

---

**Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190669806**

**Vítima: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**

**Data do Acidente: 20/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**

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, 18 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190669806**

**Vítima: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**

**Data do Acidente: 20/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**

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

Banco: **237**

Agência: **000002340-0**

Conta: **000001000160-9**

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](http://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 ASI: 3 - CPF da vítima: 530.886.624-49 4 - Nome completo da vítima: Osmar Tributino Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Osmar Tributino Pereira 6 - CPF: 530.886.624-49  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R- Alameda da Praia 9 - Número: SN 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58059-804 15 - E-mail: (83)98863-4900

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 POUPANÇA (Nomenclatura para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2340 0 CONTA: 1000 160 9 AGÊNCIA: CONTA:  
(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 tenho 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 - Causa 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 parentes próximos? ☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer não isenção ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (\*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

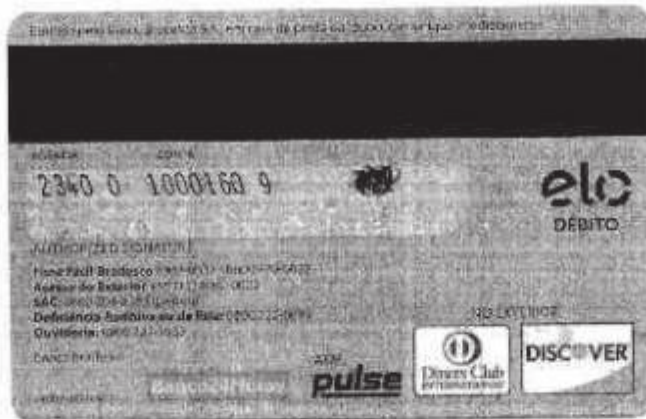
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



C/P





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 07851.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07851.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:36 horas do dia 15 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Osmar Tributino Pereira**, CPF nº 530.886.624-49, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, profissão Vigilante, filho(a) de Maria Cirilo da Conceição e Joaquim Tributino Pereira, natural de Pirpirituba/PB, nascido(a) em 15/11/1968 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Algodão da Praia, Nº S/N, complemento QUADRA-255, LOTE-478, MANGABEIRA VIII, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ponto Final 514, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98828-1151.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Jose Feliciano, Mercadinho Central de Mangabeira VIII, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/06/19 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 20/06/2019, POR VOLTA DAS 01:00 HORA, VINHA TRAFEGANDO NA RUA, JOSÉ FELICIANO, EM MANGABEIRA VII, NA MOTO DE MARCA-HONDA/CG 125 TITAN KSE, DE CORVERMELHA, ANO-2003/2003, PLACA-MMR-7832/PB, CHASSI: 9C2JC30213R6283341, CRLV EM NOME DA PESSOA RIVALDO ALBUQUERQUE SALES, VINDO A COLIDIR EM UM VEICULO CHEVROLET CELTA DE PLACA NQJ-6186/PB, QUANDO FOI VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRAS GOVERNADOR TARCISIO BURITY, APÓS ATENDIMENTO, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO CIRURGIADO NO DIA 26/06/2019, DE ACORDO COM O CID: S43.1 E T14.9, TENDO ALTA MÉDICA NO DIA 28/06/2019, PELO MEDICO JOÃO PAULO SOUTO CASADO.

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

João Pessoa/PB, 15 de julho de 2019.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
OSMAR TRIBUTINO PEREIRA  
Noticiante

# 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: 530.886.624-49 4 - Nome completo da vítima: Osmar Tributino Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Osmar Tributino Pereira 6 - CPF: 530.886.624-49  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R- Alameda da Praia 9 - Número: SN 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58059-804  
15 - E-mail: (83) 98863-4900

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 POUPANÇA (Nomenclatura para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2340 0 CONTA: 1000 160 9 AGÊNCIA: CONTA:  
(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 tenho 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 - Causa 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 parentes próximos? ☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer não isenção ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (\*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

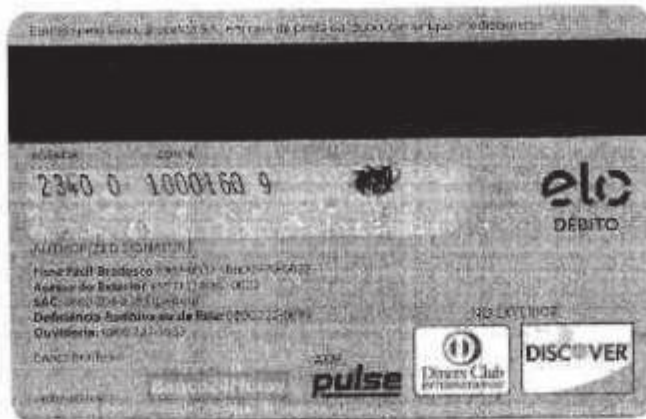
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



C/P



RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1171815


**Identificação do paciente**

|                                    |                                  |              |          |                                                  |          |
|------------------------------------|----------------------------------|--------------|----------|--------------------------------------------------|----------|
| ID<br>1353057                      | Nome<br>OSMAR TRIBUTINO PEREIRA  |              |          | Sexo<br>Masculino                                |          |
| Data de nascimento<br>15/11/1968   | Idade<br>50 anos 7 meses 18 dias | Estado civil | Religião | Prontuário<br>116433                             |          |
| Mãe<br>MARIA CIRILO DA CONCEICAO   | Pai<br>JOAQUIM TRIBUTINO PEREIRA |              |          | Responsável (Parentesco)<br>O MESMO - O MESMO(A) |          |
| Escolaridade                       | DDD Celular<br>83                |              |          | Celular<br>99987422                              | Telefone |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)  | Número documento<br>1742518      | DDD          |          | Nº Cns<br>700004214275505                        |          |
| Local de procedência<br>MANGABEIRA | Tipo<br>BAIRRO                   |              | UF<br>PB |                                                  | CBO/R    |
| Email                              | Naturalidade<br>CAMPINA GRANDE   |              |          |                                                  |          |

**dereço**

|                 |                                        |                      |                                |
|-----------------|----------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| CEP<br>58059804 | Município de residência<br>JOAO PESSOA | UF<br>PB             | Logradouro<br>ALGODÃO DA PRAIA |
| Número<br>255   | Complemento                            | Bairro<br>MANGABEIRA |                                |

**Admissão**

|                                    |                                                  |                                       |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Data e Hora<br>20/06/2019 04:03:11 | Número da pulseira<br>1000007702470              | Convênio<br>SUS                       |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL    | Clinica                                          |                                       |
| Classificação de risco             | Origem do paciente<br>OUTRA UNIDADE DE SAUDE     |                                       |
| Caráter de atendimento             | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO |

**Indicadores e Transporte**

|                                  |                       |                           |               |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não             | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Melo de transporte<br>AMBULANCIA | Quem transportou      |                           |               |

**nais Vitais**

|                          |       |             |
|--------------------------|-------|-------------|
| PA<br>_____ X _____ mmHg | Pulso | Temperatura |
|--------------------------|-------|-------------|

**Exames complementares**

|            |            |           |        |            |         |                     |
|------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|
| Raio X [ ] | Sangue [ ] | Urina [ ] | TC [ ] | Liquor [ ] | ECG [ ] | Ultrasonografia [ ] |
|------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|

Dados clínicos:

Diagnóstico

Atendido por  
MARCIO MACEDO DA SILVA

CID

Tempo  
39seg

Imprimir

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: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02340-0

CONTA: 000001000160-9

Nr. Autenticação

BRABCO1312201905000000000023702340000001000160168750 PAGO



Laboratório MICROFAS S/C  
 Cx/500: RES-MICB1/RES-DEMOVAL - BARRA RENOV.  
 Referência: 3-5-GE2-1220 Referência: Nov/2013  
 Medidor: 0030589055 Brasília: 11/11/2013

ENERGIA P.A. - VIA DETTOLINO 40 - 00144 ROMA  
R.D.M. S.p.A. - Viale Principe Amedeo, 10 - 00187 ROMA  
T.M.P. S.p.A. - Via D'Adda, 10 - 00144 ROMA

Chf. para Deb. Automática: 200-159922

Atendimento ao Cliente 1140054 0800 383 0196 Arma: [www.enchisa.com.br](http://www.enchisa.com.br)

|                          |                  |                                         |                        |
|--------------------------|------------------|-----------------------------------------|------------------------|
| <b>Conta referente a</b> | <b>Aprovação</b> | <b>Data prevista da próxima entrega</b> | <b>CPF/ CNPJ/ RANI</b> |
| Nov / 2019               | 11/11/2019       | 11/12/2019                              | 600.896.624-49         |

UC (Unidade Consumidora): 5/1156902-7

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi prorrogada até 31 de maio de 2020, de 21 de abril de 2020.

| Anterior |         | Atual    |         | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data     | Leitura | Data     | Leitura |           |         |      |
| 10/10/18 | 8222    | 10/11/18 | 8331    |           | 104     | 31   |

[illegible]

|                                     |            |       |       |            |       |      |            |      |
|-------------------------------------|------------|-------|-------|------------|-------|------|------------|------|
| CC - Carga de Classificação de Item | TOTAL      | 55,00 | 50,55 | 22,01      | 82,55 | 0,00 | 2,00       |      |
| Fatores Individuais                 | Ata 500w/h | 0,36  | 7,10  | Ata 500w/h | 0,31  | 6,30 | Ata 200w/h | 0,27 |

|                           |                   |                      |
|---------------------------|-------------------|----------------------|
| Media últimos meses (kWh) | <b>VENCIMENTO</b> | <b>TOTAL A PAGAR</b> |
| 107                       | 19/11/2019        | R\$ 58,99            |

| Histórico de Consumo (KWh) |       |       |       |       |       |        |       |       |       |       |       |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 132                        | 118   | 117   | 134   | 115   | 108   | 132    | 111   | 91    | 71    | 91    | 20    |
| Nov18                      | Dez18 | Jan19 | Fev19 | Mar19 | Abr19 | Maio19 | Jun19 | Jul19 | Ago19 | Set19 | Out19 |

RESERVADO AO FISCO  
4ab0 2104 be30 71de f95f b15b 3cb4 af2b

| Indicadores de Qualidade |                    |          | Composição do Consumo   |     |  |
|--------------------------|--------------------|----------|-------------------------|-----|--|
|                          | Limites<br>do ANEL | Aprimado | Limite de Tensão<br>(V) |     |  |
| ACIDENTAL                | 5,37               | 3,00     |                         |     |  |
| CON. TRIMESTRAL          | 13,15              |          | ANUAL                   | 220 |  |
| ACIDENTAL                | 20,30              |          |                         |     |  |
| CON. ANUAL               | 3,33               | 0,00     | CONSTATADA              |     |  |
| CON. TRIMESTRAL          | 8,47               |          | LESTE ABAIXO            |     |  |
| ACIDENTAL                | 12,54              |          | LESTE SUPERIOR          | 731 |  |
| CON. ANUAL               | 3,95               | 0,00     |                         |     |  |
| CON. TRIMESTRAL          | 12,02              |          |                         |     |  |

| Descrição                     | Valor<br>(R\$) | %             |
|-------------------------------|----------------|---------------|
| Serviço de Luz de Energia 100 | 11,11          | 10,04         |
| Consumo Energia               | 18,20          | 27,14         |
| Serviço de Tensão 220         | 1,00           | 2,86          |
| Serviço de Tensão 731         | 1,00           | 2,86          |
| Imposto de Transmissão        | 79,45          | 46,77         |
| Carro 1000                    | 8,13           | 1,00          |
| <b>Total</b>                  | <b>50,99</b>   | <b>100,00</b> |

Elaboração: SIA/Rel. 2/2004-RS-100

Ligação: VONOFÁSICO

Cx/Soc COMINTCS/ COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS  
 Reten: 12.5-202-430 Referência: Nov/2018  
 Medidor: 0000077524 Emissão: 20/11/2018

ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R-230 Km 25 - C/da Redentor - Jd. do Paraíso/PB - CEP: 88714-000  
FONE: (41) 3633-1100 FAX: (41) 3633-1140 - Telex: 511015 ENEPAR

Alto Figueira / Conta de Energia Elétrica Nº 034.509.762  
Cód. para Ddt. Automática: 00013710634

Nov / 2019

20/11/2019

19/12/2019

252.242.244-04

Gerando o gráfico de controle, o gerente adverte o risco de vacinação não atingir:

| Date     | Latitude | Date     | Latitude |
|----------|----------|----------|----------|
| 21/10/10 | 5875     | 22/11/10 | 5873     |

[illegible]

|                                    |          |       |        |      |        |      |      |
|------------------------------------|----------|-------|--------|------|--------|------|------|
| Concordance Classification de Lema | FDYA     | 75.01 | 100.00 | 1.27 | 100.00 | 1.00 | 5.96 |
| Taxa de Errores                    | 0.000000 |       |        |      |        |      |      |

27/11/2019

R\$ 175,01

| 1     | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     | 8     | 9     | 10    | 11    | 12    | 13    | 14    | 15    | 16    | 17    | 18    | 19    | 20    | 21    | 22    | 23    | 24    | 25    | 26    | 27    | 28    | 29    | 30    | 31    | 32    | 33    | 34    | 35    | 36    | 37    | 38    | 39    | 40    | 41    | 42    | 43    | 44    | 45    | 46    | 47    | 48    | 49    | 50    | 51    | 52    | 53    | 54    | 55    | 56    | 57    | 58    | 59    | 60    | 61    | 62    | 63    | 64    | 65    | 66    | 67    | 68    | 69    | 70    | 71    | 72    | 73    | 74    | 75    | 76    | 77    | 78    | 79    | 80    | 81    | 82    | 83    | 84    | 85    | 86    | 87    | 88    | 89    | 90    | 91    | 92    | 93    | 94    | 95    | 96    | 97    | 98    | 99    | 100   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |  |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| Nov18 | Dec18 | Jan19 | Feb19 | Mar19 | Apr19 | May19 | Jun19 | Jul19 | Aug19 | Sep19 | Oct19 | Nov19 | Dec19 | Jan20 | Feb20 | Mar20 | Apr20 | May20 | Jun20 | Jul20 | Aug20 | Sep20 | Oct20 | Nov20 | Dec20 | Jan21 | Feb21 | Mar21 | Apr21 | May21 | Jun21 | Jul21 | Aug21 | Sep21 | Oct21 | Nov21 | Dec21 | Jan22 | Feb22 | Mar22 | Apr22 | May22 | Jun22 | Jul22 | Aug22 | Sep22 | Oct22 | Nov22 | Dec22 | Jan23 | Feb23 | Mar23 | Apr23 | May23 | Jun23 | Jul23 | Aug23 | Sep23 | Oct23 | Nov23 | Dec23 | Jan24 | Feb24 | Mar24 | Apr24 | May24 | Jun24 | Jul24 | Aug24 | Sep24 | Oct24 | Nov24 | Dec24 | Jan25 | Feb25 | Mar25 | Apr25 | May25 | Jun25 | Jul25 | Aug25 | Sep25 | Oct25 | Nov25 | Dec25 | Jan26 | Feb26 | Mar26 | Apr26 | May26 | Jun26 | Jul26 | Aug26 | Sep26 | Oct26 | Nov26 | Dec26 | Jan27 | Feb27 | Mar27 | Apr27 | May27 | Jun27 | Jul27 | Aug27 | Sep27 | Oct27 | Nov27 | Dec27 | Jan28 | Feb28 | Mar28 | Apr28 | May28 | Jun28 | Jul28 | Aug28 | Sep28 | Oct28 | Nov28 | Dec28 | Jan29 | Feb29 | Mar29 | Apr29 | May29 | Jun29 | Jul29 | Aug29 | Sep29 | Oct29 | Nov29 | Dec29 | Jan30 | Feb30 | Mar30 | Apr30 | May30 | Jun30 | Jul30 | Aug30 | Sep30 | Oct30 | Nov30 | Dec30 | Jan31 | Feb31 | Mar31 | Apr31 | May31 | Jun31 | Jul31 | Aug31 | Sep31 | Oct31 | Nov31 | Dec31 | Jan32 | Feb32 | Mar32 | Apr32 | May32 | Jun32 | Jul32 | Aug32 | Sep32 | Oct32 | Nov32 | Dec32 | Jan33 | Feb33 | Mar33 | Apr33 | May33 | Jun33 | Jul33 | Aug33 | Sep33 | Oct33 | Nov33 | Dec33 | Jan34 | Feb34 | Mar34 | Apr34 | May34 | Jun34 | Jul34 | Aug34 | Sep34 | Oct34 | Nov34 | Dec34 | Jan35 | Feb35 | Mar35 | Apr35 | May35 | Jun35 | Jul35 | Aug35 | Sep35 | Oct35 | Nov35 | Dec35 | Jan36 | Feb36 | Mar36 | Apr36 | May36 | Jun36 | Jul36 | Aug36 | Sep36 | Oct36 | Nov36 | Dec36 | Jan37 | Feb37 | Mar37 | Apr37 | May37 | Jun37 | Jul37 | Aug37 | Sep37 | Oct37 | Nov37 | Dec37 | Jan38 | Feb38 | Mar38 | Apr38 | May38 | Jun38 | Jul38 | Aug38 | Sep38 | Oct38 | Nov38 | Dec38 | Jan39 | Feb39 | Mar39 | Apr39 | May39 | Jun39 | Jul39 | Aug39 | Sep39 | Oct39 | Nov39 | Dec39 | Jan40 | Feb40 | Mar40 | Apr40 | May40 | Jun40 | Jul40 | Aug40 | Sep40 | Oct40 | Nov40 | Dec40 | Jan41 | Feb41 | Mar41 | Apr41 | May41 | Jun41 | Jul41 | Aug41 | Sep41 | Oct41 | Nov41 | Dec41 | Jan42 | Feb42 | Mar42 | Apr42 | May42 | Jun42 | Jul42 | Aug42 | Sep42 | Oct42 | Nov42 | Dec42 | Jan43 | Feb43 | Mar43 | Apr43 | May43 | Jun43 | Jul43 | Aug43 | Sep43 | Oct43 | Nov43 | Dec43 | Jan44 | Feb44 | Mar44 | Apr44 | May44 | Jun44 | Jul44 | Aug44 | Sep44 | Oct44 | Nov44 | Dec44 | Jan45 | Feb45 | Mar45 | Apr45 | May45 | Jun45 | Jul45 | Aug45 | Sep45 | Oct45 | Nov45 | Dec45 | Jan46 | Feb46 | Mar46 | Apr46 | May46 | Jun46 | Jul46 | Aug46 | Sep46 | Oct46 | Nov46 | Dec46 | Jan47 | Feb47 | Mar47 | Apr47 | May47 | Jun47 | Jul47 | Aug47 | Sep47 | Oct47 | Nov47 | Dec47 | Jan48 | Feb48 | Mar48 | Apr48 | May48 | Jun48 | Jul48 | Aug48 | Sep48 | Oct48 | Nov48 | Dec48 | Jan49 | Feb49 |  |

RESERVADO AO FISCO

7f5c,488f,1e9a,419e,64ec,90ba,c2af,af28.

### Composição do Consumo

| Discriminação                   | Valor (R\$)   | %             |
|---------------------------------|---------------|---------------|
| Serviços de Dist. da Energia/FB | 47,87         | 24,21         |
| Custos de energia               | 61,15         | 31,68         |
| Serviços de Transmissão         | 8,55          | 4,40          |
| Energias Seliadas               | 6,20          | 3,23          |
| Impostos Diretos e Encargos     | 59,54         | 31,59         |
| Custos Gerais                   | 2,70          | 1,40          |
| <b>Total</b>                    | <b>175,01</b> | <b>100,00</b> |

Fonte: ENEC (out. 9/2010); R\$ 46,32

Downloaded from EUSC on 09/20/10; IP: 46.22

AVISO: esta página es una reproducción de la obra "El libro de la vida" de Juan de Mariana, publicada en 1601. La obra es propiedad de la Biblioteca Nacional de España y se encuentra en el dominio público. Esta reproducción se realiza con fines educativos y de divulgación, y no se permite su uso comercial. Se agradece la colaboración de la Biblioteca Nacional de España por permitir esta reproducción.

Out19 182.53

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07471.415179 9 80860000017501

PAGADOR: CELEN DOMINGOS DA SILVA / CPF/CNPJ 287.242.344-04  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 / SALA 32 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB CEP 58055-394

|                  |                 |                    |                    |            |
|------------------|-----------------|--------------------|--------------------|------------|
| Nosso Nr.        | Nº Documento    | Data de Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
| 3360040003471415 | 201371089201011 | 27/11/2019         | R\$ 175,01         |            |

— — — — — empresa matriz: DISGESTION DE ENERGIA S/A CNPJ 08.095.159/0001-40

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIO/ECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Osmar Tributino Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 530.886.624 49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Osmar Tributino Pereira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 530.886.624, 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                                   |                            |                                   |
|---------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u> | Número: <u>157</u>         | Complemento: _____                |
| Bairro: <u>Changabeira</u>                        | Cidade: <u>João Pessoa</u> | Estado: <u>PB</u>                 |
| E-mail: _____                                     | CEP: <u>58056-384</u>      | Tel. (DDD): <u>(83) 986634900</u> |

Local e Data: João Pessoa - PB 02/12/19

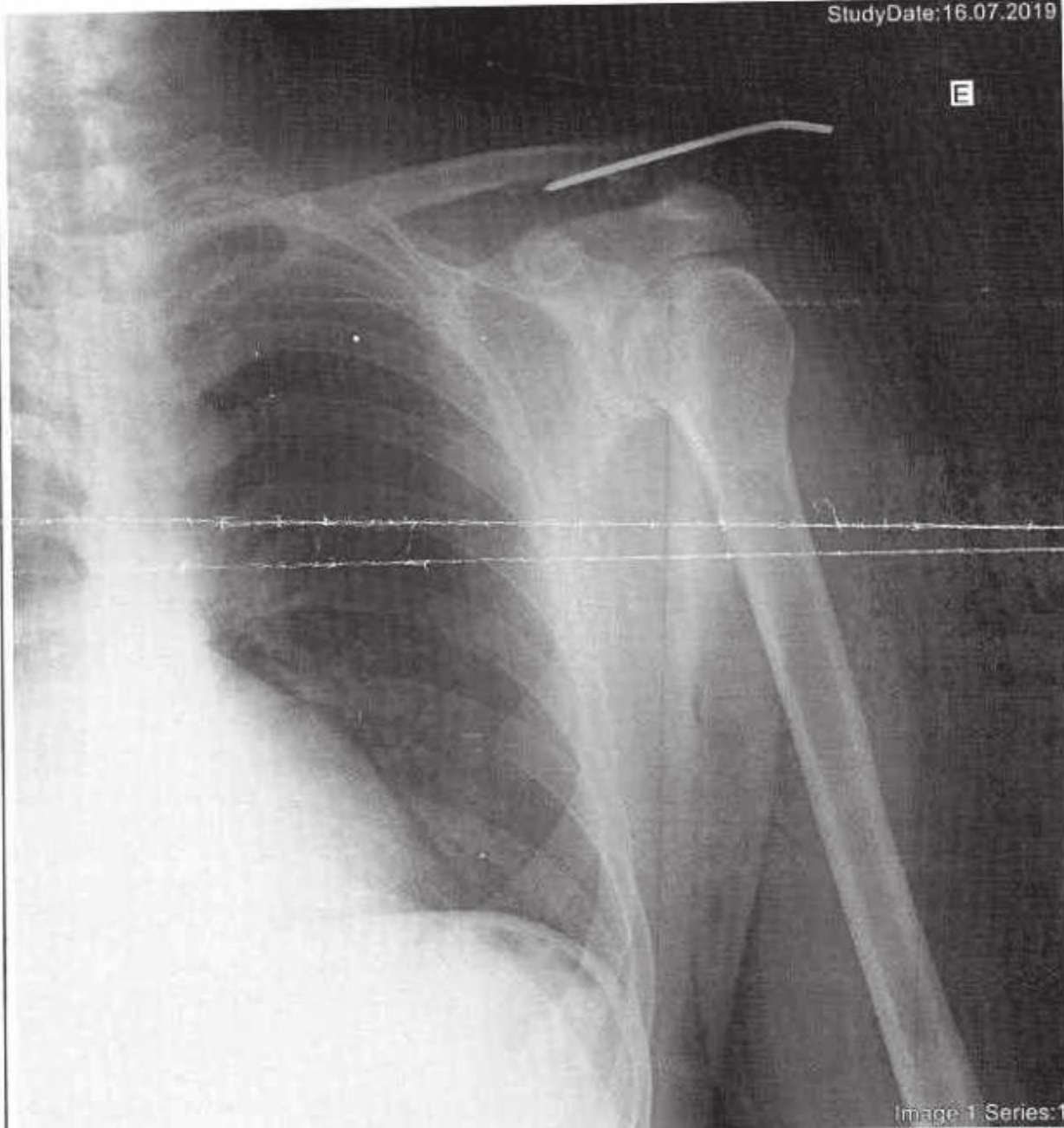
Assinatura do Declarante

PatientID: 000000082454  
PatientName: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

Sex: Masculino  
BirthDate: 15.11.1968  
Age: 50a.

StudyDate: 16.07.2019

E





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Osmar Tributino Pereira  
DATA DE NASCIMENTO 15/11/68  
NOME DA MÃE Maria Cirilo da Conceição

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 116433  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1171815  
DATA DO ATENDIMENTO 20/06/19  
HORA DO ATENDIMENTO 04:03  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular E.  
CID 10 S43.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, Encaminhado do Orttotrauma, com história de acidente de moto, no dia 19/06/19, refere dor em ombro esquerdo, sem outras queixas, glasgow 15, movimenta os 4 membros, dor a palpação em ombro esquerdo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro E  
USG)fast)

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX:luxação acromioclavicular E.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de LAC

ALTA HOSPITALAR: 28/06/19  
DATA DA EMISSÃO: 14/10/19

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

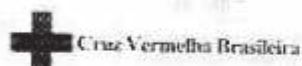
## Documento de Alta

|                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                                                   |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Nome:</b><br>OSMAR TRIBUTINO PEREIRA                                                                                                                                                                                             |                           |                                                   | <b>Número Prontuário:</b><br>116433         |
| <b>Data de Nascimento:</b><br>15/11/1968                                                                                                                                                                                            | <b>Sexo:</b><br>Masculino | <b>Data de Internação:</b><br>20/06/2019 10:03:06 | <b>Data de Alta:</b><br>28/06/2019 06:52:26 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA MEDICA                                                                                                                                                                                               |                           |                                                   |                                             |
| <b>Conduta:</b><br>conduta=ALTA APOS TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA                                                                                                                                     |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resumo da Internação:</b><br>resumoInternacao=Data de Entrada : 20/06/2019,VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DIAGNOSTICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA. REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO POR DR. SANTINO, SEM INTERCORRENCIAS |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resultado de Exames:</b><br>resultadoExames=NO PRONTUÁRIO                                                                                                                                                                        |                           |                                                   |                                             |
| <b>Tratamento:</b><br>tratamento=TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA                                                                                                                                         |                           |                                                   |                                             |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S43.1 - Luxação da articulação acromioclavicular                                                                                                                                                             |                           |                                                   |                                             |
| <b>Recomendações:</b><br>recomendacoes=ORIENTAÇÕES, IMOBILIZAÇÃO, RECEITA MEDICA, CURATIVO DIARIO NO PSF, ATESTADO RETORNO AO LTOP COM DR SANTINO                                                                                   |                           |                                                   |                                             |

  
Dr. João Paulo Souto Casado  
CRM: 11596 - PB

Data: 28/06/2019

JOAO PAULO SOUTO CASADO  
CRM: 11596 - PB  
Dr. Helsenberg Almeida  
DIAZISTA EM EMERGÊNCIA E TRAUMA  
CRM/PB 6229  
CNS: 980016377284148



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1171815



### Identificação do paciente

|                                                                         |                                 |                                                  |                   |            |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------|------------|
| ID<br>1353057                                                           | Nome<br>OSMAR TRIBUTINO PEREIRA |                                                  | Sexo<br>Masculino |            |
| Data de nascimento<br>15/11/1968                                        | Idade<br>50 anos 7 meses 5 dias | Estado civil                                     | Religião          | Prontuário |
| Mãe<br>MARIA CIRILO DA CONCEICAO                                        |                                 | Pai<br>JOAQUIM TRIBUTINO PEREIRA                 |                   |            |
| Escolaridade                                                            |                                 | Responsável (Parentesco)<br>O MESMO - O MESMO(A) |                   |            |
| DDD Celular<br>83                                                       | Celular<br>99987422             | DDD                                              | Telefone          |            |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                       | Número documento<br>1742518     | Nº Cns<br>700004214275505                        |                   |            |
| Local de procedência<br>HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA) |                                 | Tipo<br>UNIDADES SAUDE                           | UF<br>PB          |            |
| E-mail                                                                  | Naturalidade<br>CAMPINA GRANDE  | CBO/R                                            |                   |            |

### Endereço

|                 |                                        |                      |                                |
|-----------------|----------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| CEP<br>58059804 | Município de residência<br>JOAO PESSOA | UF<br>PB             | Logradouro<br>ALGODÃO DA PRAIA |
| Número<br>255   | Complemento                            | Bairro<br>MANGABEIRA |                                |

### Admissão

|                                    |                                                  |                                       |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Data e Hora<br>20/06/2019 04:03:11 | Número da pulseira<br>1000007702470              | Convênio<br>SUS                       |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL    | Clínica                                          |                                       |
| Classificação de risco             | Origem do paciente<br>OUTRA UNIDADE DE SAUDE     |                                       |
| Caráter de atendimento             | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO |

### Indicadores e Transporte

|                                  |                       |                           |               |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não             | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>AMBULANCIA |                       | Quem transportou          |               |

### Sinais Vitais

|              |       |             |
|--------------|-------|-------------|
| PA<br>X mmHg | Pulso | Temperatura |
|--------------|-------|-------------|

### Exames complementares

|                                        |           |          |       |           |        |                    |
|----------------------------------------|-----------|----------|-------|-----------|--------|--------------------|
| Raio X []                              | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos                         |           |          |       |           |        |                    |
| Diagnóstico                            |           |          |       |           |        |                    |
| Atendido por<br>MARCIO MACEDO DA SILVA |           |          |       |           |        | CID                |
|                                        |           |          |       |           |        | Tempo<br>39seg     |

Imprimir

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

Data de nascimento

15/11/1968

Idade

50a 7m 5d

BAE

1171815

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

20/06/2019 04:03:11

CNS

700004214275505

Data Baixa

Telefone de Contato  
(83) 99987422

Prontuário

Mãe

MARIA CIRILO DA CONCEICAO

Endereço

ALGODÃO DA PRAIA, 255

Bairro

MANGABEIRA

Município

JOAO PESSOA

Profissional

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Data/Hora Prescrição

20/06/2019 08:43:20

UF

PB

Nº Cons. Regional

3359/PB

Acidente

VEICULO X MOTO

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Classificação

20/06/2019 04:03:11

## ANAMNESE

PACIENTE PROVENIENTE DO TRAUMINHA, TRAZIDO PELA AMBULANCIA DO HOSPITAL, COM HISTORIA DE COLISAO MOTO X CARRO ÀS 23:30H DO DIA 19/06, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA INGESTA ALCOOLICA. NEGA TCE, VOMITOS, DESMAIO. NO MOMENTO REFERINDO DOR EM OMBRO ESQUERDO. NEGA ALERGIAS. NEGA PATOLOGIAS DE BASE. INFORMA QUE FOI ARREMESSADO APOS COLISAO. AO EXAME: A: VIA AEREA PERVA, SEM COLAR CERVICAL, NEGA CERVICALGIA AO EXAME B: EUPNEICO, TORAX COM EXPANSIBILIDADE SIMETRICA, NAO PALPO CREPTAÇÕES. NEGA DOR A PALPACAO DE ARCOS COSTAIS. C: NORMOCORADO. EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS, ABDOME GLOBOSO, FLACIDO, INDOLOR. PELVE ESTAVEL. D: GLASGOW 15, MOVIMENTA OS 4 MEMBROS E: DOR A PALPACAO DE OMBRO ESQUERDO. AUSENCIA DE LESAO CUTANEA COM SANGRAMENTO ATIVO. AVALIADO NO CHM, ENCAMINHADO AO TRAUMA DEVIDO LESAO EM OMBRO ESQUERDO (VIDE ENCAMINHAMENTO) CD: PRIMEIRO ATENDIMENTO SOLICITO RX DE OMBRO ESQUERDO / FAST / RX DE TORAX PARECER DA ORTOPEDIA OBSERVAÇÃO CIRURGIA GERAL ALTA CIRURGIA GERAL.

→ APÓS REAVALIAÇÃO.

## Conduta

Em observação

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

Walter Luiz B. Alves  
CRM 3359  
CPF: 238.722.854-1WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES  
(: 3359/PB)

Relatório registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 20/06/2019 04:03:50

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

|                                                       |                                          |                                                    |                                             |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Paciente<br><b>OSMAR TRIBUTINO PEREIRA</b>            | BAE<br><b>1171815</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>20/06/2019 04:03:11</b>    | Data Baixa                                  |
| Data de nascimento<br><b>15/11/1968</b>               | Idade<br><b>50a 7m 5d</b>                | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | Telefone de Contato<br><b>(83) 99987422</b> |
| Mãe<br><b>MARIA CIRILO DA CONCEICAO</b>               |                                          | CNS<br><b>700004214275505</b>                      | Prontuário                                  |
| Endereço<br><b>ALGODÃO DA PRAIA, 255</b>              | Bairro<br><b>MANGABEIRA</b>              | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                    | UF<br><b>PB</b>                             |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>REMO SOARES DE CASTRO</b>       | Nº Cons. Regional<br><b>2447/PB</b>         |
| Data/Hora Classificação<br><b>20/06/2019 04:03:11</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>20/06/2019 09:34:59</b> |                                             |

## ANAMNESE

paciente encaminhado de mangabeira com LAC no ombro esquerdo, visto rx e exame físico confirmado, internado para tratamento cirúrgico, colocado imobilização MJ a esquerda.

## ETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

DIETA, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 8/8H  
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA  
TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H  
TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H

## CUIDADOS

SSVV + CCGG

## EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

ICÓSE

REIA

## Conduta

Em observação

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

REMO SOARES DE CASTRO  
(: 2447/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

Data de nascimento

15/11/1968

Idade

50a 7m 5d

BAE

1171815

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

20/06/2019 04:03:11

CNS

700004214275505

Data Baixa

Telefone de Contato  
(83) 99987422

Prontuário

Mãe

MARIA CIRILO DA CONCEICAO

Endereço

ALGODÃO DA PRAIA, 255

Bairro

MANGABEIRA

Município

JOAO PESSOA

Acidente

VEICULO X MOTO

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Profissional

THIAGO FARIAS MENDONÇA FREITAS

Data/Hora Prescrição

20/06/2019 04:37:48

Data/Hora Classificação

20/06/2019 04:03:11

UF

PB

Nº Cons. Regional

10345/PB

## ANAMNESE

PACIENTE PROVENIENTE DO TRAUMINHA, TRAZIDO PELA AMBULANCIA DO HOSPITAL, COM HISTORIA DE COLISAO MOTO X CARRO ÀS 23:30H DO DIA 19/06, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA INGESTA ALCOOLICA. NEGA TCE, VÔMITOS, DESMAIO. NO MOMENTO REFERINDO DOR EM OMBRO ESQUERDO, NEGA ALERGIAS. NEGA PATOLOGIAS DE BASE. INFORMA QUE FOI ARREMESSADO APOS COLISAO. AO EXAME: A: VIA AEREA PERVA, SEM COLAR CERVICAL, NEGA CERVICALGIA AO EXAME B: EUPNEICO, TORAX COM EXPANSIBILIDADE SIMETRICA, NAO PALPO CREPTACOES. NEGA DOR A PALPACAO DE ARCOS COSTAIS. C: NORMOCORADO. EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS, ABDOME GLOBOSO, FLACIDO, INDOLOR. Pelve Estavel. D: GLASGOW 15. MOVIMENTA OS 4 MEMBROS E: DOR A PALPACAO DE OMBRO ESQUERDO. AUSENCIA DE LESAO CUTANEA COM SANGRAMENTO ATIVO. AVALIADO NO CHM, ENCAMINHADO AO TRAUMA DEVIDO LESAO EM OMBRO ESQUERDO (VIDE ENCAMINHAMENTO) CD: PRIMEIRO ATENDIMENTO SOLCITO RX DE OMBRO ESQUERDO / FAST / RX DE TORAX PARECER DA ORTOPEDIA OBSERVAÇÃO

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAMA - FAST

## CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

THIAGO FARIAS MENDONÇA FREITAS  
(CRM: 10345/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 20/06/2019 04:03:50

INTERNO, S/N -  
CNES: 454547 - Tel:Impresso por: JOAO PAULO  
SOUTO CASADO  
Em: 25/06/2019 08:31:42

|                                               |                                               |                                               |                                                 |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nome: <b>WENAR TRIBUTINO PEREIRA</b>          |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1171815</b>      | Data/Hora Entrada<br><b>20/06/2019 04:03:11</b> | Data/Hora Saída             |
| Data de nascimento<br><b>15/11/1968</b>       | Idade:<br><b>50</b>                           | Sexo<br><b>Masculino</b>                      | CNS<br><b>700004214275505</b>                   | Prontuário<br><b>116433</b> |
| Tempo de Internação<br><b>4d 22h 28min</b>    |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                        | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                             |
| Data de Entrada<br><b>20/06/2019 04:03:11</b> | Data Internação<br><b>20/06/2019 10:03:06</b> | Permanência na Unidade:<br><b>5d 4h 28min</b> | Permanência no Leito:<br><b>4d 15h 22min</b>    |                             |

## INDICAÇÃO MÉDICA (JOAO PAULO SOUTO CASADO - 25/06/2019 08:22:57)

EVOLUÇÃO

HISTÓRICO

RELAÇÃO DA EVOLUÇÃO

PORTOPIEDIA

# LAC DE OMBRO ESQUERDO

PACIENTE EVOLUIU SEM QUEIXAS

EM TA DIETA, ELIMINAÇÕES PRESENTES, SONO E REPOUSO PRESERVADOS

EXAM. CIRURGICO OK

EXAM. LABORATORIO OK

AGUARDA AGENDAMENTO

EXAM. VPM

EXAM. POSTO 18 - ENF 14 Leito: LEITO - 001

Assinal responsável pela informação: JOAO PAULO SOUTO CASADO

  
MEDICO  
Número Conselho: 11598



*Dr. João Paulo S. Cavale*  
Nº 11598  
Nº 11598

INTERNO, S/N -  
CNES: 454547 - Tel.:Impresso por: JOAO PAULO  
SOUTO CASADO  
Em: 21/06/2019 06:36:27

|                                        |                                        |                                        |                                          |                                    |
|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|
| Nome: OSAMIR TRISTÃO PEREIRA           |                                        | Boletim de Atendimento<br>1171815      | Data/Hora Entrada<br>20/06/2019 04:03:11 | Data/Hora Saída                    |
| Data de Nascimento<br>15/11/1968       | Idade<br>50                            | Sexo<br>Masculino                      | CNS<br>700004214275505                   | Prontuário<br>115433               |
| Tempo de Internação<br>20h 33min       |                                        | Convênio<br>SUS                        | Plantão<br>NOTURNO                       |                                    |
| Data de Entrada<br>20/06/2019 04:03:11 | Data Internação<br>20/06/2019 10:03:06 | Permanência na Unidade:<br>1d 2h 33min |                                          | Permanência no Leito:<br>13h 27min |

EVALUAÇÃO MÉDICA (JOAO PAULO SOUTO CASADO - 21/06/2019 06:33:20)

EXAME FÍSICO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#LAC DE OMBRO ESQUERDO

PACIENTE EVOLUIU SEM QUEIXAS

ACESSIBILIDADE, ELIMINAÇÕES PRESENTES, SONO E REPOUSO PRESERVADOS

SEM SINAIS DE CIRURGICO

SEM SINAIS

Seção: POSTO 19 - ENF 14 - Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: JOAO PAULO SOUTO CASADO

  
Dr. João Paulo Souto Casado  
MÉDICO  
CRM-PB 11598

Número Conselho: 11598



HOSPITAL DE BASE DE SÃO PAULO

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

SEETSHL

NOME: **OSMAR TRIBUTINO PEREIRA** BE/PRONTUÁRIO: **1171815**  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: **26/6/2019**  
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDO**  
CIRURGIÃO: **DR SANTIN** 1º ASS: **MR2 DANIEL**  
2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO+ SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

| DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO | CID         |
|----------------------------|-------------|
| <b>LAC ESQUERDA</b>        | <b>S420</b> |
|                            |             |
|                            |             |
|                            |             |
|                            |             |
|                            |             |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS                    | CÓDIGO |
|---------------------------------------------|--------|
| <b>TRATAMENTO CIRURGICO DE LAC ESQUERDA</b> |        |
|                                             |        |
|                                             |        |
|                                             |        |
|                                             |        |
|                                             |        |

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_

*Daniel Conserva Arruda*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11194

DATA: **26/6/2019**



## HE E TSHL

Médico/CRM:

João Pessoa,

26/6/2019

[illegible]





| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                      |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                                              |                                                     |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO                                                   |                                                     |
| SERVIÇO NACIONAL DE REGISTRO                                                        |                                                     |
| NOME<br>JOSE EDUARDO DA SILVA                                                       |                                                     |
|   | DOC. IDENT. N.º - ONE (NÚMERO DE)<br>1054562 SSP TO |
|                                                                                     | CPF<br>455.535.024-91                               |
|                                                                                     | DATA NASCIM.<br>02/04/1967                          |
|                                                                                     | END.<br>JOSEFA GERVASIO DA SILVA                    |
|  | PERMISSÃO<br>0000000000000000                       |
|                                                                                     | REC.<br>000000                                      |
|                                                                                     | CLASS.<br>00                                        |
|                                                                                     | DATA<br>10/11/2014                                  |
| N.º REGISTRO<br>00724153182                                                         |                                                     |
| DATA REGISTRO<br>06/04/1969                                                         |                                                     |
| CAPACIDADE<br>A                                                                     |                                                     |
| LOCAL<br>JOAO PESSOA, PB                                                            |                                                     |
| DATA REGISTRO<br>11/11/2014                                                         |                                                     |
| Assinatura: <i>Rodrigo Carneiro</i>                                                 |                                                     |
| 50378988469                                                                         |                                                     |
| PB023542609                                                                         |                                                     |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO                                                   |                                                     |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190669806 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSMAR TRIBUTINO PEREIRA **Data do acidente:** 20/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 11/12/13/17\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190669806 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSMAR TRIBUTINO PEREIRA **Data do acidente:** 20/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 11/12/13/17\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Osmar Tributino Pereira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão regente, residente e domiciliado à Rua Algodão da Praia, nº 514, bairro mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep. 530.886.624-49, portador(a) do Rg nº 174.2513, SSP/ PB e CPF nº 530.886.624-49.

**Outorgado:** Abraão Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. F. A. Costa Queiroz, nº 157, bairro mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 53.056-384, portador (a) do RG nº 10.54.562, SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Osmar Tributino Pereira, ocorrido em 20.10.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imobiliária.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 20 de Novembro de 2019.

**CARTÓRIO**  
**DE**  
**NOTARIADO**  
**DE**  
**JOÃO PESSOA**

Osmar Tributino Pereira  
Outorgante  
CPF Nº 530.886.624-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**CARTÓRIO**  
**DE**  
**NOTARIADO**  
**DE**  
**JOÃO PESSOA**

**2º OFÍCIO DE NOTAS**  
Bel. Romão Vieira Batista - Titular  
Rua São Romão, 20 - Araújo - 53011-000 - João Pessoa - PB  
CPF: 160.84.117-00

**RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-058435**  
Reconheço por autenticidade a firma de:  
**OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**

Dou fe, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 20/11/2019 15:27:40  
EMOL: R\$ 9,01 FEPJ: R\$ 1,06 FARPEN: R\$ 0,29 IBO: R\$ 0,00  
SELO DIGITAL: AJK01210-GBME  
Confira a autenticidade em <https://recon.digital.tpb.joao.pb.gov.br>

**ALGERLAINE FELIX FERNANDES - ESCRIVENTE AUTORIZADA**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426960/19

**Vítima:** OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

**CPF:** 530.886.624-49

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 20/06/2019

**Titular do CPF:** OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### OSMAR TRIBUTINO PEREIRA : 530.886.624-49

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](http://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: 02/12/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO