



Número: **0836058-25.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/07/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34805 313	28/09/2020 10:58	<u>2753324_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190082435

Vítima: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

Boletim de ocorrência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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. 00345/00346 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13888263



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 10:58:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092810580450900000033271570>
Número do documento: 20092810580450900000033271570

Num. 34805313 - Pág. 1



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, 01 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190082435

Vítima: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

Comprovação de ato declaratório incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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. 00203/00204 - carta_03 - INVALIDEZ



00040102

Carta nº 14017032



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 10:58:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092810580450900000033271570>
Número do documento: 20092810580450900000033271570

Num. 34805313 - Pág. 2

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, 31 de Março de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190082435**

Vítima: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000102548-6

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



A PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
07512226403		Bronildo Francisco do Nascimento	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Endereço:	CPF:	
Bronildo Francisco do Nascimento	Autonomia Sítio Itiúacu	07512226403	
Bairro:	Cidade:	Número:	Complemento:
Final dos Onibus	Conde	Pr	58320-000
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

RENDIMENTO:

- RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: **1033**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **02548**

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 Lider 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 30/01/19	TESTEMUNHAS
Nome: João Pedro Moreira Torres	1º Nome: _____ CPF: _____
CPF: _____	Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Bronildo Francisco do Nascimento
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adilson Lemos
Assinatura do Procurador (se houver)

2º | Nome: _____
CPF: _____
Comprovante de Cidadania S.A.

Assinatura
30 JAN. 2019

PROT.001

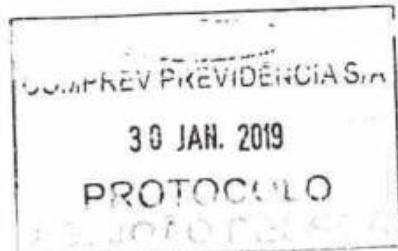
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



agência



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 10:58:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092810580450900000033271570>
Número do documento: 20092810580450900000033271570

Num. 34805313 - Pág. 5

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00565.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00565.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 08:49 horas do dia 16 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Eronildo Francisco do Nascimento**, CPF nº 075.122.264-03, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria de Fátima do Nascimento e Sebastião Francisco Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/11/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Sítio Mituaçu, Nº S/N, complemento GRANJA SITIO MITUAÇU, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Proximo Ao Terminal de Ônibus, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 99355-4143.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Mituaçu, Proximo Ao Ponto Final de Coletivo, Conde/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 17/08/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 17/08/2018 às 18h52min, foi vítima de um acidente automobilístico quando estava pilotando a moto HONDA /NXR 150 KS, BROS VERMELHA, ANO/MOD 2006/2007, COM PLACA MNW.6828/PB, de propriedade do seu irmão de nome MOACIR FRANCISCO DO NASCIMENTO, chassi. 9C2KD03207R000860, ao transitar com a mesma em uma estrada de barro, e ao dar uma frenagem brusca na moto, caiu ao solo e ao levantar foi direto par ao hospital de traumas de mangabeira, onde foi atendido e passado por avaliação médica, foi evidenciado que havia fratura da falange proximal de 3º dedo da mão esquerda. Que foi feito procedimento cirúrgico no dia 22/08/2018, com alta médica no mesmo dia 22/08/2018.

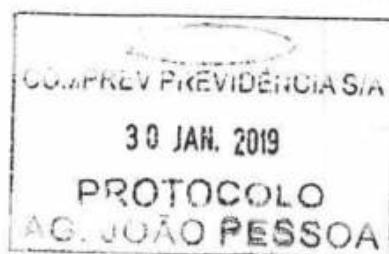
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 16 de janeiro de 2019.


JOSE INACIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação

2º DSPI

Eronildo Francisco do Nascimento.
ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO
Noticiante



Procedimento Policial: 00565.01.2019.1.00.401

1/1



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00565.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00565.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 08:49 horas do dia 16 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Eronildo Francisco do Nascimento**, CPF nº 075.122.264-03, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria de Fátima do Nascimento e Sebastião Francisco Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/11/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Sítio Mituaçu, Nº S/N, complemento GRANJA SITIO MITUAÇU, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Proximo Ao Terminal de Ônibus, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 99355-4143.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Mituaçu, Proximo Ao Ponto Final de Coletivo, Conde/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 17/08/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 17/08/2018 às 18h52min, foi vítima de um acidente automobilístico quando estava pilotando a moto HONDA /NXR 150 KS, BROS VERMELHA, ANO/MOD 2006/2007, COM PLACA MNW.6828/PB, de propriedade do seu irmão de nome MOACIR FRANCISCO DO NASCIMENTO, chassi. 9C2KD03207R000860, ao transitar com a mesma em uma estrada de barro, e ao dar uma frenagem brusca na moto, caiu ao solo e ao levantar foi direto par ao hospital de traumas de mangabeira, onde foi atendido e passado por avaliação médica, foi evidenciado que havia fratura da falange proximal de 3º dedo da mão esquerda. Que foi feito procedimento cirúrgico no dia 22/08/2018, com alta médica no mesmo dia 22/08/2018.

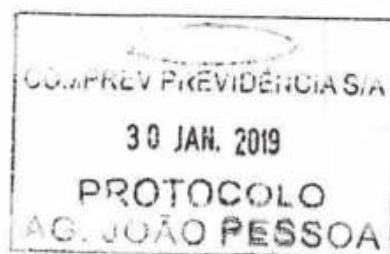
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 16 de janeiro de 2019.


JOSE INACIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação

2º DSPI

Eronildo Francisco do Nascimento.
ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO
Noticiante



Procedimento Policial: 00565.01.2019.1.00.401

1/1





A PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
07512226403		Bronildo Francisco do Nascimento	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Endereço:	CPF:	
Bronildo Francisco do Nascimento	Autonomia Sítio Itiúacu	07512226403	
Bairro:	Cidade:	Número:	Complemento:
Final dos Onibus	Conde	Pr	58320-000
E-mail:	Tel.(DDD):		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1033	CONTA: 02548
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 Lider 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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou	
			Vivos:	nascido [vai nascer]			pais/avós vivos?	
			Falecidos:				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: <i>João Pessoa - PB 30/01/19</i> Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A RODO	
<i>Bronildo Francisco do Nascimento</i>	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver) <i>Alcione Lemos</i> Assinatura do Procurador (se houver) <i>Assinatura</i> (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.	



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

Ficha Nr: 155021 Atd: Nao Regula
Data: 17/08/2018
Hora: 18:52:36
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Num. Prontuario: 2018.08.002669

CNS: 705808404627132 Sexo: M IDENTIDADE: 3233456 Fone: 991063485

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/11/1984 Id: 33 ano(s)

End.: SITIO MITUACU,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CONDE UF :PB

Mae: MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Tel/Doc. Responsavel: 991063485 / IDENTIDADE: 3233456

Procedencia: PRESIDIO SILVIO PORTO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia 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

Glicemica: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

ACIDENTE DA CENTRAL DE FRATURAS

Ha 08 dias tiveuma em M&O escurva. Encaminhado
de concurte fraturas com diagnosico de FRATURA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Sou a 08 de 08 de 2018

Nega humor.

Rx: frases frases frases

30-08-2018

01/09/2018

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicacão

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

DR. JOSÉ G. LIMA
LICENCIADO MEDICO
CLINICA ORTOPEDICA



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

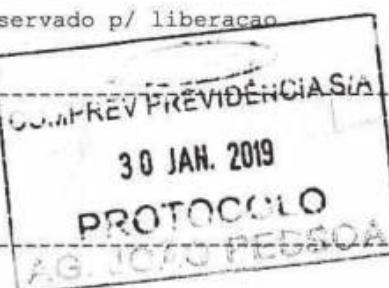
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

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

Enonilto Francisco do Nascimento

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





CentralFraturas
PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS

PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS
C.N.P.J.: 08682890000170

End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000

Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 261442

DADOS PESSOAIS		FICHA DO PACIENTE	Recep.: ELVIS
Prontuário: 261442		DATA/HORA: 17/08/2018 12:39:44	
Nome: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO		Nasc.: 20/11/1984 - 33 Anos, 6 Meses	
Profissão: AUTONOMO	Identidade: 3233456	O.E: SSP CPF:	
Mãe: MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO		Pai: SEBASTIAO FRANCISCO NASCIMENTO	
Sexo: MASCULINO	Cor: BRANCA	Estado Civil: SOLTEIRO	
End.: PROJETADA S/N	Bairro: CENTRO		
Cidade: CONDE	Estado: PB	Cod. Município: 250460	Fone: 99108-3485
Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC			Médico: JACIARA FERNANDES FLORÊNCIO
Carteira:	Tipo Atend.:	SEGUIMENTO	Indicação:
Plano:	Venc.:17/08/2018		
HISTÓRIA DO CASO:			
EXAME OBJETIVO:			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:			
DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:			
TRATAMENTO REALIZADO:			





CERTIDÃO

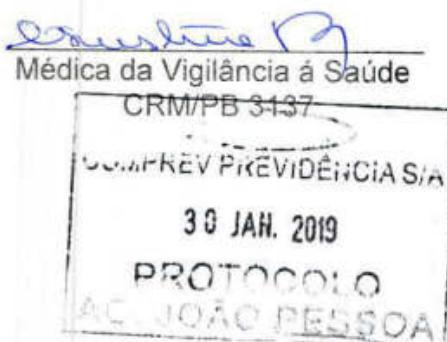
Nº. 1609/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155021 e Prontuário nº 2018.08.002669 pertencentes a **ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO** que foi atendido dia 17/08/2018 às 18H52min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em 3º dedo da mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da falange proximal de 3º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/08/2018 com alta médica dia 22/08/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 21 de novembro de 2018



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

Ficha Nr: 155021 Atd: Nao Regula
Data: 17/08/2018
Hora: 18:52:36
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: ERONILDO FRANCISÇO DO NASCIMENTO
CNS: 705808404627132 Sexo: M IDENTIDADE: 3233456 Fone: 991063485
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/11/1984 Id: 33 ano(s)
End.: SITIO MITUACU, 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CONDE UF :PB
Mae: MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO Pai:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AUTONOMO Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO
Tel/Doc. Responsavel: 991063485 / IDENTIDADE: 3233456
Procedencia: PRESIDIO SILVIO PORTO
Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: MOTO
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
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao

ATENDENTE DA CENTRAL DE FRATURAS

*Ha 08 dias tava em M&O escorva. Encaminhado
de Conselho de Enfermagem com diagnóstico
de fratura*

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

de fratura

Sentimento de dor não se tira

Não tem febre.

Rx: fisioterapia fisioterapia

30-08-2019

01/09/2019

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

<input type="checkbox"/> Hora da medicacao
COMPRAV PREVIDÊNCIA S/A
30 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

*DEPARTAMENTO
DE ENFERMAGEM
CENTRAL DE FRATURAS*



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

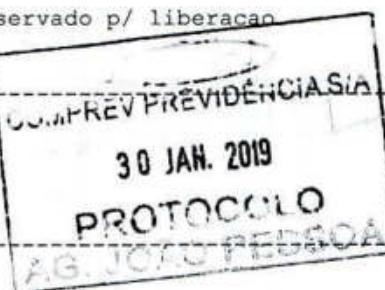
Qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

1			
1			
1			
1			
1			
1			
1			

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

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

D. ENRIQUE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000102548-6

Nr. da Autenticação CEEFCF4152E09B16



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 10:58:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092810580450900000033271570>
Número do documento: 20092810580450900000033271570

Num. 34805313 - Pág. 15

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segundante em conta

Assento para a contratação e pagamento da conta fiscalizada da energia elétrica
Nº 036.015.111



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 23 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 03.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.825-0

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1592250-3

REFERÊNCIA
JAN/2019

APRESENTAÇÃO
04/01/2019

CONSUMO

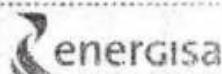
225

VENCIMENTO

11/01/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 166,30

Acesse: www.energisa.com.br



MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO

Roteiro: 01-021-541-3060

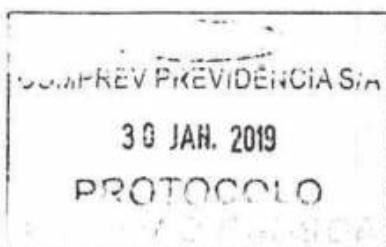
03680000001-7 66300054000-0 15922502019-1 01900021019-5



VENCIMENTO
11/01/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 166,30

MATRÍCULA
1592250-2019-01-9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 10:58:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092810580450900000033271570>

Número do documento: 20092810580450900000033271570

Num. 34805313 - Pág. 16

energisa

Cod para CIBs Automáticas 000183268

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Media últimos meses (kWh) **VENCIMIENTO** **TOTAL A PAGAR**

28/11/2018

Historico de Consumo (kWh)

RESERVATION AD FIELD

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22.

Indicadores de Qualidade | Comunicação Social

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DE VAREJO	1.13	1.00	DE VAREJO	16.61	37.93
DE TRANSTRANS	1.13	1.00	DE TRANSTRANS	1.73	3.80
DE COTAS	1.13	1.00	DE COTAS	1.73	3.80
DE MÍNIMA	1.21	1.00	DE MÍNIMA	1.73	3.80
DE TRANSTRAZ	0.47	1.00	DE TRANSTRAZ	87.99	194.43
DE MÁXIMA	1.25	1.00	DE MÁXIMA	5.00	11.00
DE VAREJO	1.95	1.00	DE VAREJO	16.61	37.93
			Total	198.62	100.00

ATENÇÃO

Entregas em atraso

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIAS SOCIAIS

30 JAH. 2019

PROTOCOL

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

PARÁ/PA 28/11/2018 R\$ 198,62



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 10:58:04
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009281058045090000033271570>
Número do documento: 2009281058045090000033271570

Num. 34805313 - Pág. 17



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221200 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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, Alexandra Gesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046502754174, inscrito na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Branaldo Francisco do Nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 075122264103, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Branaldo Francisco do Nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 075122264103, 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.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Agente Fiscal José G. Duarte	Número	157	Complemento			
Bairro	Mangabeira	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP	58056-384
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)			

30 JAN. 2019

Local e Data

PROTOCOLO

DLDRL.001 V001/2017

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Moacir Francisco do Nascimento

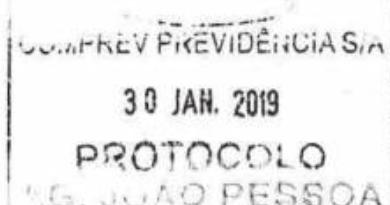
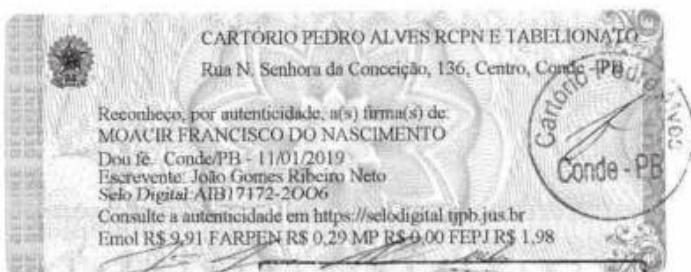
* RG nº 1939406, data de expedição 20/05/2005
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 024618-04, com
domicílio na cidade de Conde, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Itiúca, nº 51N
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fernando Francisco do Nascimento, cujo o condutor era
Fernando Francisco do Nascimento

Veículo: moto
Modelo: HONDA/NXR 150 KS
Ano: 2006/2007
Placa: MN W 6828 / PB
Chassi: 9C2KD03207R000860
Data do Acidente: 17-08-18
Local e Data: Conde, 15-01-19

Moacir Francisco do Nascimento

Assinatura do Declarante

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





CERTIDÃO

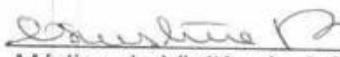
Nº. 1609/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155021 e Prontuário nº 2018.08.002669 pertencentes a **ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO** que foi atendido dia 17/08/2018 às 18H52min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em 3º dedo da mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da falange proximal de 3º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/08/2018 com alta médica dia 22/08/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 21 de novembro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137
COOPERFREV PREVIDÊNCIAS/A
30 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA



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

Ficha Nr: 155021 Atd: Nao Regula
Data: 17/08/2018
Hora: 18:52:36
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Num. Prontuario: 2018.08.002669

CNS: 705808404627132 Sexo: M IDENTIDADE: 3233456 Fone: 991063485

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/11/1984 Id: 33 ano(s)

End.: SITIO MITUACU,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CONDE UF :PB

Mae: MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Tel/Doc. Responsavel: 991063485 / IDENTIDADE: 3233456

Procedencia: PRESIDIO SILVIO PORTO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia 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
Glicemica:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
Queixa Principal		[] Vomito
Observacao		

ACIDENTE DA CENTRAL DE FRATURAS

*Ha 08 dias tiveuma em M&O escurva. Encaminhado
de concurto 25 ferimentos com diagnóstico
de fractura*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Sou a 20 dias sem S/trauma

Rx: feridas hantia sua xima

30-08-2019

01/09/2019

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicacão

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

*DR. JOSÉ G. LIMA
LICENCIADO MEDICO
CLINICA ORTOPEDICA*



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

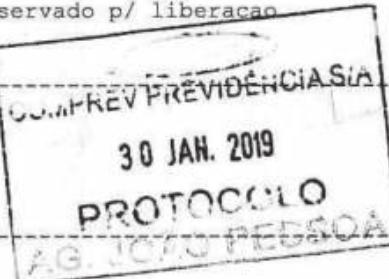
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

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 IML

Enonilto Francisco do Nascimento

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





Nome: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO			Registro: 2018082669
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica: <i>Traumatologia</i>
Data: 22 / 08 / 2018		Cirurgião: <i>Luis Filipe Lessa</i>	
1º Assistente: <i>Flávio Loyola</i>		2º Assistente:	
Anestesista:		Instrumentador:	
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Fratura de falange proximal do 3º Qdd</i>			S626
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>O mesmo</i>			
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)			CÓDIGO
<i>Redução incruenta + fixação com fios k</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 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (X) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa – PB



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- Assepsia + Antissepsia
- Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Redução incruenta de fratura de falange proximal do 3º qdd + fixação percutânea com 02 fios K 1.0 sob fluoroscopia
Bom controle radioscópico dinâmico.

Curativo

Tala suva

Achados:

Fechamento:

OBS:

Data: 22 / 08 / 18


MÉDICO/CRM

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

COOPERATIVA PREVIDÊNCIA SÍN

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA





CERTIDÃO

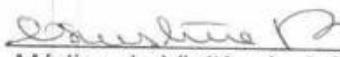
Nº. 1609/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155021 e Prontuário nº 2018.08.002669 pertencentes a **ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO** que foi atendido dia 17/08/2018 às 18H52min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em 3º dedo da mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da falange proximal de 3º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/08/2018 com alta médica dia 22/08/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 21 de novembro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137
COMPREV PREVIDÊNCIAS/A
30 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



TURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
XO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
GENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980

Ficha Nr: 155021 Atd: Nao Regula
Data: 17/08/2018
Hora: 18:52:36
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: ERONILDO FRANCISÇO DO NASCIMENTO Num. Prontuario: 2018.08.002669
CNS: 705808404627132 Sexo: M IDENTIDADE: 3233456 Fone: 991063485
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/11/1984 Id: 33 ano(s)
End.: SITIO MITUACU,0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CONDE UF :PB
Mae: MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO Pai:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AUTONOMO Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO
Tel/Doc. Responsavel: 991063485 / IDENTIDADE: 3233456
Procedencia: PRESIDIO SILVIO PORTO
Transporte utilizado: VEICULO PRÓPRIO
Vitima de acidente por: MOTO
Vitima de violência por: NAO
I I Caso Policial

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO			
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito	
Queixa Principal		Observacao	

EDENTE DA CENTRAL DE FRATURAS
HA 08 DIAS TINHOU UM M&O ESCORRIDA. ENCONTROU
DE CONFERIR AS FRATURAS COM DIRECIONARIO
Historia - Exame Fisico. - (hora do atendimento medico) DE FRATURA 6117010

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnosis

Conduita

Benzene

2011 Hdrario da
COMPREV PREVIDÊNCIAS SA
30 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. 10/01/2019

DR. TECHE V
LAWRENCE
HAROLD
PEACE



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

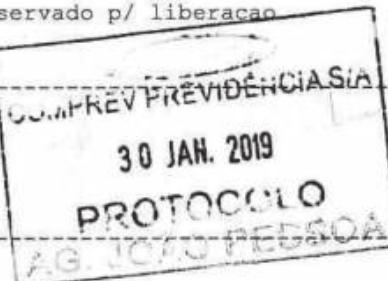
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

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 IML

Enonilto Francisco do Nascimento

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





Nome: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO			Registro: 2018082669
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica: <i>Traumatologia</i>
Data: 22 / 08 / 2018		Cirurgião: <i>Luis Filipe Lessa</i>	
1º Assistente: <i>Flávio Loyola</i>		2º Assistente:	
Anestesista:		Instrumentador:	
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Fratura de falange proximal do 3º Qdd</i>			S626
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>O mesmo</i>			
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)			CÓDIGO
<i>Redução incruenta + fixação com fios k</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 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (X) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa – PB



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- Assepsia + Antissepsia
- Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Redução incruenta de fratura de falange proximal do 3º qdd + fixação percutânea com 02 fios K 1.0 sob fluoroscopia
Bom controle radioscópico dinâmico.

Curativo

Tala suva

Achados:

Fechamento:

OBS:

Data: 22 / 08 / 18


MÉDICO/CRM

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

COOPERATIVA PREVIDÊNCIA SÍN

30 JAN. 2019

PROTÓCOLO

JOÃO PESSOA

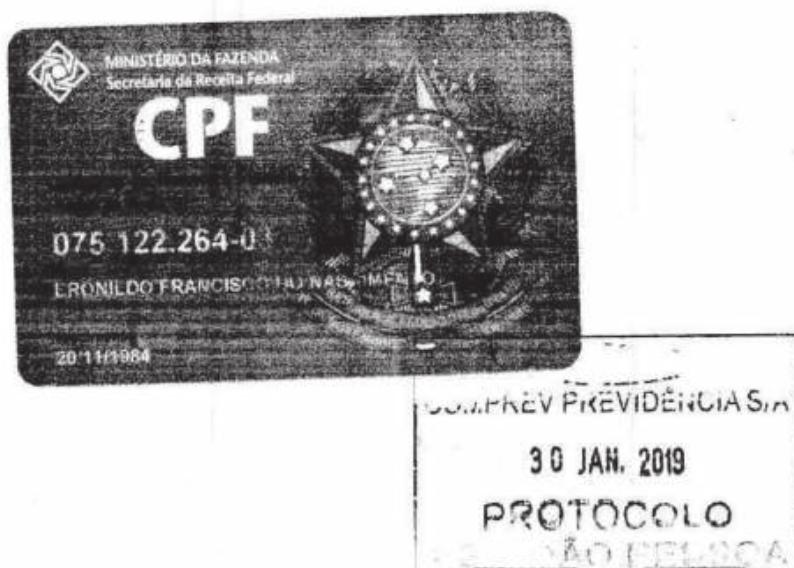
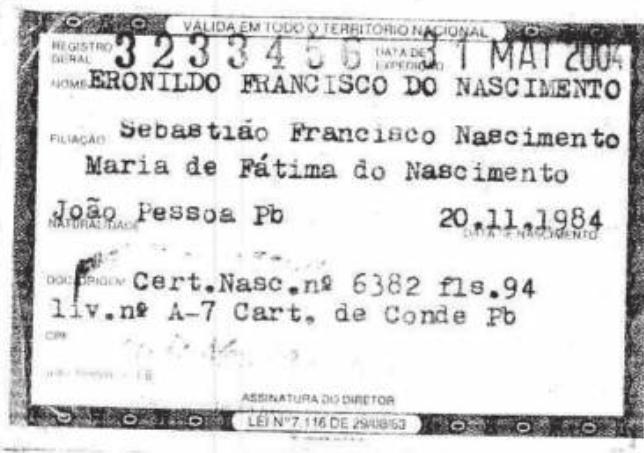


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 10:58:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092810580450900000033271570>

Número do documento: 20092810580450900000033271570

Num. 34805313 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 10:58:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092810580450900000033271570>
Número do documento: 20092810580450900000033271570

Num. 34805313 - Pág. 30

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190082435 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERONILDO FRANCISCO DO **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA FALANGE PROXIMAL DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 4 E 5.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Eronildo Francisco do Nascimento
brasileiro(a), estado civil Casado, profissão
autônomo, CI RG nº 3233456,
CPF/MF nº 075.322.264-03 residente e domiciliado(a) à Rua
Sítio Milagre 510,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58090-000, telefone
98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o nº 046.502.754-74
e RG sob o nº 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

SUAPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JAN. 2019

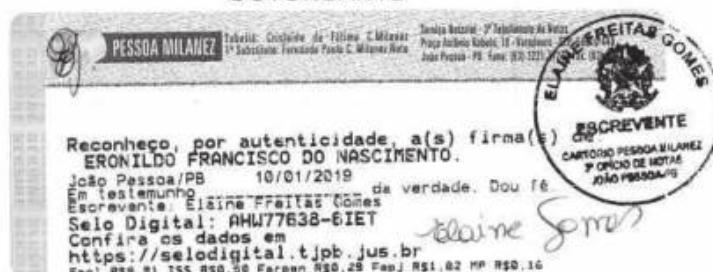
PROTOCOLO

João Pessoa, 30 de Januário de 2019.



Eronildo Francisco do Nascimento

OUTORGANTE



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO.

João Pessoa/PB 10/01/2019
Em testemunho, de verdade. Dou fé
Escrevente: Eliane Freitas Gomes
Selo Digital: AHW77638-6IET
Confira os dados em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
Esel: R\$0,81 ISS R\$0,58 Fornam R\$0,29 Fapj R\$1,82 MP R\$0,16



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035356/19

Número do Sinistro: 3190082435

Vítima: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

CPF: 075.122.264-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/08/2018

Titular do CPF: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório

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: 28/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 10:58:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092810580450900000033271570>
Número do documento: 20092810580450900000033271570

Num. 34805313 - Pág. 33