
Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200116148

Vítima: DANILO DA COSTA MARCULINO

Data do Acidente: 26/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANILO DA COSTA MARCULINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200116148

Vítima: **DANILO DA COSTA MARCULINO**

Data do Acidente: 26/11/2018

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANILO DA COSTA MARCULINO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **DANILO DA COSTA MARCULINO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **0000033669-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	120.494.484-50	Danilo da Costa Marculino	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Danilo da Costa Marculino		120.494.484-50	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Proferimento	Rua U.S. do Rosário	300	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Funcionários	João Pessoa	PB	58000-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(83) 99843-5088		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
1033	33669 0		
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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	☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Imagem digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data:	TESTEMUNHAS	
	Nome:	1ª Nome:	
	CPF:	CPF:	
		Assinatura	
	(*) Assinatura de quem assina A RÔGO	2ª Nome:	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF:	
		Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, 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.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00083.01.2020.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00083.01.2020.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:58 horas do dia 12 de março de 2020, 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 Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Daniilo da Costa Marculino**, CPF nº 120.497.484-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Clenilda da Costa Lima e José Marculino Filho, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 09/09/1994 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nossa Senhora do Rosário, Nº 300, bairro Grotão, tendo como ponto de referência 300, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Nossa Senhora do Rosário, nº 300, 300, João Pessoa/PB, bairro Grotão; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/11/18 22:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

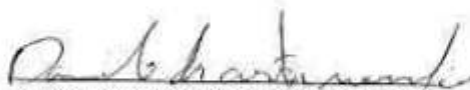
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que trafegava com o veículo de Placa: MNP5831-PB Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 31/03/2020 Observação: CHASSI: 9C2JC3070BR130916 Restrição: Financeira: Município: CONDE-PB Situação: EM CIRCULAÇÃO; QUE trafegava normalmente em sua mão quando, vinha na sua frente um veículo, não sabendo especificar marca e modelo, que o notificante foi desviar do veículo buscou o a frenagem traseira, mas o veículo (moto) não atendeu, fazendo com que o notificante viesse a derrapar e caído ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 01/02/2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar CID 10 S42,0

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, 12 de março de 2020.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


DANILO DA COSTA MARCULINO
Noticiante

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 ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	120.494.484-50	Daniela da Costa Marculino
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Daniela da Costa Marculino	120.494.484-50	
Profissão:	Endereço:	Número:
Problema	Rua U.S. do Rosário	300
Bairro:	Cidade:	Estado:
Funcionários	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58000-000	(83) 99843-5088

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1033 ☐ CONTA: 33669 ☐	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: _____ Nome: _____ CPF: _____ _____ (*) Assinatura de quem assina A RGO _____ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ _____ Assinatura 2ª Nome: _____ CPF: _____ _____ Assinatura
---	---	--

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, 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.

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 25/11/12	ID da Ocorrência 24501	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe 07	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base Hs	Hora de Chegada no Local Hs
Paciente / Usuário Ximenes da Costa, Marcos				Idade 34	Sexo: ☐ Masc ☐ Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: ☐ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Cande ☐ Outro:						
Logradouro Rua...				Bairro Outra	Médico Regulador	
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar) HOSPITAL				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) [Assinatura]		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO Motivo: <u>Choque elétrico</u>	☐ TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____ Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____		
CAUSAS EXTERNAS ☒ Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento por: _____ ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro: _____ ☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: _____ ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro: _____	ANTECEDENTES <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa </td> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo </td> </tr> </table> Quais? _____	☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa	☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo
☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa	☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo		

1. DADOS VITAIS

PA: 120/80 FC: 89 FR: 16 HGT: - SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2: -

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

8. Evolução do Enfermeiro:

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

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: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANILO DA COSTA MARCULINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

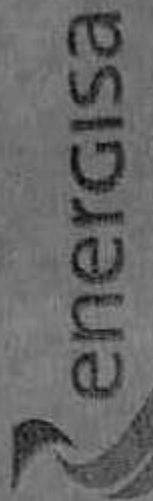
CONTA: 000000033669-0

Nr. da Autenticação 7BC3A617D83B2E4C

MARIA CLENILDA DA COSTA LIMA
FUNDO ROSARIO S/N - FUNCIONARIOS
JULIO PESSOA / FUNDOS (MAGLI)

Ligação MONOFASICO

C/5 END RES MT C/1 / RESIDENCIAL - BARRA FIENDA
Referência 10-2-488-4120
Referência F.V / 2020
Emissão: 14/02/2020



ENERGISA PARAJÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km 25 - Grupo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-530
CNPJ 09.093.183/000148 Ins. Est. 16.015.822-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 08 308 086
Cód. para Débito Automático: 00005260541

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF / CNPJ / RANI

Fev / 2020

14/02/2020

17/03/2020

033.384.654-03

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/526064-1

Canal de contato

Para a Serviço de Energia Elétrica - TSEE favor ativar pela Lei

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200116148 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO DA COSTA MARCULINO **Data do acidente:** 26/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P-4-5-6-10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia



Diário de vida
Lab

PACIENTE BORTA DO
CIB 121 T921 NO MÊNSO
SUSCITA ESQUEÇO, CLA-
LULA, BVS ACIONAR MIV-
CICLISTICO, COM OROKUSSE-
ALBIS E MIVIA, 30% E
LIMITES FUNCIONAL COM
ELEMENTO PREJUDICAR DO
MENSU CIBDO, DETECTAR
FOCO E MIVIA INTERPRETANDO
DIRETAMENTE EM SUA CIB-
LABOR.

Dr. Djalma Bento F. Júnior
MÉDICO
CRM - PB 3874

10 03 20

* O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Rua Francisco Manoel, S/N - Jaguaribe
João Pessoa/PB - Tel: (83) 3612.1000



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	DANILO DA COSTA MARCELINO
DATA DE NASCIMENTO	09/09/94
NOME DA MÃE	MARIA CLENILDA DA COSTA LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.120.176
DATA DO ATENDIMENTO	26/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	00:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, sem perda da consciência, com dor em região cervical, dor em ombro esquerdo, Glasgow 15. Presença de fratura de clavícula esquerda. Imobilização em 8.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro de ombro esquerdo
RX de braço esquerdo
TC de coluna cervical
TC de ombro esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura em clavícula esquerda.

TRATAMENTO:

Imobilização em 8.

ALTA HOSPITALAR:	06/11/18
DATA DA EMISSÃO:	01/02/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

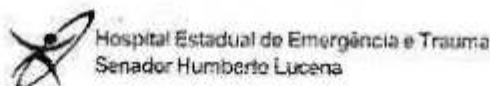
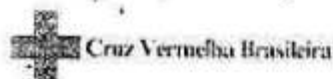
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1120176



Identificação do paciente						
ID 1342792	Nome DANILO DA COSTA MARCULINO		Sexo Masculino			
Data de nascimento 09/09/1994	Idade 24 anos 1 mes 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA CLENILDA DA COSTA LIMA	Pai JOSE MARCULINO FILHO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) STHEFANI DE LIMA CARNEIRO - ESPOSO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988717546	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento CNH	Número documento 3940542	Nº Cns				
Local de procedência GROTAO	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58079810	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO			
Número 300	Complemento	Bairro GROTÃO				
Admissão						
Data e Hora 06/11/2018 00:26:24	Numero da pulseira 1000006924828	Convênio: SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente admitido, consciente, sem alterações níveis 6 de nota com alterações pelo Corporal (B)						
Diagnóstico						CID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA						Tempo 01min 22seg

Imprimir

**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente DANILO DA COSTA MARCULINO	BAE 1120176	Data/Hora Entrada 06/11/2018 00:26:24	Data Baixa
Data de nascimento 09/09/1994	Idade 24a 1m 28d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA CLENILDA DA COSTA LIMA			Telefone de Contato (83) 988717546
Endereço NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, 300	Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JUAREZ SILVESTRE NETO	Nº Cons. Regional 11302/PB
Data/Hora Classificação 06/11/2018 00:26:24		Data/Hora Prescrição 06/11/2018 00:41:23	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO O MESMO SEM CAPACETE, AFIRMA USO DE BEBIDA ALCOOLICA, NEGA PERCA DA CONSCIENCIA, NAUSEAS E VOMITOS. REFERE DOR LEVE EM REGIÃO CERVICAL, SEGUIDO DE DOR EM REGIÃO DE OMBRO ESQUERDO COM AMPLITUDE DO MOVIMENTO DIMINUIDA, ABRASÕES DIFUSA PELO CORPO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

AO EXAME:

A: COM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS (MANTENHO COLAR CERVICAL E RETIRO PRANCHA).

B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES.

C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME PLANO SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL.

D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MEMBROS PRESERVADA.

E: OMBRO ESQUERDO COM AMPLITUDE DE MOVIMENTO DIMINUIDA E ABRASÕES DIFUSAS.

CD: 1- SOLICITO TC DE CERVICAL

2- RADIOGRAFIA DE OMBRO E BRACO ESQUERDO

3- SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA E NEURO

4- ALTA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF0,9%)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

DANILO DA COSTA MARCULINO

JUAREZ SILVESTRE NETO
(CRM: 11302/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DANILO DA COSTA MARCULINO		BAE 1120176	Data/Hora Entrada 06/11/2018 00:26:24	Data Baixa
Data de nascimento 09/09/1994	Idade 24a 1m 28d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988717546
Mãe MARIA CLENILDA DA COSTA LIMA				Prontuário
Endereço NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, 300		Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO	Nº Cons. Regional 4687/PB
Data/Hora Classificação 06/11/2018 00:26:24			Data/Hora Prescrição 06/11/2018 01:32:22	

Anamnese

NEUROCIRURGIA - ACIDENTE DE MOTO, BEG, EUPNEICO, GLASGOW 15. SEM DÉFICITS APARENTE, DOR A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. TC CERVICAL NDN. CD : ALTA DA NEUROCIRURGIA. AGUARDA ORTOPEDIA.

Conduta

Em observação

DANILO DA COSTA MARCULINO


 LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO
(CRM: 4687/PB)

ENFERMARIAS HTOP

Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454548

Paciente DANILO DA COSTA MARCULINO		BAE 1120176	Data/Hora Entrada 06/11/2018 00:26:24	Data Baixa 2018-11-06 02:57:03.0
Data de nascimento 09/09/1994	Idade 24a 1m 28d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988717546
Mãe MARIA CLENILDA DA COSTA LIMA				Prontuário
Endereço NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, 300		Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional STEFFERSON PINHEIRO DINIZ		Nº Cons. Regional 5762/PB
Data/Hora Classificação 06/11/2018 00:26:24			Data/Hora Prescrição 06/11/2018 02:57:09	
Anamnese QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO ESQ. RXS DE OMBRO: FRATURA DE CLAVICULA CD: ENFAIXAMENTO EM OITO ; CONTROLE FRATURA ALINHADA CD: RETORNAR NO HTOP PARA CONTROLE.				
Conduta Alta médica				
Alta Hospitalar				
Usuário STEFFERSON PINHEIRO DINIZ			Data e Hora 06/11/2018 02:57:03	
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR			Observações	

DANILO DA COSTA MARCULINO

STEFFERSON PINHEIRO DINIZ
(CRM: 5762/PB)Stefferson Pinheiro Diniz
Traumato-Ortopedista
CRM: 5762/PB

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DANILO DA COSTA MARCULINO	
Data de 09/09/1994	Nº Boletim Emergência 1120176
Material a examinar	
Data Prescrição:	

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

RAIOS-X	
TIPO	
DATA	11/11/11
HORA	11:18
MOBIL. (M)	
ASS.	

Rec. Ver. 11/11/11
11:18
11/11

Reimpresso por: -
dia: - 11/11/11

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher e carimbar para registro e controle profissional



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data:	06/11/18 00:41
Usuário:	JUAREZ
Boleim	1120176

Data Prescrição	06/11/2018 00:41:23
-----------------	---------------------

Nome	DANILO DA COSTA MARCULINO	Idade adif	24a 1m 28d	Sexo	MASCULINO	Nº	1120176	Nº Prontuário	
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição								

Convenio	SUS	Matricula	06/11/2018 00:41:00 - 07/11/2018 00:41:00						
----------	-----	-----------	---	--	--	--	--	--	--

Senha									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data da entrada:	06/11/2018 00:26:24	Data da Internação:	Permanência na 15min						
------------------	---------------------	---------------------	----------------------	--	--	--	--	--	--

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aproximamento		
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	---------------	--	--

1	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG	Observação:DILUIR EM 100 ML DE SFD,9%	E.V.	AGORA			
---	--------------------	-------	----	---------------------------------------	------	-------	--	--	--

Reimpresso por: - dia -									
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura e Carimbo do Profissional									
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

JUAREZ SILVESTRE NETO
CRM: 11302



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
DANILO DA COSTA MARCULINO	24A 1M 28D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1120176	06/11/2018 00:26:24	
Convênio	Leito	Permanência na Unidade
SUS		13min
	Clinica	Permanência no Leito
	CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Especialidade

NEURO CIRURGIA

Profissional

Motivo da solicitação

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO O MESMO SEM CAPACETE, AFIRMA USO DE BEBIDA ALCOOLICA, NEGA PERCA DA CONSCIENCIA, NAUSEAS E VOMITOS. REFERE DOR LEVE EM REGIÃO CERVICAL, SEGUIDO DE DOR EM REGIÃO DE OMBRO ESQUERDO COM AMPLITUDE DO MOVIMENTO DIMINUIDA, ABRASÕES DIFUSA PELO CORPO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

AO EXAME:

A: COM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS (MANTENHO COLAR CERVICAL E RETIRO PRANCHA).

B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES.

C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME PLANO SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL.

D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MEMBROS PRESERVADA.

E: OMBRO ESQUERDO COM AMPLITUDE DE MOVIMENTO DIMINUIDA E ABRASÕES DIFUSAS.

CD: 1- SOLICITO TC DE CERVICAL

2- RADIOGRAFIA DE OMBRO E BRACO ESQUERDO

3- SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA E NEURO

4- ALTA DA CIRURGIA GERAL

Parecer

RECEBIDO
HOSPITAL EUTR
PARAIBÁ - 1302
13/11/2018



NOME
DANILLO DA COSTA MARCULINO

DOC. IDENTIFIC. / ORIG. INSCRIÇÃO Nº
3940542 PB

CNPJ
120.497.484-50 DATA NASCIMENTO
09/09/1994

RELACIONAMENTO
JOSE MARCULINO FILHO
MARIA CLEOTILDA DA
COSTA LIMA



PERMISSÃO
ACC
CATEGORIA
A3

VALIDADEZ
09/01/2025 1ª HABILITAÇÃO
20/03/2015

Nº REGISTRO
06332054650

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1844015499



Danilo da Costa Marculino
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
16/01/2020

ASSINATURA DO EMITENTE
53355716512
PB040362779

PARAÍBA



PROIBIDO PLASTIFICAR
1844015499

02703400

NOVO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

CONSUMTIVO
GASOLINA

CAP/POT/CIL
2 P/124 /CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA
00/00/0000

VENC. COTAS

1ª

2ª

3ª

FAIXA L.EVA

PARCELAMENTO / COTAS
0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

CF (R\$)
SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)
P A G O

DATA DE PAGAMENTO
22/03/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

CONDE-PB

LOCAL

DATA
22/03/2019

41998

33022

Arvalak

REGISTRADOR VISITA DA SILVA
Danilo S. Carneiro - DE TRAN. PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092042/20

Vítima: DANILO DA COSTA MARCULINO

CPF: 120.497.484-50

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO DA COSTA MARCULINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DANILO DA COSTA MARCULINO : 120.497.484-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/03/2020
Nome: DANILO DA COSTA MARCULINO
CPF: 120.497.484-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

DANILO DA COSTA MARCULINO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA