

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190530802 Vítima: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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



Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190530802

Vítima: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

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 dos ombros

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: **MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000001100**

Conta: **000007315-4**

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



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190530802

Vítima: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0317805/39 3 - CPF da vítima: 075.749.664-43 4 - Nome completo da vítima: Maria da Conceição dos Santos

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

5 - Nome completo: Maria da Conceição dos Santos 6 - CPF: 075749664-43
7 - Profissão: Informal 8 - Endereço: Motorista Antonio Beltrame dos Santos 9 - Número: 346 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Gamme 12 - Cidade: Juazeiro 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58068375
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 1931993928028

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1100 CONTA: 7315 4 AGÊNCIA: CONTA:

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vulgarmente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____ 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____



TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Juazeiro 13-09-2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria da Conceição dos Santos
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10580.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10580.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:13 horas do dia 12 de setembro 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu **Maria da Conceição dos Santos**, nacionalidade brasileira, filho(a) de Luzia dos Santos e Francisco Geraldo dos Santos, natural de Areia/PB, nascido(a) em 02/12/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Motorista Antonio Belarmino dos Santos, Nº 346, complemento AP. 102, RESIDENCIAL IRMÃ DULCE, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Caixa D' Água, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99115-3837.

Dados do(s) Fatos:

Local: Campo dos Santos, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/05/19 08:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN, COR VERMELHA, ANO E MODELO 2012, DE PLACA OFD-9314/PB, CHASSI 9C2KC1670DR426484, DE PROPRIEDADE DO SENHOR MANOEL BELO FILHO, CPF 237.498.064-20; QUE A MOTOCICLETA ERA CONDUZIDA PELO SENHOR MARCIO FRANCISCO PEREIRA; QUE A NOTICIANTE/VÍTIMA SOFREU LESÕES, SENDO SOCORRIDA E ENCAMINHADA, PELOS BOMBEIROS, AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; QUE ESTE HOSPITAL EMITIU LAUDO MÉDICO, ASSINADO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB; QUE CONSTA NO LAUDO MÉDICO O CID 10 S42.2 + S42.3; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 12 de setembro de 2019.



Maria da Conceição dos Santos
MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 10580.01.2019.1.00.401

1 - Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0317805/109 3 - CPF da vítima: 075.749.664-43 4 - Nome completo da vítima: Marina da Conceição dos Santos

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

5 - Nome completo: Marina da Conceição dos Santos 6 - CPF: 075749664-43
7 - Profissão: Informática 8 - Endereço: Imobiliarista Antonio Belenmano dos Santos 9 - Número: 346 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Guaratinga 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58060-375
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): (93) 993928028

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: - 18 - CPF do Representante Legal: - 19 - Profissão do Representante Legal: -

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4100 CONTA: 7315 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: -
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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: -
25 - Grau de Parentesco com a vítima: - 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: -
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: - Falecidos: - 30 - Vítima deixou nascituro (vairasões)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: - Falecidos: - 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: -

CPF: -

39 - 2ª | Nome: -

CPF: -



40 - Local e Data, João Pessoa 13-09-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1168012



Identificação do paciente

ID 1407293	Nome MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS	Sexo Feminino	
Data de nascimento 03/12/1988	Idade 30 anos 5 meses 26 dias	Estado civil	Religião
Mãe LUZIA DOS SANTOS	Pai FRANCISCO GERALDO DOS SANTOS		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARCIO FRANCISCO - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 891163637	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência COLINAS DO SUL		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade AREIA	CBOR	

Endereço

CEP 58068375	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS
Número 345	Complemento	Bairro GRAMAME	

Admissão

Data e Hora 29/05/2019 09:10:46	Número da pulseira 1000007557933	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente TRABALHO	
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
Modo de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130 x 80 mmHg	Pulso 90	Temperatura 98
------------------	----------	----------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos

Paciente admitido, trouxe pelo bombeiro, com queixa
quedo de membro, refere dor no ombro D, segue p/
realizar exame Ana Flávia Melo
COREN-PB 416.190-ENF

Diagnóstico	CID
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO	Tempo 01min 54seg

Imprimir

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: 01/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01100

CONTA: 000000007315-4

Nr. da Autenticação 4BCA84F90FE311B4

PELO MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS 0/0/0-71 20-08-AR-100 GRANDE DU
CAO PESSOA/PB CEP 58088-276 (AG 1)

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
 saude.gov.br/vacinabrasil



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MANOEL BELO filho

RG nº 673.233 data de expedição 11/05/2011

Órgão SSDS / PB, portador do CPF nº 237.498.064-20

com domicílio na cidade de SAPÉ, no Estado de

Praia, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Dr. João Castro Pinto, nº 307

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

MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS, cujo o condutor era

MÁRCIO FRANCISCO PENEIRA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FAN ESI Ano: 2012

Placa: OFD 9314 / Pm Chassi: 9C2KE 1670NR426484

Data do Acidente: 29 / 05 / 19

Local e Data: SAPÉ, 18/09/2019

* small Bells Hills 

Assinatura do Declarante

x Marcio Francisco Pereira

Assinatura do Condutor

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



Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a assinatura de Manoel Belo Filho, nascido em 07/09/1968, filho de Manoel Belo e Maria do Carmo dos Santos, residente e domiciliado no endereço acima transcrito, com o qual não tenho qualquer vínculo pessoal ou profissional.

Em testada verdade. São Paulo, 18/07/2014. [Assinatura]

Vandir Cavalcante de Freitas Santos, advogado inscrito na OAB/RJ nº. 17404, inscrita no CNJ sob o nº. 17404-07/00100, inscrita no CPF nº. 07.913.748/RS-02, CEP nº. 22.240-000, São Paulo - SP.

SELO DIGITAL: A3C75734-ABDF

Certificado digital assinado por Vandir Cavalcante de Freitas Santos, advogado inscrito na OAB/RJ nº. 17404, inscrita no CNJ sob o nº. 17404-07/00100, inscrita no CPF nº. 07.913.748/RS-02, CEP nº. 22.240-000, São Paulo - SP.





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	MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	03/12/88
NOME DA MÃE	LUZIA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	116.027
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.166.012
DATA DO ATENDIMENTO	29/05/19
HORA DO ATENDIMENTO	09:10
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DE ÚMERO ESQUERDO
CID 10	S42.2 + S42.3



AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e limitação de movimentos do ombro direito. Presença de fratura de tuberosidade maior do úmero direito, com indicação de tratamento cirúrgico. Internação para cirurgia. Operada e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito
TC de ombro direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de úmero proximal direito(tuberosidade maior).

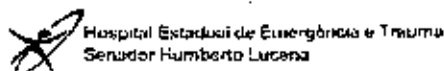
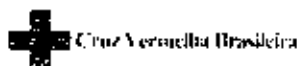
TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico para luxação de fratura de úmero proximal direito.

ALTA HOSPITALAR:	06/06/19
DATA DA EMISSÃO:	02/08/19

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.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1186012



Identificação do paciente

ID 1487293	Nome MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS	Sexo Feminino
Data de nascimento 03/12/1988	Idade 30 anos 6 meses 28 dias	Estado civil Solteira
Mãe LUZIA DOS SANTOS	Pai FRANCISCO GERALDO DOS SANTOS	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARCIO FRANCISCO - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991153837	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência COLINAS DO SUL	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade AREIA	CBO/R

Endereço

CEP 58068376	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS
Número 348	Complemento	Bairro GRAMAME	

Admissão

Data e Hora 29/05/2019 09:10:46	Número da pulseira 1000007557933	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente TRABALHO	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS



Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130	x	80	mmHg	Pulso 90	Temperatura 98
-----------	---	----	------	-------------	-------------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Paciente admitido, trazido pelo bombeiro, consciente, queixa de dor no ombro direito, supor p/ realizar exame.

Flávia Melo
COREN-PB 416.180-ENF

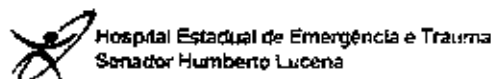
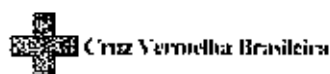
Diagnóstico

Atendido por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

CID

Tempo
01min 54seg

Imprimir



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS	BAE 1166012	Data/Hora Entrada 29/05/2019 09:10:46	Data Baixa
Data de nascimento 03/12/1988	Idade 30a 5m 28d	Sexo Feminino	CNS
Mãe LUZIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 991153837
Endereço MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS, 346	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	Nº Cons. Regional 185222/SP
Data/Hora Classificação 29/05/2019 09:10:46		Data/Hora Prescrição 29/05/2019 15:57:53	

Anamnese

#Ortopedia#

Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando dor e limitação do ADM em ombro direito
Radiografia inconclusiva

CD: Solicito TC de ombro direito

SOLICITADO INTERNAÇÃO POS AVALIAÇÃO DA TC POR DR MURIBE

CDT:INTERNAÇÃO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

AMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

CUIDADOS

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO



TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

PROCEDIMENTO

TIPOIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Internar Paciente

Boletim registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 29/05/2019 09:12:40

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

JOSE ROGACIANO MACHADO DOUTO
(CRM: 185222/SP)

ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS	1166012	29/05/2019 09:10:46	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
03/12/1988	30a 5m 26d	Feminino	(83) 991153837
Mãe			Prontuário
LUZIA DOS SANTOS			
Endereço	Bairro	Município	UF
MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS, 346	GRAMAME	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOURIBE ARRUDA FELINTO	7522/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
29/05/2019 09:10:46		29/05/2019 10:04:23	

Anamnese

#Ortopedia#

Paciente vítima de acidente motociclistico apresentando dor e limitação do ADM em ombro direito

-Radiografia inconclusiva

CD: Solicito TC de ombro direito

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

Conduta

Em observação

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

Mouribe Arruda Felinto
Ten.MED-Idt 079.095755/MO
MOURIBE ARRUDA FELINTO
(CRM: 7522/PB)



ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS			BAE	1166012	Data/Hora Entrada	29/05/2019 09:10:46	Data Baixa	
Data de nascimento	03/12/1988	Idade	30a 5m 26d	Sexo	Feminino	CNS		Telefone de Contato	(81) 991153837
Mãe	LUZIA DOS SANTOS							Prontuário	
Endereço	MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS, 346			Bairro	GRAMAME	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	QUEDA / OUTROS			Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional	CARLOS MAGALHAES FRANCA	
								Nº Cons. Regional: 3792/PB	
Data/Hora Classificação	29/05/2019 09:10:46						Data/Hora Prescrição	29/05/2019 09:25:14	

Anamnese

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXAS DE
DORES EM OMBRO D
SEM OUTRAS QUEIXAS

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB/3792/
038 003782/CARLOS MAGALHAES FRANCA
(: 3792/PB)

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 30/05/2019 09:48:50

Nome MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1166012	Data/Hora Entrada 28/05/2019 09:10:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/12/1988	Idade 30	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 116027
Tempo de Internação 17h 27min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 28/05/2019 09:10:46	Data Internação 29/05/2019 16:21:45	Permanência na Unidade: 1d 38min		Permanência no Leito: 17h 27min

EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 30/05/2019 09:48:35)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

#FRATURA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEROS DIREITO

EXAMES OK

CD: AGUARDA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 004

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142


Dr. Edson D. Tinoco
Médico Especialista em Traumatologia
CRM-PR 7142

**SUS**
 Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

 Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Htop

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Htop

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDCE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDCE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDCE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ex 3.5 + me - 01

PARAFUSO CARULADO ROSA 32 N° 36-01

FIO DE KC 1.0-4

" " 1.5-2

" " 2.0-2

} Guia



39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/06/19

CNS CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

CNS CPF

CRUZ VERMELHA
BRASILERA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



LIFE ASSESSORIA

Nome: Moisés J. Correia da Costa BE/Prontuário: _____Idade: _____ Sexo: () Masculino ☒ Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Raul 1º Assistente: Dr. Tiago

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Dr. Zupitau Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de osso maxilar direito</u>	
<u>(Tuberculose maxilar)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento Cirúrgico para fratura</u>	
<u>de osso maxilar direito.</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Tiago Martins Formiga
CRM: 25.174.111-1
Especialidade: Otorrinolaringologia

João Pessoa, 04/06/19.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- * Dorso ou decúbito dorsal sob anestesia geral
- * Anestesia: Anteseptica

Incisão:

- * Anestesia do. Campo operatório.

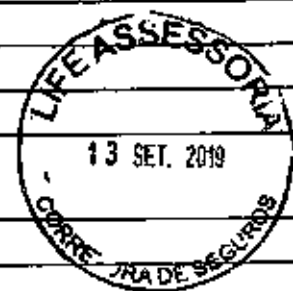
Achados:

- * Incisão lateral no coto lateral transverso
- Redução do fístula ⊕ fixação com

Conduta:

- * Lâmpara com 25mm ⊕ Anest. do
- campo
- * Biópsia com 10,5x1.
- * Fecundação da lã
- * Puntura lateral.

Fechamento:



Observação:

Médico/CRM:

Dr. Fátima Augusta Formiga
Otorrinolaringologista
CRM-PE 85852-0/2018-12-01 14630

João Pessoa, 04/06/19



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

DI.P.17

Nome da Comissão

ASSINATURA DO TITULAR

07



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 075.749.664-43

Nome MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

Nascimento 03/12/1988



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 334632205
DATA DE EXPEDIÇÃO 28 JUL 2005

NOME MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

FILIAÇÃO Francisco Geraldo dos Santos
 Luzia dos Santos

Aréia, PB
NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 03.12.1988

END. ORIGEM Cert. Nasc. 4.152.Fla. 371.Liv. A
 6. Cart. Dist. Mata Limpa. Aréia, PB.

CPF 075.749.664-43

Assinatura do Diretor
 DIR. DEPEND. ASSINATURA DO DIRETOR
 LEIN 7.176 DE 29/06/03



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

PB Nº 013152534352 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

6/05

23749806420

2017 05/05/20

23749806420

OPD9314 PB

00496629655

HONDA/CG 150 FAN ESPI

2017

9119C2KCI670DM4468310P151

PREMIO TARIFARIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CONTRAN - PB 13152534352

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

RUA 20170500004690000

40049642965-5 00/00000000

MANOEL BELLO FILHO

23749806420

OPD9314/PB

23749806420

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB

OPD9314/PB



CONTRAN

CONTRAN

SAPE-PB

40886

05/05/201

1387

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190530802 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/05/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P1,P9 E P12). ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

V-02
P-123

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Marcio Francisco de Almeida

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.139.612

-2 VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO

04/02/2019

NOME

MÁRCIO FRANCISCO PEREIRA

FILIAÇÃO

MARIA DA PENHA PEREIRA

NATURALIDADE

SAPÉ-PB

DATA DE NASCIMENTO

20/12/1986

DOC ORIGEM

NASC.N.25914 FLS.432 LIV.A/26

CARTÓRIO SAPÉ PB

CPF

106.000.384-83



A +

Mário Pereira

LEI Nº 7.035 DE 20/08/83
Cartório de Registro Civil e Criminal

Civil e Criminal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-005



Adriano B. Filho
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

673.233 - 2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

11/05/2011

NOME

MANOEL BÉLO FILHO

FILIAÇÃO

MANOEL BELO DA SILVA
MARIA DA SILVA



NATURALIDADE

SAPÉ-PB

DATA DE NASCIMENTO

08/02/1961

DOC ORIGEM

CASAM N.1063 FLS.159 LIV.B-03

CARTORIO SAPÉ/PB

CPF

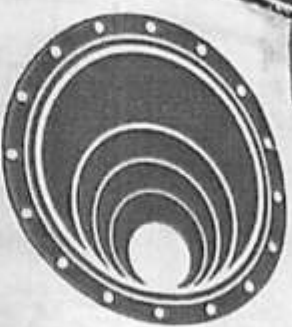
237.498.064-20

João Pessoa - PB

Israel Azeiteiro da Silva Neto
CASSINATURAL DO DIRETORY, e Crim.

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MOEDA DO BRASIL



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB

CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

26436973

REFERÊNCIA

SET/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MANOEL BELO FILHO

RUA DR JOAO CASTRO PINTO, 307 - JOSE P DOS SANTOS

SAPE PB 58340- 000

Inscrição

SMI

Quantidade de Economias

Residencial

Comercial

Industrial

Público

Responsável

1

0

0

0

066.007.090.1253.000

000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 01315253

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PRT 20170800004690
CÓD. RENAVAL. H.N.T.R.C. EXERO
429049642065-5 00/00000000

NOME

MANOEL BELO FILHO

23749806420

PLACA
OFD9314/PB

PLACA ANT. / UF

NOVO PB 9C2KC1670DR426484

CHASSI

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/MOTO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESPI

ANO FAB.

ANO MOD.

2012 2012

CAP. POT. / CIL

2 P/149A/CIL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

0000000000

VENC. COTA ÚNICA

00/00/00001º

VENC. COTAS

P
V
A

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

0

2º

8**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

04/05/2012

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

20170800004690

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SAPE-PB

LOCAL

DATA

40886



Agência de Registro e Licenciamento de Veículos

05/05/2012

1387

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317805/19

Vítima: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

CPF: 075.749.664-43

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/05/2019

Titular do CPF: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS : 075.749.664-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 13/09/2019
Nome: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS
CPF: 075.749.664-43

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA