SEM MOVIMENTO (ANQUILOSE), PRESENÇA DE CICATRIZ NO DORSO DO PÉ ESQ, SEM PERDA DE MOVIMENTOS.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO COM DEFORMIDADE E PERDA COMPLETA DOS MOVIMENTOS DO 2ºPDD

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 5523

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

