
Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ELIAS ALVES DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180336568**

Vitima: **ELIAS ALVES DE SOUZA**

Data do Acidente: **24/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180336568**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ELIAS ALVES DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180336568**

Vitima: **ELIAS ALVES DE SOUZA**

Data do Acidente: **24/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180336568**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ELIAS ALVES DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180336568**

Vitima: **ELIAS ALVES DE SOUZA**

Data do Acidente: **24/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180336568**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180336568 **Vítima: ELIAS ALVES DE SOUZA**

Data do Acidente: 24/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIAS ALVES DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 tornozelo 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: **ELIAS ALVES DE SOUZA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001909**

Conta: **0000038652-5**

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.

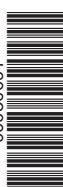
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

191-230-604-25

Nome completo da vítima

Elias Alves de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Elias Alves de Souza	CPF titular da conta	191-230-604-25	Profissão	APOSINTAVO
Endereço	RUA SANTA ROSA	Número	5100321	Complemento	CASA
Bairro	CENTRO	Cidade	BATEUX	Estado	PARAIBA
Email				CEP	58300000
				Telefone (DDD)	83-98840 7085

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

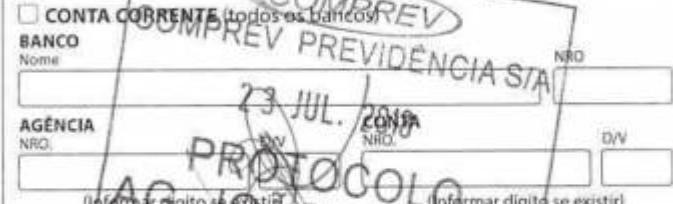
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

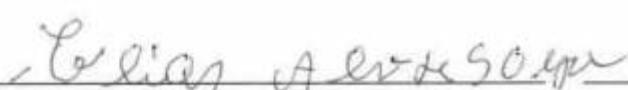
AGÊNCIA NRO. 2909 D/V 38652 CONTA NRO. 5
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)



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

José Pessoa, 23 de Julho de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01368.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 01368.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:30 horas do dia 20 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Elias Alves de Souza**, CPF nº 191.230.604-25, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Maria das Merces Alves de Souza e Davi Alves de Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 18/01/1941 (77 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Rosa, Nº 121, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa da Cidadania, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99109-8164.

Dados do(s) Fatos:

Local: Igreja Batista, Bayeux/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/02/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

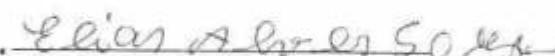
QUE, segundo o notificante, no dia 24/02/2018, por volta das 22:00 horas, quando transitava pela rua Pedro Ulisses, centro da cidade de Bayeux PB; QUE, segundo o notificante caminhava pela rua junto com mais dois amigos, quando um motoqueiro que vinha empinando o veículo tipo motocicleta HONDA /XR 250 TORNADO, ano e modelo:2005 de cor vermelha, registrado em nome de Thiago Manoel; QUE segundo o notificante não sabe identificar o nome do piloto, mas que este ao empinar o veículo (moto) perdeu o controle e acabou por atropelar ao notificante e os dois companheiros, mas que no entanto o caso mais grave foi com o notificante, que ficou caído ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO N° 0931/2018, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 06/07/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.

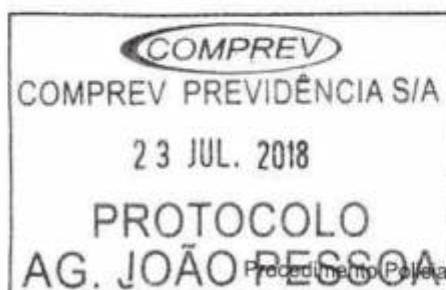
João Pessoa/PB, 20 de julho de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação


ELIAS ALVES DE SOUZA

Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01368.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01368.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:30 horas do dia 20 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Elias Alves de Souza, CPF nº 191.230.604-25, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Maria das Mercês Alves de Souza e Davi Alves de Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 18/01/1941 (77 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Rosa, Nº 121, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa da Cidadania, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99109-8164.

Dados do(s) Fatos:

Local: Igreja Batista, Bayeux/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/02/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

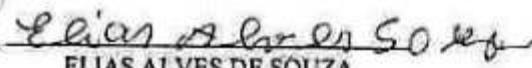
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 24/02/2018, por volta das 22:00 horas, quando transitava pela rua: Pedro Ulisses, centro da cidade de Bayeux PB: QUE, segundo o notificante caminhava pela rua junto com mais dois amigos, quando um motoqueiro que vinha empinando o veículo tipo motocicleta HONDA /XR 250 TORNADO, ano e modelo:2005 de cor vermelha, registrado em nome de Thiago Manoel: QUE segundo o notificante não sabe identificar o nome do piloto, mas que este ao empinar o veículo (moto) perdeu o controle e acabou por atropelar ao notificante e os dois companheiros, mas que no entanto o caso mais grave foi com o notificante, que ficou caído ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0931/2018, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 06/07/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 20 de julho de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ELIAS ALVES DE SOUZA
Noticiante



assinatura da
autoredade policial

Registro eletrônico

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ELIAS ALVES DE SOUZA

CPF da Vítima

191.130.604-25

Data do Acidente

24-02-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

83 9 8840-7085

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

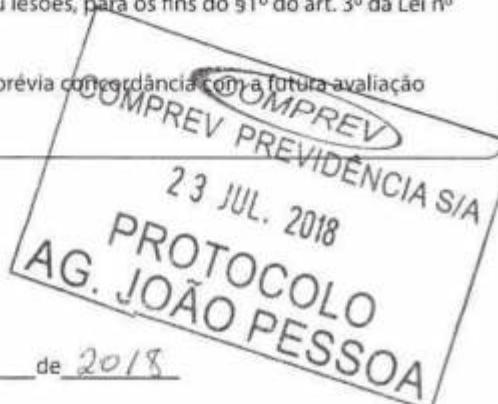
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha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

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

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

JOÃO PESSOA, 23 de JULHO de 2018

Local e Data



Elias Alves de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Cláusica, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 807/031, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1992352, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ELIAS ALVES SOUZA** idade 77 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento p/moto)** no dia 24/02/2018, na R. Pedro Ulisses, Bairro: Centro - Bayeux - aproximadamente às 22:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 11 de Julho de 2018.

Alisson Monte
SAMU 192
Matr. 619235

Jefferson da Rocha Augusto
Número: 67.155-6

Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



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: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIAS ALVES DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

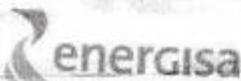
CONTA: 000000038652-5

Nr. da Autenticação A63237AB2E7365CB

MARINALDO CANDIDO DE SOUSA
RUA SANTA ROSA, SIN/ Q3 LT 1 - CENTRO
BAYEUX / PB CEP: 58300002 (AG: 1)

Emissão: 15/06/2018 Referência: Jun / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B230, Km 25 - Custo Redutor - João Pessoa / PB - CEP 50071-880
Rotero: 8-B-842-5020 NP medidor: 00009998497



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rodovia Presidente João Pessoa / PB - CEP 50071-880
CNPJ 09.005.183/0001-40 Inscrição Estadual: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°008.051.639
Cód. para Débito Automático: 90014548487

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jun / 2018	15/06/2018	17/07/2018	95169890478 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1454845-7

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.428, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Data	Lectura	Atual	Data	Lectura	Constante	Consumo		Dias							
							T	185								
Demonstrativo																
Quantidade (kWh) Valor Base Cál. ISE ICMS/IPI IPI Cál. PIS/PDI Cofins/PDI																
0801 Consumo 0 a 30kWh-BR	30.000	0,249450	7,48	7,48	27	2,02	7,48	0,08	0,31							
0801 Consumo 31 a 100kWh-BR	70.200	0,476200	29,93	29,93	27	8,00	29,93	0,27	1,24							
0801 Consumo 101 a 220kWh-BR	85.000	0,641420	54,52	54,52	27	14,72	54,52	0,48	2,28							
0801 Adic. B Amarela		0,82	0,92	0,92	27	0,25	0,92	0,01	0,03							
0801 Adic. B Vermelha		4,76	4,76	4,76	27	1,38	4,76	0,04	0,20							
0810 Subsídio		45,23	45,23	27	12,21	45,23	0,41		1,88							
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS																
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA		7,86	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00								
0803 CUSTO DE EMISSÃO DE 2ª VIA 04/2018		2,79	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00								
0808 Devolução Subsídio		30,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00								

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



14

CERTIDÃO

Nº. 0931/2018

Atendendo solicitação de **ELIAS ALVES DE SOUZA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº105732 e Prontuário de Nº 2018.02.3515, pertencentes ao mesmo que foi atendido dia 24/02/2018 às 22H59min, vítima de atropelamento, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura 1/3 distal dos ossos da perna direito, realizado cirurgia dia 14/03/2018 e alta médica dia 15/03/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araujo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 06 de julho de 2018

Dr. Rossana de Fátima de A. Barbosa
Clínica Médica UTI
CRM/PB 3533
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB3533



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 105732 Attd: Nao Regulad
Data: 24/02/2018
Hora: 22:59:49
Recepctionista: EWERTON MORAIS DOS SAN
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: ELIAS ALVES DE SOUSA Num. Prontuario: 2018.02.003515

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987900646

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 24/02/1944 Id: 74 ano(s)

End.: RUA PEDRO ULISSES, 0

Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF :PB

Mae: NAO INFORMADO

Pai: NAO INFORMADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: APOSENTADO Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ATROPELAMENTO POR MOTO AS 20:00 PROX A RESIDENCIA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[X] Regular [] Chocado
[] Vomito		

Coxa Principal

V. MA DE ATROPELAMENTO , NEGA DESMAIO E VOMIRO NEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS
(SIC) / SAMU

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Pacient vitima de ato violento
atropelamento em x (P)

Diagnóstico

Prescrição

CD: Suscito rx
AV + exame AG.
PROTOCOLO
Dra. Edson B. Tinoco
ORTOPEDICO, TRAUMATOLOGIA
CHURGIA DA MÃO E MICROURGIA
CIMA-PB 7142

23 JUL. 2018
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
JOÃO PESSOA
Clem 0955

09(M) Psicologia

03
18 No momento paciente consciente, orientado, receptivo ao atendimento, discursava coherente, relatando desprendimento que levou a fratura de tibia. Aguarda medicamento e pele. Estável emocionalmente. Acompanhado por neta. Frio apreço Y.

Alana Gomes
Psicóloga
CRP-11/14469

AS

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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



Ingrid Jamille Borboira de Souza

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 24/10/18

Nome: Elize Alves Soárez Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Dor em perna D

HDA: Alegramento per mto.

Tensão perna D

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]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: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____ *Extensão tibial direita*Conduta: _____ *Internamento*

D.F. Edson D. TAVOCO
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
CLÍNICA DA SAÚDE E MEDICINA DO TRABALHO
CRA-PR 722



Nome: ELIAS ALVES DE SOUSA				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: 14 / 03 / 2018	Cirurgião: <i>Dr. THÁLES COUCEIRO</i>				
1º Assistente: <i>Dr. Leonardo R2</i>	2º Assistente: Dra. Laiana R1				
Anestesista:	Instrumentador:				
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO CID <i>Fratura do 1/3 distal dos ossos da perna dir.</i>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO CID <i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) CÓDIGO <i>Osteossíntese de Tíbia e fibula</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva: Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

INCISÃO LONGITUDINAL FACE ANTERO LATERAL E LATERAL DA PERNAS DIREITA

Achados:

FRATURA TERÇO PROXIMAL DA TIBIA E FIBULA DIREITA

Conduta:

Realizado manobra de redução aberta em fratura da fibula direira com auxílio de intensificador de imagem;

Aposição de placa 1/3 de cano 09 furos + 06 parafusos corticais;

Aposição de placa em T bloqueada + parafusos bloqueados com auxílio de escopia

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Curativo

Tala bota

Realizado RX controle

Fechamento:

OBS:

Data: 14 / 03 / 2018

Dr. Leonardo Miranda
CRM 10047
CHI 10047
MÉDICO/CRM

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.
23 JUL. 2018
AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO

ANEXO PREVIDENCIAS

29 JAN. 2019

PROTÓCOLO

JOSE PESSOA

29 JAN. 2019

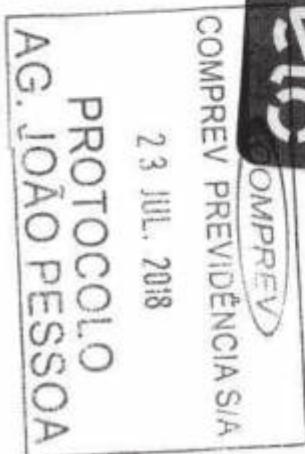
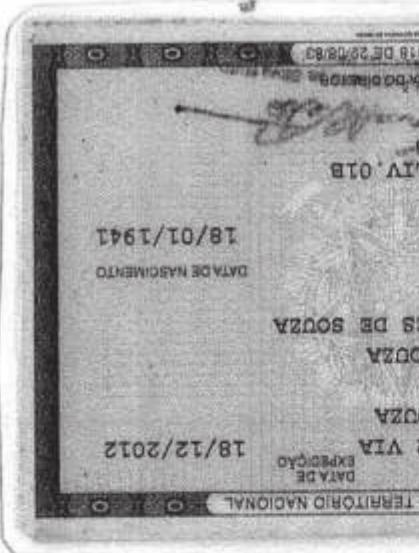
PROTÓCULO
ENTREVISTA PESSOA

SUPREV PREVIDENCIAS

29 JAN. 2019

PROTÓCOLO

C. L. S. PESSOA



Sinistros

Detalhe de Sinistro

[Sinistro](#) [Histórico](#)

Data	Ação	Comentários	Visualiza
25/07/2018 13:45	Documentação pendente	ANA CLAUDIA DOS SANTOS (Investprev Seguradora S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes: Sinistro • Boletim de ocorrência (Não conclusivo) - VIDE OBS.: Observações: Boletim de Ocorrência deve ser emitido pelo Órgão competente (Policia Rodoviária Federal, Policia Civil, Policia Militar), carimbado e assinado pela autoridade emitente.	<input checked="" type="checkbox"/>
25/07/2018 13:44	Edição de pessoa	O usuário ANA CLAUDIA DOS SANTOS (Investprev Seguradora S/A) editou os dados da pessoa ELIAS ALVES DE SOUZA.	<input checked="" type="checkbox"/>
25/07/2018 13:41	Preencher campos chave	ANA CLAUDIA DOS SANTOS preencheu campos chave do sinistro.	<input checked="" type="checkbox"/>
25/07/2018 08:45	Distribuir	Sabrina Beruezo Aquino Chana (Investprev Seguradora S/A) encaminhou a regulação do sinistro para ANA CLAUDIA DOS SANTOS	<input checked="" type="checkbox"/>
24/07/2018 22:27	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker () informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	<input checked="" type="checkbox"/>
24/07/2018 15:55	Emissão de protocolo	O usuário Usuario DigProprio () informou que recebeu os documentos da remessa . Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por: Usuário: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111) ASL-0267604/18	<input checked="" type="checkbox"/>
23/07/2018 10:33	Aviso Seguradora Líder	Dados da vítima Vítima: ELIAS ALVES DE SOUZA CPF: 19123060425 CPF de: Próprio Titular do CPF: ELIAS ALVES DE SOUZA Data de nascimento: 18/01/1941 Data do sinistro: 24/02/2018	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Ações

[Exibir Documentos](#)[Cancelar](#)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180336568
Vítima: ELIAS ALVES DE SOUZA

Cidade: Bayeux
Data do acidente: 24/02/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267604/18

Número do Sinistro: 3180336568

Vítima: ELIAS ALVES DE SOUZA

CPF: 191.230.604-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2018

Titular do CPF: ELIAS ALVES DE SOUZA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2019
Nome: ELIAS ALVES DE SOUZA
CPF: 191.230.604-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ELIAS ALVES DE SOUZA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA