



Número: **0834288-60.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **01/07/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELVIS SANTOS DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32704 942	28/07/2020 10:08	2737363_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200132170

Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELVIS SANTOS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15666349

Pag. 00511/00512 - carta_01 - INVALIDEZ

00020256





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200132170 Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELVIS SANTOS DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00635/00636 - carta_03 - INVALIDEZ

00040318



Carta nº 15667258





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200132170

Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELVIS SANTOS DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ELVIS SANTOS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004823

Conta: 000006714-5

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: 073.040.634-71 4 - Nome completo da vítima: Elvis Santos da Silva

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

5 - Nome completo: Elvis Santos da Silva 6 - CPF: 073.040.634-71

7 - Profissão: Caravateiro 8 - Endereço: Av. Belo Horizonte 9 - Número: 150 10 - Complemento:

11 - Bairro: Boa Esperança 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58078-432

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

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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4823 ☐ CONTA: 06714 ☐ 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 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) ☐ Divorçado ☐ 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 - _____
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, _____

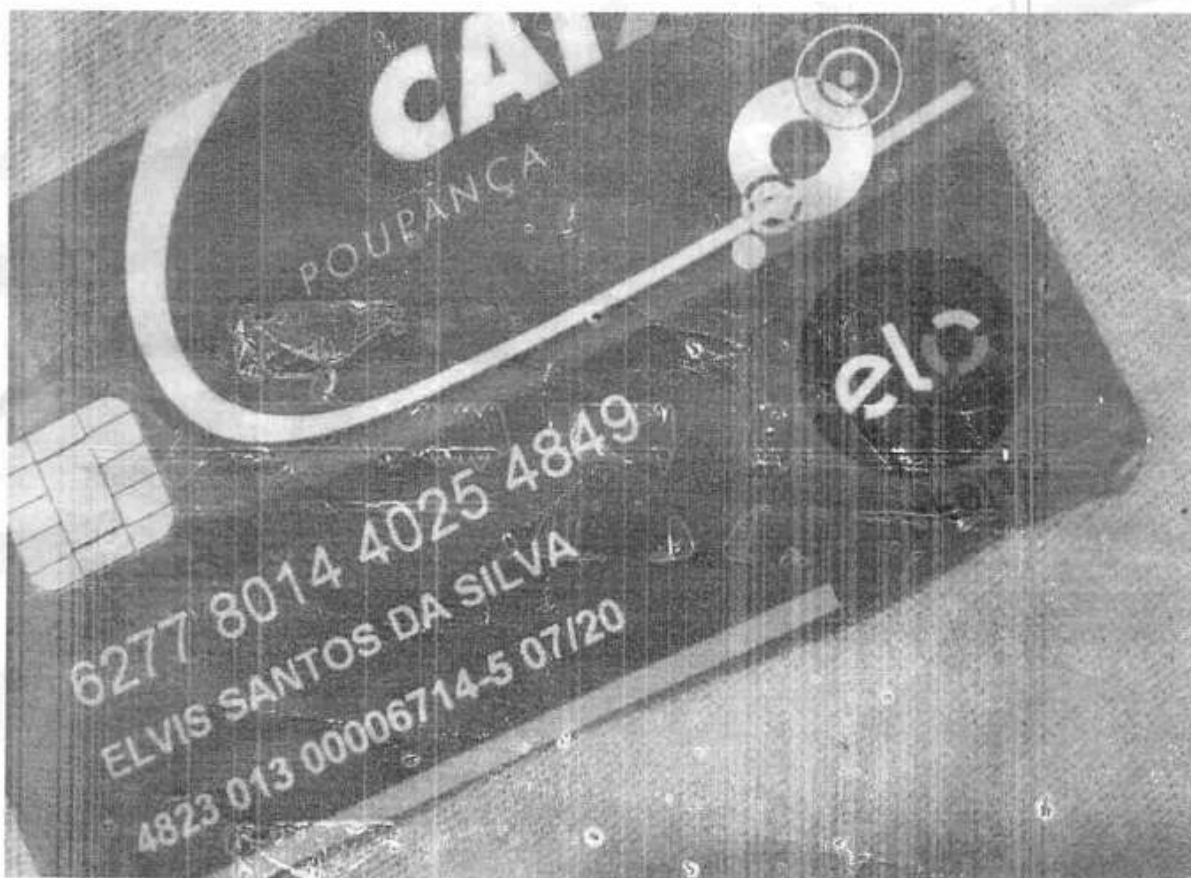
X Elvis Santos da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02962.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02962.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:42 horas do dia 18 de março de 2020, 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 **Elvis Santos da Silva**, CPF nº 071.040.634-71, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Lavador, filho(a) de Maria do Carmo Barbosa dos Santos e José Marques Moreira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/04/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Belo Horizonte, Nº 687, complemento CASA, bairro Planalto Boa Esperança, tendo como ponto de referência Kipreço, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98836-7416.

Dados do(s) Fatos:

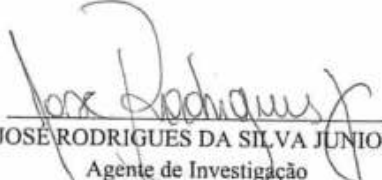
Local: Rua Abelardo Targino da Fonseca, Proximo a Faça Festa, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/01/20 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

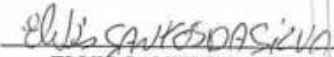
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 04/01/2020, POR VOLTA DAS 06:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA XRE DE COR VERMELHA, ANO 2010, PLACA MOW-6624/PB, CHASSI 9C2ND0910AR023212, NA RUA ABELARDO TARGINO DA FONSECA, GEISEL, NESTA CAPITAL, QUANDO AVANÇOU UM CRUZAMENTO, VINDO A SOFRER UMA COLISÃO POR OUTRA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S96, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EDUARDO PAZ LYRA.

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, 18 de março de 2020.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


ELVIS SANTOS DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 02962.01.2020.1.00.401



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: 073.040.634-71 4 - Nome completo da vítima: Elvis Santos da Silva

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

5 - Nome completo: Elvis Santos da Silva 6 - CPF: 073.040.634-71
7 - Profissão: Caravaleiro 8 - Endereço: Av. Belo Horizonte 9 - Número: 150 10 - Complemento:
11 - Bairro: Boa Esperança 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58078-432
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$1.000,00 ☐ 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 (Somente 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: 4823 ☐ CONTA: 06714 ☐ 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 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) ☐ Divorçado ☐ 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

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: 073.040.634-71 4 - Nome completo da vítima: Elvis Santos da Silva

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

5 - Nome completo: Elvis Santos da Silva 6 - CPF: 073.040.634-71
7 - Profissão: Caravaleiro 8 - Endereço: Av. Belo Horizonte 9 - Número: 150 10 - Complemento:
11 - Bairro: Boa Esperança 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58078-432
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$1.000,00 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 (Somente 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: 4823 ☐ CONTA: 06714 ☐ 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 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) ☐ Divorçado ☐ 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

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, _____

X Elvis Santos da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	29/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELVIS SANTOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000006714-5

Nr. da Autenticação 27259E9EA8CA004E





Lógica MÓDULO
 Códigos RES MCB / RESCENCIAL - JUNA REICA
 Roteiro 14-5-160-2502 Referência Rev 1/2020
 Medida: 0009209972 Emissão: 20/03/2020

248 RUSSELL RD. #100, NEWTON, MA 02459-1004
 Tel: 617-552-3333, Fax: 617-552-3334, E-mail: info@newton.com
 Web: <http://www.newton.com>

Senza Pagamento Contratto Energia Elettrica 24/24 252.010
Chiamata con Ditta Automatica: 0600222338

Fev / 2020

20/02/2020

23/03/2020

563.552.494-34

Page 50

UC (Unidade Consumidora):

859338-6

• Tarifa Social de Energia Elétrica: TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de set. de 2002.

Date	Leitura	Data	Leitura	1	111	29
20/01/20	100000	20/01/20	100000			

Cód.	Descrição	Valor	Tributos (IPI, ICMS e ICM)		Valor de Venda		Valor de Venda	
			Tributos (IPI, ICMS e ICM)		Valor de Venda		Valor de Venda	
0201	Consumo até 20 kWh-Br	30,00 0,268290	8,64	8,04 27	2,17	8,04	0,57	0,32
0201	Consumo: 31 a 100 kWh-Br	70,00 0,459940	32,18	32,18 27	8,89	10,18	0,80	1,24
0201	Consumo: 101 a 220 kWh-Br	11,00 0,888990	7,68	7,68 27	2,94	12,32	0,51	0,93
0201	Ass. B. Armazém		0,99	0,99 27	0,10	0,99	0,00	0,01
0210	Subtotal		37,69	37,69 27	12,15	27,99	0,38	1,80
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
9257	CONTRE SERV. LAMPODECA		1,80	0,00 0	3,00	0,00	0,00	0,00
9254	JURISDIÇÃO 01/2020		3,00	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00
9205	MULTA 01/2020		1,21	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00
9294	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-OMC	372319	-23,89	0,00 0	2,90	2,90	0,00	0,00
9292	PL. C. C. MONETARIA 01/2020		0,01	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00
9206	Desenvolvimento Subtotal		-22,48	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCB - Código de Classificação do Item	TOTAL	SEDE	35,70	29,15	64,75	0,00	0,75
Tarifa de Transmissão Até 500kVh 0,181720	Até 100kVh 0,115620	Até 220kVh 0,467720					

Medicamento: 4210101	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
42	02/03/2020	R\$ 63,36

93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Feb/10	Mar/10	Apr/10	May/10	Jun/10	Jul/10	Aug/10	Sep/10	Oct/10	Nov/10	Dec/10	Jan/11	Feb/11	Mar/11	Apr/11	May/11	Jun/11	Jul/11	Aug/11	Sep/11

RESERVADO AO FISCO
4e1c 5f05 e044 fe8c e30f 0e34 836a 4823

Composição do Consumo			
Discriminação	Valor (R\$)	W	
Vigorante em Data de Emissão de B	12,00	39,13	
Composto de Energia	15,06	25,03	
Setor de Transmissão	1,01	2,62	
Setor de Distribuição	1,01	2,62	
Setor de Geração	31,98	49,60	
Outros Serviços	0,00	0,00	
Total	60,76	100,00	

Yigang et al. *Journal of Inequalities and Applications*

ATENÇÃO

- Se a unidade for Mirada Bora a Freixo, terá um desconto em R\$ 25,45
- Leitura confirmada

Estudo em alface



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Fuente para simples pagamento da nota fiscal alguma de empresa eletrônica N° 039.214.562



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680

CNPJ 29.095.183/0001-40 Insc.Rst. 15.515.223-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

FEV/2020

APRESENTAÇÃO

18/02/2020

CONSUMO

276

VENCIMENTO

27/02/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 229,52

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL					
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/02/2020					
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45					
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000					
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago	
31502440008616123	001698281202002	27/02/2020	R\$ 229,52		
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					



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 10:08:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810082144400000031321353>

Número do documento: 20072810082144400000031321353



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 63 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 51 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/SIBUC/TECAV2B/DOCDORIGINAL.ASPX?TIPO=18;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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 453.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elvis Santos da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.040.634-73

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Elvis Santos da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.040.634-73, 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 LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Caso cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Número:	Agente Fiscal José C. Duarte	Número:	157	Complemento:	
Cidade:	Maracá	Estado:	PA	CEP:	58056-384
mail:				Tel. (DDD):	(83) 9866-3490

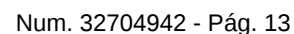
Local e Data: João Pessoa - PB, 23 março 2020

Assinatura do Declarante





Este documento destina-se à complementação do atendimento hospitalar para DM, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO.





REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURI

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

EDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ELVES SANTOS DA SILVA

Num. Prontuario: 2020.01.000339

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 071.040.634-71

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 32179248 Fone: 988076693

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/04/1995 Id: 24 ano(s)

End.: AVENIDA NATAL, 365

Bairro: PLANALTO BOA ESPERANCA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DO CARMO MOREIRA DOS SANTOS

Paí: JOSE MARCOS MOREIRA DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: IRMAO - SEVERINO

T. Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

TRAUMA EM MID

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Condução

Prescrição

Horario da medicacao



[illegible]

REALIZADO:

() Transferido () Desistência () U.T.I
() Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

Assinatura e Carimbo do Médico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Edilson Santos da Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>17/01/20</u>	Cirurgião: <u>Dr. Alina</u>			1º Assistente: <u>Dr. Renato Almeida</u>	
2º Assistente: <u>Dr. Francisco</u>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Lesão dos tendões extensores do 1º D</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>0</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Terapia da tendão extensor comunhão do 1º D</u>					
<u>Tendão do tendão do extensor longo do Hallux + tendão anterior</u>					
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					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Elvete Soares da Silva Data da Admissão: _____
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ L
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: Fluoreto em água + m

HDA: Prontuário com 20 de 205
de 16

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] E
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêm
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aume

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

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

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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx*Hipóteses Diagnósticas: *Ligam do tornozelo*Conduta: *De bloco curativo*

Dr. Carlos Tinguá da S. Soares
Endereço: Rua da Loggia
Cidade: João Pessoa - PB
CEP: 58056-384
Telefone: (33) 3331-1336

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Posição e Preparo:	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
1) Paciente em D.O.H. sob anestesia.	
2) Anestesia + antiseptia + punção de garoto.	
3) Afecção do canal.	
Incisão:	
4) Incisão e ferimento existente, a face anterior.	
Achados:	
5) Lesão de diversos tendões extensores do pé.	
Conduta:	
6) Desbridamento.	
7) Tensão da tendão extensor comum do pé.	
8) Tensão da tendão do extensor longo do hálux com tira.	
9) Limpeza com SFO 1%.	
10) Sutura por planos.	
Fechamento:	
11) Curativos externos.	
12) Alta - Nota e guia.	
OBS:	

Data: 17/01/2020

Dr. Francinello Freitas
Médico
CRM PB 9603
GNS 703404579047
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1214400

PACIENTE: ELVES SANTOS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 12.04.95

Data e Hora do Atendimento: 04.01.20

Horário: 8:16h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de ferimento corto-contuso no 1/3 distal da perna direita com desvio da linha media, abrasões no pé esquerdo, dor no ombro direito. Atendido pelo Dr. Glivando Carneiro Leal CRM 2489, Dr. Daniel B. Cavalcante CRM 9248.

DIAGNÓSTICO INICIAL: LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR COMUM DOS DEDOS
CID 10 S 96 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, Rx da perna direita AP e Perfil e encaminhamento para o ORTOTRAUMA conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR: Em 04.01.20 às 10:12h

Data da Emissão: 18.05.20


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/NETSHE
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





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: 1214400



Identificação do paciente

172849	Nome ELVES SANTOS DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 2/04/1995	Idade 24 anos 8 meses 23 dias	Estado civil Religião Prontidão
Mãe ARIA DO CARMO BARBOSA DOS SANTOS	Pai JOSE MARCOS MOREIRA DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SEVERINO TENORIO DE ANDRADE	
DD Celular 3	Celular 988076693	DDD Telefone
po documento PF	Número documento 07104063471	Nº Cns
Local de procedência RNESTO GEISEL	Tipo BAIRRO	UF PB
mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

EP 8065042	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro NATAL
Número 65	Complemento	Bairro PLANALTO BOA ESPERANÇA	

Admissão

Data e Hora 4/01/2020 08:16:03	Número da pulseira 1000007182265	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Assessoria policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Feito de transporte AMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Saia X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Exames clínicos

Ator, consiente, orientado, sem
lesões - OK

Diagnóstico	CID
Atendido por TARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	Tempo 01min 05s

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
ELVES SANTOS DA SILVA
Data de nascimento
12/04/1995
Idade
24a em 23d
Sexo
Masculino

BAE
1214400
Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
04/01/2020 08:16:03
CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 988076693
Prontuário

Mãe
MARIA DO CARMO BARBOSA DOS SANTOS

Endereço
NATAL, 365

Bairro
PLANALTO BOA ESPERANÇA

Município
JOAO PESSOA

Acidente
MOTO X MOTO

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Profissional
GILVANDO CARNEIRO LEAL

Data/Hora Prescrição
04/01/2020 08:52:28

UF
PB
Nº Cons. Regional
2489/PB

Data/Hora Classificação
04/01/2020 08:16:03

ANAMNESE

PACIENTE REFERINDO QUEDA DE MOTO APÓS COLISÃO COM OUTRA MOTO, FERIMENTO E DOR EM PERNA DIREITA, IMPOSSIBILIDADE DE FIRMAR-SE EM PÉ APOIADO NO MID. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, OUTRAS QUEIXAS, COMORBIDADES E ALERGIAS. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO PROFUNDO EM TERÇO DISTAL DA PERNA DIREITA COM DESVIO DA LINHA MÉDIA (FRATURA EXPOSTA), ABRASÕES EM PÉ ESQUERDO, DOR DISCRETA EM OMBRO DIREITO. MOBILIDADE DOS MMSS E MMII PRESERVADA. TÓRAX E ABDOME: NDN CONDUTA: ANALGESIA + EXS. RADIOL + ALTA DA CIRURGIA + PARECER DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 10 ML DE AD)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 10 ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

S82.3 - Fratura da extremidade distal da tibia

Conduta

Em observação

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 04/01/2020 08:17:08



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 10:08:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810082144400000031321353

Número do documento: 20072810082144400000031321353



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada
ELVES SANTOS DA SILVA	1214400	04/01/2020 08:16:03
Data de nascimento	Idade	Sexo
12/04/1995	24a 8m 23d	Masculino
Mãe		CNS
MARIA DO CARMO BARBOSA DOS SANTOS		
Endereço	Bairro	Município
NATAL, 365	PLANALTO BOA ESPERANÇA	JOAO PESSOA
Acidente	Motivo	Profissional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL BRAGA CAVALCANTE
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição
04/01/2020 08:16:03		04/01/2020 10:12:30

ANAMNESE

PACIENTE REFERINDO QUEDA DE MOTO APÓS COLISÃO COM OUTRA MOTO, FERIMENTO E DOR EM PERNA IMPOSSIBILIDADE DE FIRMAR-SE EM PÉ APOIADO NO MID. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, OUTRAS QUEIXAS. ALERGIAS. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO PROFUNDO EM TERÇO DISTAL DA PERNA DIREITA C-MÉDIA (FRATURA EXPOSTA), ABRASÕES EM PÉ ESQUERDO, DOR DISCRETA EM OMBRO DIREITO. MOBILIDADE PRESERVADA. TÓRAX E ABDOME: NDN CONDUTA: ANALGESIA + EXS. RADIOL. + ALTA DA CIRURGIA + PAREC (04/01/2020 08:52:28 GILVANDO CARNEIRO LEAL)

==ORTOPEDIA== PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO CONTUSO DE TORNOZELO DIREITO, COM LESÃO TENDÍNEA. RX SEM FRATURAS. HD: LESÃO TENDÃO EXTENSOR COM CURATIVO + ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO. (04/01/2020 10:12:30 DANIEL BRAGA CAVALCANTE)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: ☐ CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVA: ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA
CURATIVO

CID10

S62.3 - Fratura da extremidade distal da tíbia

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Enfermeiro

Dr. Daniel B. Cavalc
Ortopedia e Traumat
CRM-PP 9248

DANIEL BRAGA CAVALCA
(CRM: 9248/PB)





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ELVES SANTOS DA SILVA	Data de Nascimento	12/04/1995	Idade	24a 8m 23d	Sexo	MASCULINO	Nº	1214400	Nº Prontuário		Data Prescrição	04/01/2020 08:52:28
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição 04/01/2020 08:52:00 - 05/01/2020 08:52:00												

Convenio	SUS	Matrícula		Data da entrada:	04/01/2020 08:16:03	Data da Internação:		Permanência na	36min	Permanência no	
----------	-----	-----------	--	------------------	---------------------	---------------------	--	----------------	-------	----------------	--

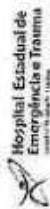
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação do Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-----	------------

1	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação: DILUIR EM 10 ML DE AD	E.V.		AGORA
2	CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0	ML	Observação: DILUIR EM 10 ML DE AD	E.V.		AGORA

Reimpresso por:
dia:

GILVANDO CARREIRO LEAL
CRM: 2489

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento		Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
ELVES SANTOS DA SILVA		12/04/1995		24a 8m 23d	MASCULINO	1214400		04/01/2020 10:12:30
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição				
				04/01/2020 10:12:00 - 05/01/2020 10:12:00				
Convênio		Matrícula		Senha				
SUS								
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 CURATIVO		0,0						
Data da entrada:		Data da Internação:		Permanência na		Permanência no		
04/01/2020 08:16:03		04/01/2020 08:16:03		1h 56min				

Reimpresso por:

Dr. Daniel B. Cavalcante
CRM: 9248
Especialista em Traumatologia

DANIEL BRAGA CAVALCANTE
CRM: 9248

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



SEGRE
o trabalho

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
ELVES SANTOS DA SILVA	24A 8M 23D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1214400	04/01/2020 08:16:03	
Convênio	Leito	Clínica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		36min
		Permanência no Leito

Parecer médico	Profissional
Especialidade	
ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 04/01/2020 08:52:05
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA D	
Parecer	Data de Resposta:

Gilvando Carneiro Leal
Cirurgia Geral - CRM 2489



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

201.31395.09-7

0413870 0050 PB

Chô Santos de Silva
ASSINATURA DO TITULAR

03 6



ELVES SANTOS DA SILVA

FILIAÇÃO..... JOSÉ MARCOS MOREIRA DA SILVA
MARIA DO CARMO BARBOSA DOS SANTOS

NASCIMENTO..... 12/04/1995 SEXO..... MASCULINO

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO..... R.G. 3279248 SSDS PB 15/04/2012

LEI Nº 9.349, DE 16 DE MAIO DE 1996

CPF..... 071 040.634-71 CNH.....

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 13/04/2015

Rodolfo Ramalho Costa
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA EM: SRTE/PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 REGISTRO NACIONAL DE VEÍCULOS

JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

JOAO PESSOA, PB

11/11/2014

6037898149
7802545609

1009001575



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200132170 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 04/01/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO COM LESÃO EM TENDÕES EXTERNOS NO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.4,7)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS 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 LEVE 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 leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200132170 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 04/01/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO COM LESÃO EM TENDÕES EXTERNOS NO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.4,7)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS 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 LEVE 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 leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Elvis Santos da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Lavador, residente e domiciliado à Rua Av. Bêta Horizonte, nº 687, bairro Valentim, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep.: 55052-384, portador(a) do Rg nº 3279248, SSP/ PB e CPF nº 071.040.634-71.

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte, nº 157, bairro Mangabeiras, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep.: 55052-384, portador (a) do RG nº 1054562, 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) Elvis Santos da Silva, ocorrido em 04/01/20, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidiz.

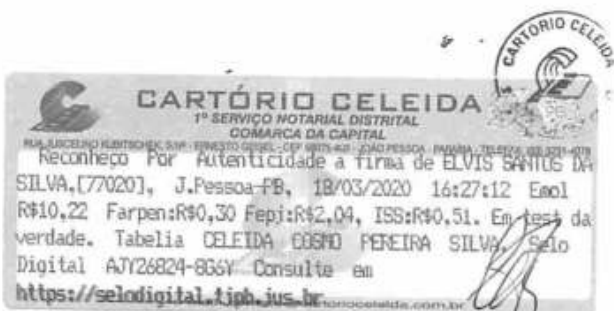
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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, 18 de março de 2019.

Serviço
Distrital

Elvis Santos da Silva
Outorgante
CPF nº 071.040.634-71

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103711/20

Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA

CPF: 071.040.634-71

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 04/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELVIS SANTOS DA SILVA

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

ELVIS SANTOS DA SILVA : 071.040.634-71

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: 26/03/2020
Nome: ELVIS SANTOS DA SILVA
CPF: 071.040.634-71

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ELVIS SANTOS DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103711/20

Número do Sinistro: 3200132170

Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA

Data do acidente: 04/01/2020

CPF: 071.040.634-71

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELVIS SANTOS DA SILVA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 22/05/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

