



Número: **0807345-06.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                  |                    | Procurador/Terceiro vinculado                        |                   |
|-----------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------|-------------------|
| MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS (AUTOR) |                    | FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO) |                   |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)   |                    |                                                      |                   |
| Documentos                              |                    |                                                      |                   |
| Id.                                     | Data da Assinatura | Documento                                            | Tipo              |
| 36724670                                | 17/11/2020 09:42   | <a href="#">2764955_CONTESTACAO_Anexo_02</a>         | Outros Documentos |

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180022610**

Vítima: **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS**

Data do Acidente: **09/06/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180022610**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12230278

Pag. 00643/00644 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020322



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Sinistro: 3180022610

Vítima: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 09/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180022610** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00243/00244 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12249312



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Carta nº 12320618

A/C: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180022610 ASL-0005344/18  
Vitima: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS  
Data Acidente: 09/06/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01199/01200 - carta\_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12441159

A/C: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180022610  
Vitima: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS  
Data do Acidente: 09/06/2016  
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004915

Conta: 00000006141-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 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 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01115/01116 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030558





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

03 JAN. 2018

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

**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

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

03 JAN. 2018

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

113.310.134-88

Nome completo da vítima

MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                                  |                       |                                        |                      |
|--------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------|
| Nome completo<br>MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS |                       | CPF titular da conta<br>113.310.134-88 | Profissão<br>RECUSOU |
| Endereço<br>RUA MANAUS                           |                       | Número<br>74                           | Complemento          |
| Bairro<br>GROTIÃO                                | Cidade<br>JOÃO PESSOA | Estado<br>PB                           | CEP<br>58079-778     |
| Email                                            |                       |                                        | Telefone (DDD)       |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Autorização de pagamento



**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 4915 D/V 003 CONTA NRO. 006.143 D/V 4  
(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.  
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V  
(Informar dígito se existir)

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

JOÃO PESSOA, 14 de Dezembro de 2017  
Local e Data

Mikaelly Vasconcelos dos Santos  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAPPF.001 V001/2017





Fórmula de ocorrência



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00055.01.2017.1.02.011**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00055.01.2017.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:15 horas do dia 01 de dezembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélcio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Mikaelly Vasconcelos dos Santos, CPF nº 113.310.134-88, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Corretora de Imóveis, filho(a) de Marinalva Vasconcelos dos Santos e José Ronaldo Severino dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/11/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manaus, Nº 74, complemento casa, bairro Grotão, tendo como ponto de referência Padaria, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98671-3233.

**Dados do(s) Fatos:**

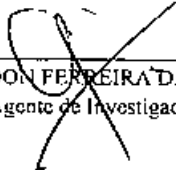
Local: Rua Estevão Gerson Carneiro da Cunha, Outros, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/06/16 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

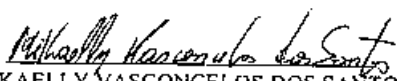
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

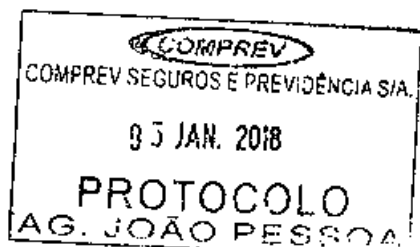
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG FAN DE COR PRETA ANO 2013, DE PLACA OFX-4086-PB, CHASSI Nº 9C2JC4110DR735639, EM NOME DE WAGNER DA COSTA MACÁRIO, QUANDO FOI COLIDIDA POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA CONFORME CERTIDÃO EXPEDIDA PELA DRA. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM PB 3137, DATADA DE 29/07/2017.

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, 05 de dezembro de 2017.

  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS  
Noticiante



Procedimento Policial: 00055.01.2017.1.02.011





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

03 JAN. 2018

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

CPF da Vítima

113.310.134-80

Data do Acidente

09/06/2016

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Declaração de Existência de IML

Nome completo do Representante Legal



CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pessoa, 12 de Dezembro de 2017

Local e Data

Mikaelly Vasconcelos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017





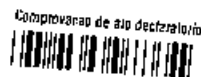
SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



## DECLARAÇÃO

(ATO DECLANATÓRIO)

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 607/076, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1307510, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MIKAEELLY VASCONCELOS DOS SANTOS**, idade 19 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)**, no dia 09/06/2016, na R. Estevão Gerson Carneiro da Cunha, Bairro: Água Fria - João Pessoa - aproximadamente às 13:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ortopedia - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

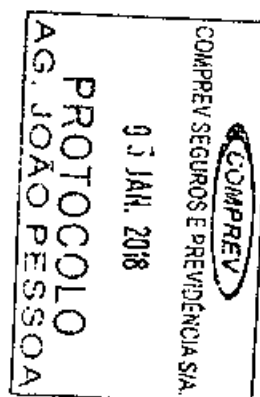
João Pessoa, 15 de Julho de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CREB: Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

**SAMU 192 JP**



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



# 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: | 21/02/2018 |
|------------------------|------------|

|                      |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 1.687,50 |
|--------------|----------|

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04915

CONTA: 000000006141-4

---

---

Nr. da Autenticação 4CC506D20C672E04





## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Reteta para sempre pagamento da data (incluindo da energia elétrica) Nº 000.274.849



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PE - CEP 58071-  
CNPJ 09.093.183 / 0001-40 - Insc. Est. 18.015.8

### DADOS DO CLIENTE

MARIA LUCIA MIRANDA LINS  
RUA JOAO BATISTA CARVALHO MOURA 375 AP 201  
JOAO PESSOA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/806587-2

### REFERÊNCIA

NOV/2017

### APRESENTAÇÃO

09/11/2017

### CONSUMO

148

### VENCIMENTO

17/11/2017

### TOTAL A PAGAR

R\$ 136,52

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

MARIA LUCIA MIRANDA LINS

Rotário: 04-005-050-4350

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/11/2017

### VENCIMENTO

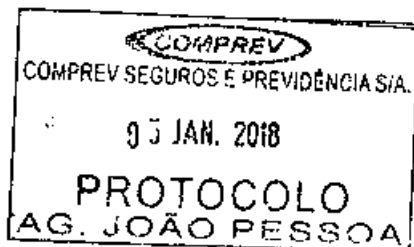
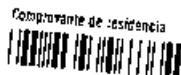
17/11/2017

### TOTAL A PAGAR

R\$ 136,52

### MATRÍCULA

806587-2017- 11-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:42:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709424564700000035054594>

Número do documento: 20111709424564700000035054594



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 0800 0221204 ou 0800 221206 (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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL/ACBXTIPO31ACODIG-29626>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu WEBER DA CUNHA REGO, inscrito (a) no CPF 569.951.994, 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIRAELELY VASCONCELOS DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.310.134/88, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MIRAELELY VASCONCELOS DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.310.134/88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaração Circular SUSEP 445/12



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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<br><u>RUA JOÃO BATISTA CARVALHO MOURA</u> |                              | Número<br><u>375</u>     | Complemento                                      |
| Bairro<br><u>JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA</u>       | Cidade<br><u>JOÃO PESSOA</u> | Estado<br><u>PB</u>      | CEP<br><u>58053-150</u>                          |
| Email                                              |                              | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>83. 98888. 0129</u> |

JOÃO PESSOA, 14 de DEZEMBRO de 2017  
Local e Data

Webster da Cunha Rego  
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





## Declaração do Proprietário do Veículo

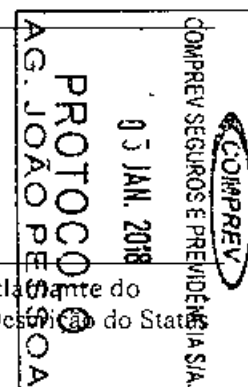
Eu, WAGNER DA COSTA MALARÍO,  
 RG nº 3.538.665, data de expedição 30/10/10, Órgão SSP/PB,  
 portador do CPF nº 106.177.394.98, com Domicílio na  
 cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde  
 resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua ABIDIAS ABIDON DE ARAUJO  
 nº 502, complemento, \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que  
 o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
 ocorrido com a vítima MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS,  
 cujo o condutor era MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA  
 Ano: 2013/2013  
 Modelo: HONDA /CG 225 FAN KS  
 Placa: OFX-4086  
 Chassi: 9E2SE4110D2735689  
 Data do acidente: 09/06/2016

Local e data: João Pessoa/PB - 27/11/2017

X Wagner da Costa Malaríio  
 Assinatura do Declarante Proprietário  
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do  
 sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Destino do Stat



**CARTÓRIO CELEIDA**  
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
 COMARCA DA CAPITAL  
 Rua Azevedo Monteiro, s/nº - Fátima - João Pessoa - Paraíba - CEP: 55011-001 - Fone: (33) 3211-4071  
 Reconheço Por Autenticidade a firma de WAGNER DA COSTA  
 (Nº 104210), J. Pessoa-PB, 27/11/2017 14:10:36 Emol  
 R\$9,23 Farpem: R\$0,27 Fepj: R\$1,85, ISS: R\$0,46. Em test da  
 verdade. ESCRIVENTE TATIANE PEREIRA DA SILVA, foto  
 10052167-HMT Consulte em  
 eodiotatiane@cartorioceleida.com.br





Documentação médica - hospitalar



## CERTIDÃO

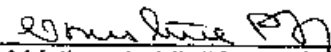
Nº. 1106/2016

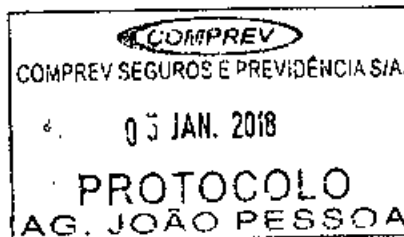
Atendendo solicitação de **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 859367 pertencente ao mesmo que foi atendido no dia 09/06/2016 às 14H31min, vítima De colisão carro x moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em radio distal desalinhada. Realizado procedimento clínico.

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

João Pessoa, 29 de julho de 2016

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



05



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 859367 Ad: Não Requi  
Data: 09/06/2016  
Hora: 14:31:28  
Recepcionista: JUSSARA DOS SANTOS E  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.06.000728

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3814302 Fone: 988631695

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/11/1996 Id: 19 ano(s)

End.: RUA EUGENIA DE OLIVEIRA LIMA, 134

Bairro: FUNCIONARIOS II Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: JOSE RONALDO SEVERINO DOS SANTOS

Mae: MARINALVA VASCONCELOS DOS SANTOS

Ocupação: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 988631695 / IDENTIDADE: 3814302

Procedencia: BAIRRO JOSE AMERICO

**FATURADO**

Transporte utilizado: SAMU/ COLISAO MOTO X CARRO NA RUA JERSON CARNEIRO

Vitima de acidente por: DA CUNHA PROX A NET AS 13:30HS CONDUTORA

Vitima de violência por: ENS. MEDIO COMP. PARDA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vômito

Observacao

Queixa Principal

Colisão carro moto, Trauma em punho D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

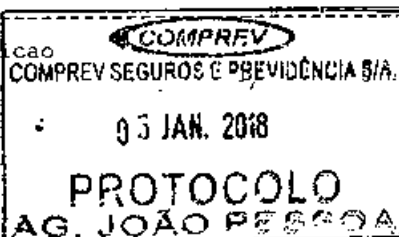
Paciente com lesões no punho direito, com dor e inchaço.

Diagnostico

Conduta

Rx punho D  
Cura de ORTOPEDIA

Prescrição



Horario da medicacao



030106-61  
030101-43

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

DESTINO DO PACIENTE  
[ ] Alta a pedido  
[ ] Residência  
[ ] Transferido  
[ ] Desistência  
[ ] UTI  
Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

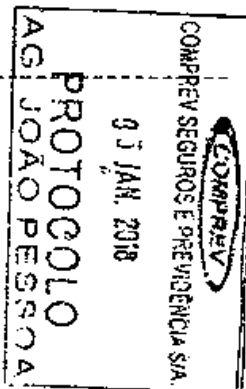
PROCEDIMENTO REALIZADO

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

Ordem Medicamentos Dose Horário Evolução

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM



Alde e curas  
Dr. Bernardo M. Oliveira  
CRM-PB 9176

Dr. Daniel de Jesus Cavalcante  
MÉDICO  
CRM 924848

Data e Hora da Prescrição (Assinatura e Carimbo)

Dr. Bernardo M. Oliveira  
CRM-PB 9176

# 030106-61  
Reserva médica em caráter de urgência  
para a realização de exames de laboratório  
e para a realização de procedimentos de emergência  
em caso de necessidade.



## 23592792

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
05 JAN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA -- SP/SAOT Nº

23592391

|                                                                 |                                             |                               |                               |                                  |                                 |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 1 - Registro Anís                                               | 2 - Nº Guia Principal                       | 3 - Data de Autenticação      | 4 - Cidade                    | 5 - Tipo de Serviço de Saúde     | 6 - Data de Emissão da Guia     |
| ANIS Nº 0                                                       | 23592391                                    |                               |                               |                                  | 09/08/2018                      |
| <b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>                                    |                                             |                               |                               |                                  |                                 |
| 7 - Nome do Beneficiário                                        | 8 - Plano                                   | 9 - Valor da Guia             | 10 - Nome                     | 11 - Nome do Médico Responsável  | 12 - Nome do Centro Responsável |
| JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO                                    | PLANO EMPRESA APARTAMENTO                   |                               | JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO  | DR. JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO | UNIDADE 1                       |
| <b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>                          |                                             |                               |                               |                                  |                                 |
| 13 - Nome do Contratado Solicitante                             | 14 - Nome do Contratado                     | 15 - Cargo                    | 16 - Número no Contrato       | 17 - Data de Emissão da Guia     | 18 - Data de Emissão da Guia    |
| JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO                                    | CONYCA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HOJIP | 2359808                       | 4516                          | 09/08/2018                       | 09/08/2018                      |
| <b>DADOS DA SAÚDE (AÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS)</b> |                                             |                               |                               |                                  |                                 |
| 19 - Tipo de Serviço                                            | 20 - Descrição                              | 21 - CID 10                   | 22 - CID 11                   | 23 - CID 12                      | 24 - CID 13                     |
| 07                                                              | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                  | S525                          |                               |                                  |                                 |
| 07                                                              | RAIOX PUNHO A.P. - LAT. - OBLÍQUAS          |                               |                               |                                  |                                 |
| <b>DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE</b>                           |                                             |                               |                               |                                  |                                 |
| 25 - Nome do Contratado                                         | 26 - Nome do Contratado                     | 27 - Nome do Contratado       | 28 - Nome do Contratado       | 29 - Nome do Contratado          | 30 - Nome do Contratado         |
| JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO                                    | JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO                | JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO  | JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO  | JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO     | JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO    |
| <b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>                                     |                                             |                               |                               |                                  |                                 |
| 31 - Tipo de Atendimento                                        | 32 - Tipo de Atendimento                    | 33 - Tipo de Atendimento      | 34 - Tipo de Atendimento      | 35 - Tipo de Atendimento         | 36 - Tipo de Atendimento        |
| 07                                                              | 07                                          | 07                            | 07                            | 07                               | 07                              |
| <b>CONSULTA REFERENCIAL</b>                                     |                                             |                               |                               |                                  |                                 |
| 37 - Tipo de Consulta                                           | 38 - Tipo de Consulta                       | 39 - Tipo de Consulta         | 40 - Tipo de Consulta         | 41 - Tipo de Consulta            | 42 - Tipo de Consulta           |
| 07                                                              | 07                                          | 07                            | 07                            | 07                               | 07                              |
| <b>PROCEDEMENTOS E EXAMES REALIZADOS</b>                        |                                             |                               |                               |                                  |                                 |
| 43 - Tipo de Procedimento                                       | 44 - Tipo de Procedimento                   | 45 - Tipo de Procedimento     | 46 - Tipo de Procedimento     | 47 - Tipo de Procedimento        | 48 - Tipo de Procedimento       |
| 07                                                              | 07                                          | 07                            | 07                            | 07                               | 07                              |
| <b>ASSINATURAS</b>                                              |                                             |                               |                               |                                  |                                 |
| 49 - Assinatura do Contratado                                   | 50 - Assinatura do Contratado               | 51 - Assinatura do Contratado | 52 - Assinatura do Contratado | 53 - Assinatura do Contratado    | 54 - Assinatura do Contratado   |
|                                                                 |                                             |                               |                               |                                  |                                 |



Misselly Vasconcelos de  
Santos

2. Sociedade por trabalho de  
força do tipo aberto  
doméstico, necessária para  
sustento. Cumprido  
com a força com fins  
de sobrevivência.

R. Lima, 09/06/16

Mapa Cód. Fortaleza (85) 3155.9090 C. 24h: 0300.7893630  
Sinal. Al. (82) 3215.2500 (92) 3627.9300 (71) 3203.6700  
(88) 3512.1515 (88) 3613.1242 (98) 3217.3400 (94) 3289.5500  
Paraná (83) 3208.2100 (83) 3321.9200 (84) 3246.7100  
(84) 3220.5050 (84) 3316.1170

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
03 JAN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
36561483



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

13/07/2016 08:30:59

|                                                                         |                                 |                                  |              |       |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------|-------|
| Prontuário                                                              | Nome do Paciente                | Sexo                             | Nascimento   | Idade |
| 13768110                                                                | MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS | F                                | 27/11/1996   | 19    |
| RG                                                                      | CPF                             | Carteira Profissional            | Estado Civil |       |
| SSDS PB                                                                 | 11331013488                     |                                  | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço                                                                |                                 |                                  |              |       |
| R EUGENIA DE OLIVEIRA LIMA 134 FUNCIONARIOS JOAO PESSOA-PB CEP:58000000 |                                 |                                  |              |       |
| Telefone Residencial                                                    | Telefone Trabalho               | Nome da Mãe                      |              |       |
| 98642 5903                                                              |                                 | MARINALVA VASCONCELOS DOS SANTOS |              |       |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                       |       |           |                  |
|---------------------------------------|-------|-----------|------------------|
| Setor                                 |       |           |                  |
| 118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP     |       |           |                  |
| Data                                  | Hora  | Matricula | Tipo Documento   |
| 10/06/2016                            | 09:22 |           |                  |
| Médico Atendente                      |       |           | Clinica          |
| 29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO |       |           | 4-CIRURGICA      |
| Médico Acompanhante                   |       |           | Tipo Atendimento |
| 29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO |       |           | 0 INTERNACAO     |
| Avaliação médica                      |       |           |                  |

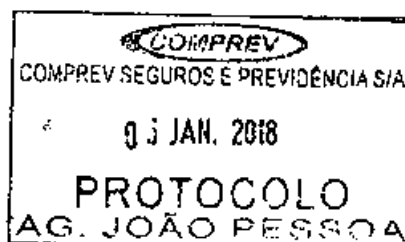
DADOS DO CONVENIO

|                          |                                 |            |
|--------------------------|---------------------------------|------------|
| Convenio                 | Plano                           | INDIVIDUAL |
| 1822-HAPVIDA JOAO PESSOA | 4-PLANO INDIVIDUAL ENFERMARIA - | COLETIVO   |
| Carteira                 | Validade                        |            |
| 30100873937012021        |                                 |            |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|         |              |           |                                                        |
|---------|--------------|-----------|--------------------------------------------------------|
| Posto   | Acomodação   | Leito     |                                                        |
|         |              |           |                                                        |
| N. Guia | Procedimento | Senha     | Descrição                                              |
| 1631709 | 99996666     | C10434145 | INTERNACAO                                             |
| 1631709 | 30721199     | C10434145 | FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO |

Remessa: 109076



R4310R1 - LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA NETO



## EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome do paciente: Wendell Simão  
Idade: 19 Leito: 107 Dias de internação: \_\_\_\_\_  
HD: \_\_\_\_\_ Unidade: Neurologia

| ACTE F.G. DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO       | EXAME FÍSICO                               |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1. Nível de Consciência e Comportamento     | 8. Controlos Vitais (Média do Período)     |
| 2. Comunicação / Respostas                  | 9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias    |
| 3. Alimentação - Sono e Repouso             | 10. Membros / Sistema Vascular             |
| 4. Tipos de Suporte Respiratório e Cardíaco | 11. Pele / Evolução da Ferida              |
| 5. Sinais                                   | 12. Sinais e Sintomas Referidos            |
| 6. Análises - Sistema Respiratório          | 13. Exames e Procedimentos Realizados      |
| 7. Sinais e Sintomas                        | 14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro |

[illegible]

# CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Nome: Alfonso Varoncelos Santos Idade: \_\_\_\_\_  
 Prontuário: 01. Rafael Lima Data de admissão: 6/1  
 Médico: \_\_\_\_\_  
 Acomodação: \_\_\_\_\_

## FASE DE ADMISSÃO

Local de origem: Unidade Horário: \_\_\_\_\_  
 Nome: Luciano Cunha (ID) \_\_\_\_\_  
 Equipe: \_\_\_\_\_

Marque com um "X" as opções do checklist:

| ANTES DE ENCAMINHAR AO CC - CONFIRMAR (Enfermagem do setor de admissão do paciente) |                                     |                          |                          | Setor: <u>Unidade</u>                          |                                     |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ITENS DE VERIFICAÇÃO                                                                | S                                   | N                        | NSA                      | ITENS DE VERIFICAÇÃO                           | S                                   | N                        | NSA                      |
| Identificação do paciente.                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Exames de imagem.                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avaliação pré-anestésica.                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retirada de adornos/prótese e guarda adequada. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Identificação da lateralidade pelo V.A.                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Termo de consentimento concedido - cirurgia.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Confirmação de vaga em UTI.                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Termo de consentimento concedido - anestesia.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exatidão de anotações.                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Confirmação de reserva de sangue.              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Procedimento e Zhanes.                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ASSINATURA: _____                              |                                     |                          |                          |

| ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista do BO): |                                     |                          |                          | Setor: <u>Unidade</u>                                                                                       |                                     |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ITENS DE VERIFICAÇÃO                                                    | S                                   | N                        | NSA                      | ITENS DE VERIFICAÇÃO                                                                                        | S                                   | N                        | NSA                      |
| Confirmação de identidade do paciente.                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Confirmada reserva e disponibilidade de sangue e risco de perda sanguínea (>500ml/adulto - 7ml/kg Criança). | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prontidão de equipe.                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Via aérea difícil / risco de aspiração.                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OPA e de acordo.                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Confirmação de vaga em UTI.                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Checklist completo dos equipamentos.                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Checkagem completa das medicações a serem utilizadas.                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entrevista com o paciente.                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                             |                                     |                          |                          |

| ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista/cirurgião): |                                     |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ITENS DE VERIFICAÇÃO                                                       | S                                   | N                        | NSA                      |
| Identificação da equipe cirúrgica                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgião, anestesiista e enfermeira verbalmente confirmam:                |                                     |                          |                          |
| Lateralidade do procedimento.                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paciente certo.                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sítio cirúrgico identificado.                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:                                         |                                     |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ITENS DE VERIFICAÇÃO                                                     | S                                   | N                        | NSA                      |
| Revisão do diagnóstico                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Revisão da instrumental específico para o procedimento a ser realizado.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Checklist de equipamento necessário ao procedimento e o funcionamento.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Revisão da proficiência realizada nos últimos 60 min.                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Revisão do anestesiista                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Revisão da equipe e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Revisão da enfermagem                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Revisão do material necessário ao procedimento em sala e funcionando.    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Revisão do material confirmado a validade.                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| APÓS O INÍCIO DO PROCEDIMENTO - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista/cirurgião):                                              |                                     |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ITENS DE VERIFICAÇÃO                                                                                                       | S                                   | N                        | NSA                      |
| Todos os registros relativos ao procedimento devidamente realizados.                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Realização da contagem e conferência de materiais, instrumentais, compressas e/ou agulhas de sutura.                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Identificação e acondicionamento correto de material a ser encaminhado para análise laboratorial e/ou anatomia patológica. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desenvolvimento de guias e, ou relatórios pelo médico cirurgião.                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manutenção do fecho do fecho elevado 30° a 45°.                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientação de posicionamento de membros.                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Realização de cuidados com drenos e sondas.                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Legenda: S = Sim / N = Não / NSA = Não se aplica

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA  
 03 JAN 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



ABRIL

Emissão 10/06/2016 17:19:31

Prescrição: 0009810523 Atendimento: 36561483

Prontuário: 13768110

Data: 10/06/2016 Hora: 10:42

ente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1ANDAR - HGJP

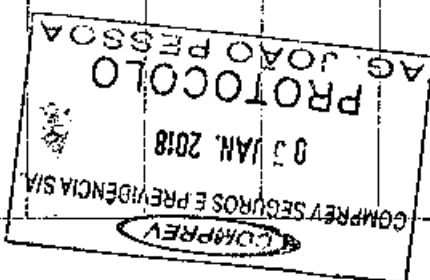
Peso: 65.00 kg Leito: 1A-103/1

# PREScrição MÉDICA

## HORÁRIOS

DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

| hidratação<br>fenosa                 | Fase Única | Vol. Total:        | 500 ml | 7.00 | gts/minAcesso Periférico | 16:00               |
|--------------------------------------|------------|--------------------|--------|------|--------------------------|---------------------|
| ORO FISIOLÓGICO 0,9%                 | 20.83      | m/Kcal/dia         | 500ml  |      |                          |                     |
| CEFAZOLINA SODICA (1.00g)<br>(100/1) | 1g         | 1FRAP (C10GR)      | 10 ml  | 8/8h | EV                       | 18:00 : 11/06-02:00 |
| PROFENID-IV (100.00mg)               | 100mg      | 1FRAP (C100MG)     | 100 ml | 8/8h | EV                       |                     |
| Suspensão às 10:56 hs de             |            |                    |        |      |                          |                     |
| 10/06/16                             |            |                    |        |      |                          |                     |
| 2PROMAX (500.00mg/ml)                | 1000mg     | 2ML (AMPL C/500MG) | 18 ml  | 6/6h | EV                       |                     |
| Suspensão às 10:56 hs de             |            |                    |        |      |                          |                     |
| 10/06/16                             |            |                    |        |      |                          |                     |
| FRANAL (50.00mg/ml)                  | 100mg      | 2ML (AMPL C/100MG) | 100 ml | 8/8h | EV                       |                     |
| Suspensão às 10:56 hs de             |            |                    |        |      |                          |                     |
| 10/06/16                             |            |                    |        |      |                          |                     |
| PLAMET (5.00mg/ml)                   | 10mg       | 2ML (AMPL C/10MG)  | 18 ml  | 8/8h | EV                       | 18:00 : 11/06-02:00 |
| Agua Destilada                       |            |                    |        |      |                          |                     |



|                                |    |      |
|--------------------------------|----|------|
| 3ONDAGEM VESICAL DE ALIVIO     | SN |      |
| 2URATIVO MEDIO+SF+GAZE         |    | 6:00 |
| 2COLCHOADA                     |    |      |
| 2UNCAO C/ JELCO                | SN | 6:00 |
| 3INAIS VITAIS                  |    |      |
| 3ELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS |    |      |
| 2ETIRADA DE DRENO DE           | SN | 6:00 |
| 2ORTOVAC                       |    |      |
| 2URATIVO COM ATADURA E GAZE    |    |      |
| 2COCHOADA MEDIO                |    |      |
| 2OMPRESSÃO COM ETÉR            | SN |      |
| 2ita em: 11/05/2016            |    |      |
| ALTA MÉDICA BRADO              |    |      |



TIPO DE  
PROBIA

Emissão 10/06/2016 17:19:31

Prescrição: 0009810523

Atendimento: 38561483

Prontuário: 13768110

Data: 10/06/2016

Hora: 10:42

ente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1ANDAR - HGJP

Peso: 65,00 kg

Leito: 1A-103/1

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

Ata dada por: RAFAEL LARA DE FREITAS

Assinatura para o SIND

EROFIX

Ass.

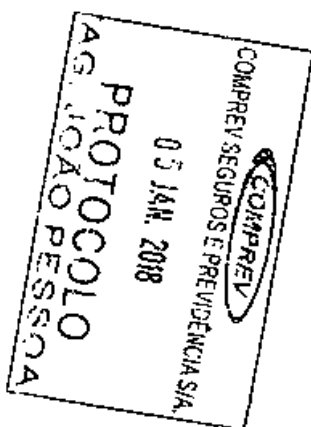
Legenda horário :



Indica item não administrado.



Indica item checado.





## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
11/06/2016 01:44 AM

Nº Prescrição: 9816772 Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS S/ Prontuário: 13768110 Data: 10/06/2016 Hora: 22:57  
Atendimento: 36561493 Leito: 1A-107 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

### 2 - REALIZAR/REGISTRANDO

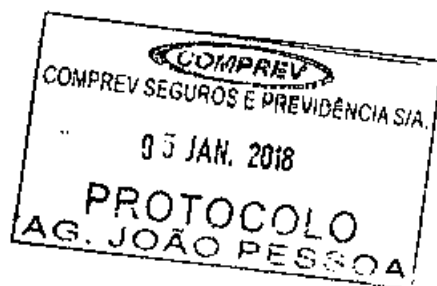
Sinais Vitais - Pressão Arterial 19:00 11/06 01:00 11/06 07:00

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

|                  |                                                                                                         |                    |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 10/06/2016 20:00 | PACIENTE EM IDPO DE FRATURA DE PUNHO CONCIENTE, ORIENTADA EM AVP, ATB, SEQUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM | ED JANEIDE VICENTE |
| 11/06/2016 02:00 | PACIENTE MCPM                                                                                           | ED JANEIDE VICENTE |
| 11/06/2016 03:00 | PACIENTE SEQUE EM SONO E REPOUSO PRESERVADO                                                             | ED JANEIDE VICENTE |
| 11/06/2016 08:00 | PACIENTE SEQUE MCPM VERIFICADOS SSVV SEQUE SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM                       | ED JANEIDE VICENTE |

### PROFISSIONAIS

ED JANEIDE VICENTE DOS SANTOS (COREN 696786)





# FICHA DE ANESTESIA

Nome: Uzielly Vanessa Santos Data: 10 de 16  
 Idade: 19 Sexo: F X M ( )  
 Frontal: 17768100 Convênio: Seguradora  
 Diagnóstico: Fratura exposta metacarpo 5º (perna)  
 Cirurgia: FD, curativo Anestesia: SP, pleura + sedação  
 Cirurgião: Roberto Long ASA: 2

Grid for vital signs and monitoring. Includes handwritten notes and markings.

PROTÓCOLO  
 05 JAN 2018  
 COMPREVE  
 COMPREVE PREVIDÊNCIA S/A

| DROGAS |  |  |  | EVENTO |                             |
|--------|--|--|--|--------|-----------------------------|
| 100cc  |  |  |  | A      | MONITORAMENTO               |
| 100cc  |  |  |  | B      | INDICAÇÃO HSD H2O           |
| 100cc  |  |  |  | C      | Aspirar e substituir o tubo |
| 100cc  |  |  |  | D      | Placa via ardoz (com)       |
| 100cc  |  |  |  | E      |                             |
| 100cc  |  |  |  | F      |                             |
| 100cc  |  |  |  | G      | Aplicar F.O. (do ardoz)     |
| 100cc  |  |  |  | H      | Curativo de WPP             |
| 100cc  |  |  |  | I      |                             |
| 100cc  |  |  |  | J      |                             |

| VOLUME | PERDAS | VOLUME | SALDO |
|--------|--------|--------|-------|
| 100cc  |        |        |       |

|                |       |                  |        |
|----------------|-------|------------------|--------|
| Entubação:     | Oro   | Naso             | Sonda: |
| Respiração:    | Espon | Assist.          | Mecan. |
| Absorvedor de: | Sem   | Com              |        |
| Posição:       | Prone | Local da Punção: |        |
| Agulha:        | 25G   | Técnica:         | Prone  |
| Início:        | 11:00 | Final:           | 11:45  |
| Duração:       | 45min |                  |        |

Ass. Anestesiista - CRM 13.210.000 / 11/2018





## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJP

13/07/2016 08:29

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36553030 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO Nº: 04983753 09/06/2016 às 23:26 Idade: 118215  
CRM 4518

### ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

CID10

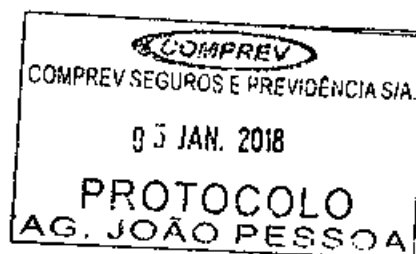
S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

### DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10

S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO





## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HCJP

13/07/2016 08:26

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36549501 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): MARCOS VINÍCIOS AMORIM FREITAS Nº: 04979124 09/06/2016 às 17:45 Idto:

CRM 7605

### ANAMNESE

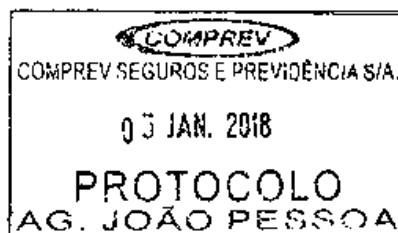
CID10

S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Queixas e Sintomas Gerais

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 5 HORAS

HDA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:42:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709424564700000035054594>

Número do documento: 20111709424564700000035054594

Num. 36724670 - Pág. 29



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

13/07/2016 08:30

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36553030 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO COREN Nº: 04983861 09/06/2016 às 23:39 leito: 116215  
783734

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE TRAMAL AMPL 100MG O EV ADMINISTRADO AS 23:39, EM 09/06/2016  
SUPORTE RESP. GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO, COREN/PB 783734.



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

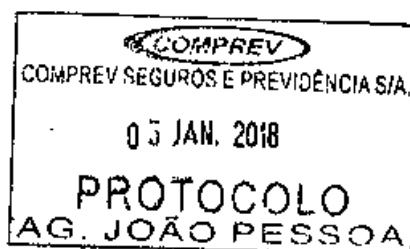
Emissão: 13/07/2016 08:30:33

|                                                                  |                               |                                            |                  |                  |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|------------------|------------------|
| Nº Prescrição: 9806884                                           | Atendimento: 38553030         | Prontuário: 13768110                       | Data: 09/06/2016 | Hora: 23:28      |
| Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS                        | Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA | Posto: POSTO EMERGENCIA ADT - HOSP JOAO PE | Peso: kg         | Leito: 118215/27 |
| 1 TRAMAL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL C/100MG Agora EV          |                               |                                            |                  |                  |
| Agua Destilada 100 ml                                            |                               |                                            |                  |                  |
| 7 Alta em: 09/08/2016 a partir de 23:30 ALTA AMBULATORIAL NORMAL |                               |                                            |                  |                  |
| Alta dada por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO                      |                               |                                            |                  |                  |

RP1541

LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 13/07/2016 08:30

10:1 22 00



13/7/2016

22



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:42:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709424564700000035054594>

Número do documento: 20111709424564700000035054594

**BOLETIM DE CIRURGIA**

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJP

13/06/2016 15:55

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36561483 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS CRM 87841 Nº: 04989574 10/06/2016 às 10:46 Leito: 1A-103

**DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico Clínico S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Diagnóstico Cirúrgico S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

**DADOS DA CIRURGIA**

Data Da Cirurgia 10/06/2016

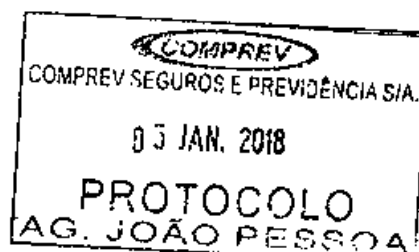
Hora Da Cirurgia 10:46

Cirurgia OSTEOSSINTESE COM FIOS PERCUTANEOS

Cirurgião DR RAFAEL LARA

Anestesiata DR JULIANO

Descrição Cirúrgica  
1-ANESTESIA  
2-ANTISEPSIA + ASSEPSIA  
3-COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRURGICO  
4-REDUÇÃO DO FRAGMENTO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM 02 FIO DE KIRCHNEER NO PUNHO DIREITO  
5-CONTROLE FLUOROSCOPICO OK  
6-TALA GESSADA TIPO LUVA





**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**1468885698**

**MARCELLY VASCONCELOS DOS SANTOS**



DIGIT. IDENTIFIC. / CÓD. EMISSOR DE  
3814302 6309 T-1 PB

CW 113-310-134-88 27/11/1996

NOME  
**JOSE RONALDO SEVERIANO DOS SANTOS**  
**MARINALVA VASCONCELOS DOS SANTOS**

FOTOGRAFIA ACC CÍVIL AD

VALIDADE 19/01/2020 1ª Inscrição 31/08/2015

**RESERVAÇÃO**

*marcelly vasconcelos dos santos*

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL **JOÃO PESSOA, PB** DATA EMISSÃO **29/03/2017**

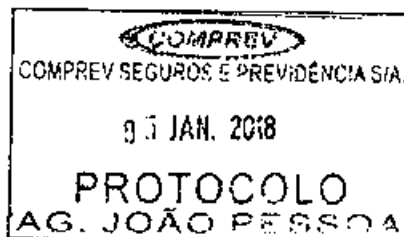
*João Pessoa*

**48156659491**  
**PB034389261**

ABRANGÊNCIA DA EMISSÃO

**PARAÍBA**

**1468885698**



Documentos de identificação



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**SECRETARIA NACIONAL DE HABITABILIDADE**  
**SECRETARIA NACIONAL DE HABITABILIDADE**

**NOBRE**  
**WEBER DA CUNHA REGO**

**DIGITACION T. D. C. A. M. S. P. B.**  
 1207482 SS2 PB

**C/P**  
 569.951.954-72 **DATA NASCIMENTO**  
 01/03/1968

**RESIDÊNCIA**  
 VICENTE DA CUNHA REGO  
 JOSEFA SOARES DA CUNHA  
 REGO

**RESIDÊNCIA**  
 02849644421 **ACE**  
 12/12/2018 **CATEGORIA**  
 21/01/1998

**OBSERVAÇÕES**

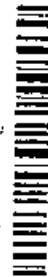
*Webster da Cunha Rego*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
 JOAO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO**  
 12/12/2013

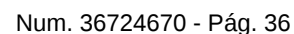
*Prothier da Cunha Rego*  
 ASSINATURA DO EMISSOR

**06085645137**  
**PB027623637**

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 03 JAN. 2018  
**PROTOCOLO**  
 AG. JOÃO PESSOA



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
9 JAN. 2018  
PROTOCOLO  
VAG. JOAO PESSOA



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS** Sinistro: **3180022610** Data: **09/06/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Manaus, 74 - Grotão - João Pessoa - PB - CEP 58079-778**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **Ssp /PB** ] **3814302**

Data local do exame: [ **23/01/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**Fratura de rádio distal direito. Acidente 09/06/2016 Ao exame : edema +limitação de flexo extensão em punho direito em 50 %**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**Cirurgia em 10/06/2016 e alta em 12/07/2016**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação motora**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Punho direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180022610 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/06/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de rádio distal direito

**Descrição do exame médico pericial:** Acidente 09/06/2016.

Ao exame : edema e limitação de flexo extensão em punho direito em 50 %.

**Resultados terapêuticos:** Cirurgia em 10/06/2016 e alta em 12/07/2016.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/01/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do punho devido ao edema e limitação da flexo-extensão articular.  
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Umberto Jansen de Moraes Lima

**CRM do médico:** 5769

**UF do CRM do médico:** PB

### 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 punhos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## IDENTIFICAÇÃO

07/11/2019

VÍTIMA ALBAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS  
 DATA DO ACIDENTE 09/06/2016 CPF DA VÍTIMA 203.310.034-88  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA MANAUS  
 Nº 74 COMPLEMENTO BAIRRO GROSSO  
 CIDADE - JOÃO PESSOA UF PB CEP 58079-778  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: DECLARAÇÃO DO PRO REI ETARIE  
 DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (N) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL) 5792V  
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELO VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA OCULTIVA  
 (P) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS REALIZADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, QUÍMICA, LABORATÓRIO, HOSPITAL, CONSULTA MÉDICA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) REPRESENTANTE LEGAL, É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## FORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00  
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATE R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO.

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 012 1104

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO E ENTREGUE

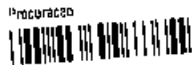
DATA 11/11/2017IDENTIDADE 3874302ASSINATURA Albaelly Vasconcelos

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

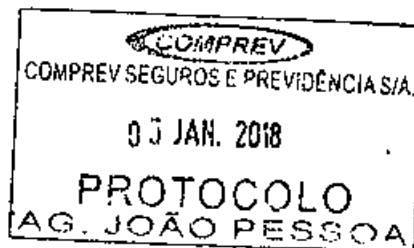
DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: Mikaelly Vasconcelos da Santa  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: Solteira  
PROFISSAO: Corretora de seguros Nº DO RG: 064.50699.871  
ORGÃO EMISSOR: DETRAN/PB DATA DE EMISSÃO: 19/01/2020  
Nº CPF: 113.310.134-88 ENDEREÇO: R. Marins, 79 Gruta  
SÃO PESSOA/PB - 58079-778

OUTORGADO: WEBER DA CUNHA RELO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO  
PROFISSAO: AUTÔNOMO Nº DO RG:   
ORGÃO EMISSOR: DETRAN DATA DE EMISSÃO: 12/12/2013  
Nº CPF: 569.951.994-72 ENDEREÇO: RUA JOSE BASTIAN DE  
CARVALHO MOURA N. 775 APT. 702 EDE. LUIZA LUIZA JAFERIA  
CIDADE UNIVERSITARIA - SÃO PESSOA/PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Mikaelly Vasconcelos dos Santos, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOAO PESSOA, 06 de DEZEMBRO de 2017.

4º OFÍCIO

Mikaelly Vasconcelos da Santa  
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por

TRAVASSOS

4º TABELADO DE NOTAS  
Av. Pq. 300 - Lameira - 501 50 030 100 - João Pessoa  
FAX: (83) 32478 / 32411-9039  
contato@travassos.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimada(s) de  
Mikaelly Vasconcelos dos Santos  
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 06/12/2017 11:07:30  
Jacqueline Malheiros Claudino - ESCRIVENTE  
(2017-015255)EML:R\$ 29,25 FAFEM:R\$ 0,27 FEP:R\$ 1,85 ISS:R\$ 0,46  
SELO DIGITAL: AGC12576-78TG  
Confira a autenticidade em <https://selo.digital.br>



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

3180022610

CPF da Vítima

113.310.134-88

Nome completo da vítima

Mikaelly Vasconcelos dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                 |             |                      |           |                |  |
|---------------------------------|-------------|----------------------|-----------|----------------|--|
| Nome completo                   |             | CPF titular da conta |           | Profissão      |  |
| Mikaelly Vasconcelos dos Santos |             | 113.310.134-88       |           | Recusou        |  |
| Endereço                        |             | Número               |           | Complemento    |  |
| Rua Manaus                      |             | 74                   |           |                |  |
| Bairro                          | Cidade      | Estado               | CEP       | Telefone (DDD) |  |
| Gnótao                          | João Pessoa | PB                   | 58079-778 |                |  |
| Email                           |             |                      |           |                |  |

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                              |  |                                                                                                |  |                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR<br><input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> SEM RENDA<br><input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 |  | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00<br><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00   |  | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |  |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |  |                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)                                      |  |                                                        |  |
| AGÊNCIA NRO.<br>4915<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                           |  | D/V<br>CONTA NRO.<br>6141<br>(Informar dígito se existir)                                    |  | BANCO Nome<br>NRO.<br>AGÊNCIA NRO.<br>D/V<br>CONTA NRO.<br>D/V<br>(Informar dígito se existir) |  | (Informar dígito se existir)                           |  |

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

João Pessoa 02 de Fevereiro de 2018  
Local e Data

Mikaelly Vasconcelos dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA Loterias

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

033-559024948-0

02/FEV/2018

HORA DF 16:27:24

LOT: 13.23215-7

TERM: 049322

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0037

CONTROLE: 065888320

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4915 013 00006141-4

MIKAELLY V SANTOS

VALOR

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

033-559024948-0

1ª VIA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

