

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**

Carta nº 13143258



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**

Carta nº 13143544



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**

Carta nº 13186208



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, 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



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 191-230-6041-25	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 191-230-6041-25	Profissão APOSENTADO
Endereço RUA SANTA ROSA		Número S/N 0321	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade BATEUX	Estado PARAIBA	CEP 58300000
Email			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.

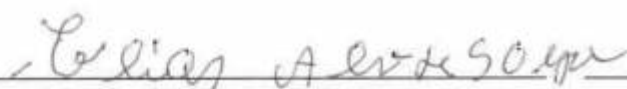
**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 3909 (Informar dígito se existir)		D/V 		CONTA NRO. 38652 (Informar dígito se existir)		D/V 5	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) BANCO Nome AGÊNCIA NRO. (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.

JOÃO PESSOA, 23 de JULHO de 2018

Local e Data

x 

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 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 Policia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo 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 Mercedes 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.**

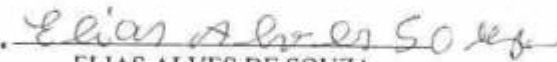
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

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 DRª 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  
Notificante



Protocolo Policial: 01368.01.2018.1.00.420



**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 Elías 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 Mercedes 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.**

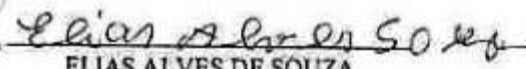
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

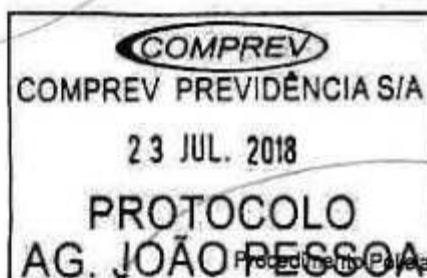
QUE, segundo o notificante, no dia 24/02/2018, por volta das 22:00 horas, quando transitava pela rua: Pedro Ulisses, centro da cidade de Bayeux PB: QUE, segundo o notificante caminhava pela rua junto com mais dois amigos, quando um motoqueiro que vinha empinando o veículo tipo motocicleta HONDA /XR 250 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 DRª 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  
Notificante



Protocolo: 01368.01.2018.1.00.420

*assinatura da  
autoridade 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

191-230-604-25

Data do Acidente

24-02-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

83 98840-7085

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:**

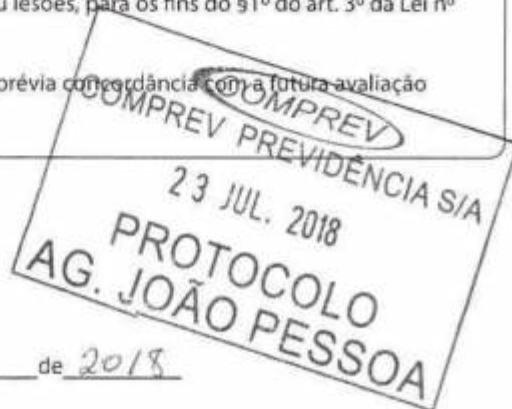
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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





SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Cidanca, 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 (Ortotrauma - Mangabeira).

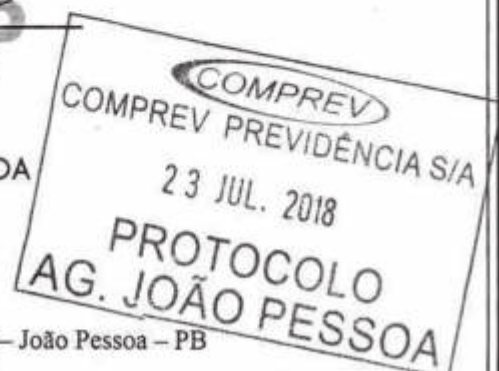
Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 11 de Julho de 2018.

Alisson Monte  
SAMU 192  
Matr. 619235

*Alisson Monte*  
Jefferson da Rocha Augusto  
Matr. 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, 571/ Q 3 L 1 - CENTRO  
BAYEUX / PB CEP: 58300002 (AG: 1)

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

Classif/Subcl: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICO R230, Km 25 - Cid. Renteria - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
Roteiro: 8 - B-842 - 5020 Nº medidor: 00309958497

**energisa**

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 08.065.180/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 008.051.639  
Cód. para DDA Automático: 00014548457

Atendimento ao Cliente: **0800 083 0196** Acesse [www.energisa.com.br](http://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

UC (Unidade Consumidora): **5/1454845-7**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/05/18	442	15/06/18	627	1	185	30

Demonstrativo							
Descrição		Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Alug. (R\$)	Imp. (R\$)	Outros (R\$)
0501	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,248450	7,45	7,45	27	2,02
0501	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,427620	29,93	29,93	27	8,00
0501	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	95,000	0,541420	51,52	51,52	27	14,72
0501	Adic. B. Amarela			0,82	0,82	27	0,25
0501	Adic. B. Vermelha			4,76	4,76	27	1,29
0510	Subsídio			45,23	45,23	27	12,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			7,86	0,00	0	0,00
0802	CUSTO DE EMISSÃO DE 2ª VIA 04/2018			2,79	0,00	0	0,00
0808	Devolução Subsídio			-30,74	0,00	0	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 medica dia 15/03/2018.

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

João Pessoa, 06 de julho de 2018



Drª. 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 Atd: Nao Regulad  
Data: 24/02/2018  
Hora: 22:59:49  
Recepcionista: EWERTON MORAIS DOS SAN  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ELIAS ALVES DE SOUSA

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

Procedencia: 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:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[X] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

( )ixa Principal

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Paciente vítima de atropelamento  
ocorrido em 24/02/2018*

*CD: Sólido R x*

Diagnostico

*AV - Conduta*

Prescricao

Horario da medicação

*H Oculopatia H*

*Retorno de*

*Prescricao*

*Atropelamento*

*liberado*

*Por atendimento*



*Dr. Edson B. Tinoco*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Cirurgia de Mão e Microcirurgia  
CRM-PB 7162



09 (M) Psicologia

03  
18 no momento, paciente consciente, orientado, receptivo ao atendimento, discurso coerente, relatando atropelamento que levou a fratura de fêmur. Aguarda conduta de pelo. Estável emocionalmente. Acompanhado por mãe. Fecho após 4.

Alana Gomes  
Psicóloga  
CRP-134418

\$

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES 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 Borbora de Sousa

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 24/02/18

Nome: Elisei Alves Lima  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QPD: Dor em perna D  
HDA: Alargamento perna mto.  
Perda de perna D.

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☒ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: \_\_\_\_\_

SME: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

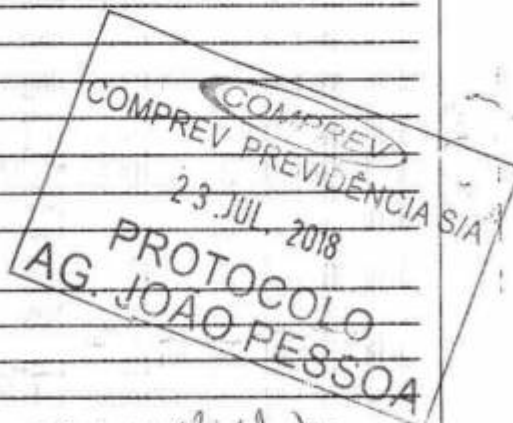
SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: Fratura tibia distal

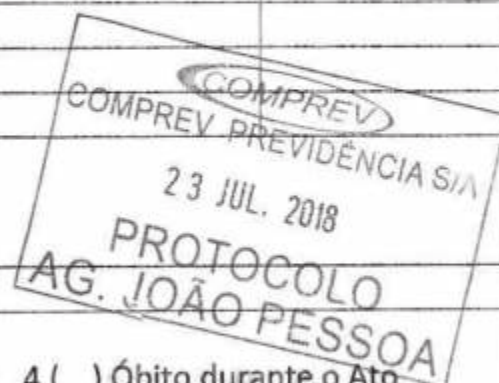
Conduta: Internamento



**Dr. Edson D. Trigo**  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
EMLURIA DO AÇO E MINERALOGIA  
CRM-PR-7122



Nome: ELIAS ALVES DE SOUSA				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: 14 / 03 / 2018			Cirurgião: <i>Dr. THALES COUCEIRO</i>		
1º Assistente: <i>Dr. Leonardo R2</i>			2º Assistente: <i>Dra. Laiana R1</i>		
Anestesista:			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura do 1/3 distal dos ossos da perna dir.</i>					
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Osteossíntese de Tíbia e fíbula</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					





# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

## Incisão:

INCISAO LONGITUDINAL FACE ANTERO LATERAL E LATERAL DA PERNA DIREITA

## Achados:

FRATURA TERÇO PROXIMAL DA TIBIA E FIBULA DIREITA

## Conduta:

Realizado manobra de redução aberta em fratura da fíbula direita 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 exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

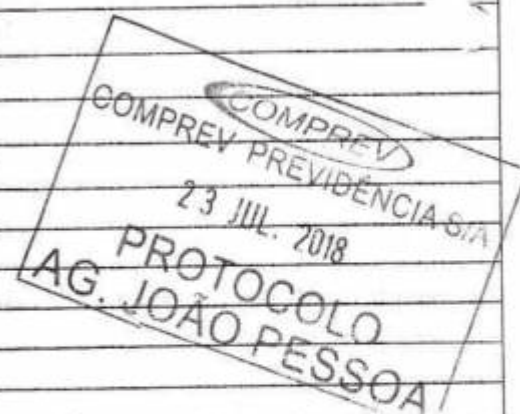
Curativo

Tala bota

Realizado RX controle

## Fechamento:

## OBS:



Data: 14 / 03 / 2018

Dr. Leonardo Miranda  
Médico  
CRM 10000  
MÉDICO/CRM



COMPREV PREVIDENCIA S.A.  
29 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
PESSOA





COMPREV PREVIDENCIA S/A  
29 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
JÃO PESSOA

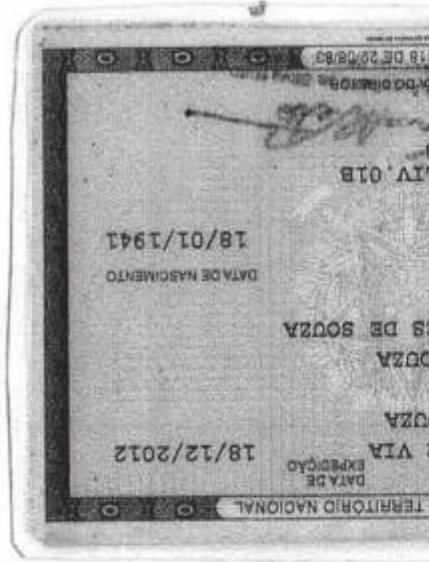


JOSEPH V. PREVIDENTI, Sr.

29 JAN. 2019

PROTOCOLLO

W. L. D. PRESS - A



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








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


# Sinistros


Detalhe de Sinistro

Sinistro Histórico

Data	Ação	Comentários	Visualiza
		ANA CLAUDIA DOS SANTOS (Investprev Seguradora S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes:	
		Sinistro	
25/07/2018 13:45	Documentação pendente	• Boletim de ocorrência (Não conclusivo) - VIDE OBS.:  Observações: Boletim de Ocorrência deve ser emitido pelo Órgão competente (Polícia Rodoviária Federal, Polícia Civil, Polícia Militar), carimbado e assinado pela autoridade emitente.	
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.	
25/07/2018 13:41	Preencher campos chave	ANA CLAUDIA DOS SANTOS preencheu campos chave do sinistro.	
25/07/2018 08:45	Distribuir	Sabrina Berruezo Aquino Chana (Investprev Seguradora S/A) encaminhou a regulação do sinistro para ANA CLAUDIA DOS SANTOS	
24/07/2018 22:27	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker ( ) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
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)	
23/07/2018 10:33	Aviso Seguradora Líder	ASL-0267604/18  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	  

Ações +

 Exibir Documentos

 Cancela





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180336568 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIAS ALVES DE SOUZA **Data do acidente:** 24/02/2018 **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

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ELIAS ALVES DE SOUZA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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](http://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

\_\_\_\_\_  
ELIAS ALVES DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA