
Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554397

Vítima: DENILSON SILVA DE FRANCA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DENILSON SILVA DE FRANCA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554397

Vítima: DENILSON SILVA DE FRANCA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DENILSON SILVA DE FRANCA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: **DENILSON SILVA DE FRANCA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000004095**

Conta: **0000019821-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

093.820.524-29 Denilson Silva de Franca

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 995/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Denilson Silva de Franca 093.820.524-29

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Ricuso R. Epitácio Diadunga 50

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Centro Itapocoroca PB 58000-000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

(83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4095 CONTA: 19821 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa 07/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CARTÓRIO QUINTÃO

Serviço Registral e Notarial

Juliano José de Almeida Quintão

Rua José Rodrigues de Carvalho, nº 75, Centro

Itapororoca - PB - CEP: 58.275-000

Fone/Fax: 83-3254-1033

cartorioquintao@gmail.com

Reconheço por autenticidade a(s) assinatura(s) de:
DENILSON SILVA DE FRANÇA.

Itapororoca/PB 07/08/2019
Em testemunho da verdade. Dou fe.
Substituto: Bel - ALTAMIR S. BUSTORFF QUINTÃO
Selo Digital: A1Y25187-NIAM
Confira em: <https://selo.digital.pb.us.br>
Emol: R\$9,91 Farpem: R\$0,25
Fep: R\$ 2,37 MP: R\$0,16





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00043.01.2019.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00043.01.2019.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:09 horas do dia 16 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Denilson Silva de França**, conhecido(a) por Denilson, RG nº 3286435 SEDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria da Guia Silva de França e José Gomes de França Segundo, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 11/10/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Epitácio Madruga, Nº s/n, bairro Centro, tendo como ponto de referência Praça Pública, na cidade de Itapororoca/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Junco, Zona Rural, Zona Rural da Cidade de Itapororoca, Sequencia da Estrada, Itapororoca/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 25/02/19 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: **LESÃO CORPORAL CULPOSA**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 125 FAN, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2009, placa MNY-9372, chassi 9C2JC41209R008675, renavam 00126551685

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, por volta das 12:00 horas aproximadamente do dia 25 de fevereiro do ano fluente, se conduzia em sua moto já discriminada na Zona Rural da cidade de Itapororoca/PB, quando não sabendo como, esta derrapou e em consequência, o notificante sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas em Mangabeira, onde após uma avaliação Médica, foi identificado uma Fratura do 4º Metatarso direito, realizado procedimento cirúrgico e no dia 13 de março deste ano, este recebeu alta hospitalar, conforme certidão apresentada pelo referido Nosocômio.

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

João Pessoa/PB, 16 de agosto de 2019.


EVERTALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil

DENILSON SILVA DE FRANÇA
Noticiante



Procedimento Policial: 00043.01.2019.1.02.008

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

093.820.524-29 Denilson Silva de Franca

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSDP Nº 995/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Denilson Silva de Franca 093.820.524-29

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Ricuso R. Epitácio Diadema 50 58000-000

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Centice Itapocoroca PB 58000-000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

(83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4095 CONTA: 19821 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa 07/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CARTÓRIO QUINTÃO

Serviço Registral e Notarial

Reconheço por autenticidade a(s) assinatura(s) de:

DENILSON SILVA DE FRANÇA.

Rua José Rodrigues de Carvalho, nº 75, Centro

Itapororoca - PB - CEP: 58.275-000

Fone/Fax: 83-3254-1033

cartorioquintao@gmail.com

Itapororoca/PB

07/08/2019

Em testemunho da verdade, Dou fe

Substituto: Bel - ALTAMIR S. BUSTORFF QUINTÃO

Selo Digital: A1Y25187-NIAM

Confira em: <https://selo.digital.pb.us.br>

Emol: R\$9,91 Farpem: R\$0,25

Dep: R\$ 2,37 MP: R\$0,16



Denilson Silva de França

PROFRAG



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA
PLANTÃO PERMANENTE - CONVENIO COM SUS E UNIMED
FRATURAS - DOENÇAS ÓSSEAS - DEFORMIDADES - RAO X

Ortopedia dos Membros Superiores e Inferiores
DR. TEMÍSTOCLES DE A. RIBEIRO FILHO

Pl
Nelson de Faria

Guarabira - 14200

*AO ORTO-TRAUMAX

PLT ALUNA PL 170

Guarabira de Fx

Dr. R. P.

25/02/19

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Guarabira - PB
Tel. (83) 3271 - 1155 - Fax: (83) 3271 - 4205

Demilson

COMPREV
COMPREV SEÇÃO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE
25 SET. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Relevo para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica. Nº 027.872.296



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 23.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DA GUIA SILVA DE FRANCA
RUA EPITACIO MADRUGA S/N
ITAPOROROCA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/845524-8

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

12/07/2019

CONSUMO

111

VENCIMENTO

19/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 79,24

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 03754.808172 4 79550000007924

Pagador: MARIA DA GUIA SILVA DE FRANCA CNPJ/CPF: 046.746.744-76

RUA EPITACIO MADRUGA S/N - CENTRO - ITAPOROROCA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003754808	000845524201907	19/07/2019	R\$ 79,24	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



COMPREV
COMPREV SERVIÇOS E PROVISÃO S/A
20 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lenilson Nascimento Ferreira,

RG nº 3585515, data de expedição 28/10/2007

Órgão SSP, portador do CPF nº 09323030487 com

domicílio na cidade de Itapororoca, no Estado de

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

Lokumb Colorado Alta, nº 51,

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

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

vítima Demilson Silva de Franca cujo o condutor era

Demilson Silva de Franca

Veículo: moto

Modelo: HONDA CG 125FAN

Ano: 2009

Placa: MNY 9372

Chassi: 9C2JC4J209R008675

Data do Acidente: 25-02-19

Local e Data: Itapororoca, 07-08-19

CARTÓRIO
QUINTÃO

Lenilson Nascimento Ferreira

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGURADORA DE ACIDENTES
26 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

CARTÓRIO QUINTÃO
Serviço Registral e Notarial
Rua José Rodrigues de Carvalho, nº 75, Centro
Itapororoca - PB - CEP - 58.275-000
Fone/fax - 83-3294-1033
e-mail - cartorioquintao@gmail.com

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
LENILSON NASCIMENTO FERREIRA

Itapororoca/PB 07/08/2019
Es testemunho da verdade. Dou fé.
Substituto: **ALTAMIR S BUSTORFF QUINTÃO**
Selo Digital: A1Y25108-P52Y
Confira em <https://selodigital.tiob.tpb.br>
Emol R\$9,91 Farpem R\$0,29
Fep) R\$ 2,37 MP R\$0,16

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-300 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 209703 Atd: Nao Regul
Data: 28/02/2019
Hora: 15:44:42
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: DENILSON SILVA DE FRAN;A

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.02.003408

CNS: 700009588157603 Sexo: M CPF: 3286435 Fone: 986792489

Natural: RIO TINTO/PB Data Nasc.: 11/10/1989 Id: 29 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00

Bairro: CENTRO Cidade: ITAPOROROCA UF: PB

Mae: MARIA DA GUIA SILVA DE FRAN;A

Pai: JOSE GOMES DE FRAN;A SEGUNDO

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: DENILSON SILVA DE FRAN;A

Tel/Doc. Responsavel: 986792489 / CPF: 3286435

Procedencia: HOSPITAL GUARABIRA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Ima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispineia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

T_{MA} EM MID ENCAMINHADO DE GUARABIRA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

COMP. EV. DOCUMENTACAO
28 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Psicologia - Realizado atendimento
11/03/19
9:30h
psicologia.

Mônica N. Pombo
Psicóloga
CRP 13/5681

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Denilson Silva de F. Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Med

CERTIDÃO

Nº. 0893/2019

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 209703 e prontuário 2019.02.3408 pertencentes a **DENILSON SILVA DE FRANÇA** que foi atendido dia 28/02/2019 às 15H44min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito .

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 4º metatarso direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/03/2019 com alta médica dia 14/03/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de junho de 2019



Dra. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516

Médica
CRM/PB 4516

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 28 / 02 / 19

Nome: Denilson da Silva de França
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M (x) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

QPD: dor e edema no pé (D)

HDA: DT 28/02/19 MT more
elara dor e edema no pé (D) com dificuldade para deambular

Medicações em uso: Nega

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:Doenças Anteriores: NUNCA

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

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

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: sem alterações

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: sem difurResultados de Exames Complementares: EX fratura 4° MTT do péHipóteses Diagnósticas: fratura 4° MTT fechadoConduta: interno para tratamento cirúrgico
solicito exames

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis**Colocação de garrote em membro inferior direito.***Incisão:***Longitudinal em região dorsal sob o 4º mtt***Achados:***Visualização de fx em 4º PDD***Conduta:***Passagem de fio de K n° 2 intramedular no fragmento distal ate saída do mesmo em região plantar**Redução anatômica da fx do 4º PDD direito**Passagem do fio retrogrado intramedular em fragmento proximal**Fechamento por planos e pele.***Fechamento:***Curativo estéril***OBS: Ato cirúrgico sem intercorrências.***Tala Bota***Data:** 13/03/2019**MÉDICO/CRM**

Maurice Arruda Feitosa
TEN.MED - Id. 0720371551-1,2
CRM - PB 7522 / CRM - PE 21171

Nome: Denilson Silva de França				Registro:	
Idade: 29 anos	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 13/03/2019			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente:		
Anestesista: <i>ibellone</i>			Instrumentador: <i>Maria</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do 4º MTT direito</i>				<i>S98.3</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Tto cirúrgico.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Mouribe Arruda Felinto
TENMED - Id 0402095755140
CRM - PB 7522 CRM - PE 24174



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPE

093.820.524-29

DENILSON SILVA DE FRANCA

11/10/1989



COMPREV
COMPREV/SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 SET. 2010
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CERTE

3286435

DATA DE
EXPEDIÇÃO

11 NOV 2004

NOME DENILSON SILVA DE FRANÇA

PAI José Gomes de França Segundo

MÃE Maria da Guia Silva de França

Rio Tinto-PB.

11.10.1989

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 11.09.89, Fls. 315, Liv. A-16,

OUTRO

Cart. de Itapororoca-PB.

ASSINATURA

ASSINATURA DO DIRETOR, XII

M. Moreira

PS-0
23.04

LEI Nº 118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 917



Demilson Silva de Azevedo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554397 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENILSON SILVA DE FRANCA **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.(PÁG.6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554397 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENILSON SILVA DE FRANCA **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.(PÁG.6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334642/19

Vítima: DENILSON SILVA DE FRANCA

CPF: 093.820.524-29

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: DENILSON SILVA DE FRANCA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILSON SILVA DE FRANCA : 093.820.524-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019
Nome: DENILSON SILVA DE FRANCA
CPF: 093.820.524-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

DENILSON SILVA DE FRANCA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA