

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA**

Nº Sinistro: **3180516791**

Vitima: **ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA**

Data do Acidente: **10/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180516791**.

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 13556199



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA**

Sinistro: **3180516791**

Vítima: **ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA**

Data do Acidente: **10/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO**

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 3180516791** 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** 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


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)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

059.613.774-58

Nome completo da vítima

Elinaldo Teixeira Nobrega

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Elinaldo Teixeira Nobrega		CPF titular da conta 059.613.774-58	Profissão Promotor de Vendas
Endereço Rua Severino Inacio		Número 27	Complemento Casa
Bairro CJ Noe Trajano	Cidade Patos	Estado Paraíba	CEP 58705350
Email emmanoela@hotmail.com.br		Telefone (DDD) (83) 9 9655-9484	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☒ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO. 0043 (Informar dígito se existir)		D/V 		CONTA NRO. 00138915 (Informar dígito se existir)	
D/V 3 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome 			
AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)		D/V 		CONTA NRO. (Informar dígito se existir)	
D/V (Informar dígito se existir)		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.

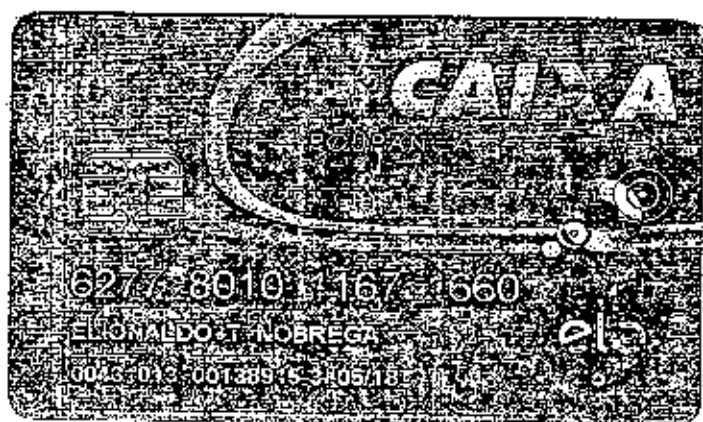
Patos 10 de outubro de 2017

Local e Data

Elinaldo Teixeira Nobrega

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 059.613.774-58	Nome completo da vítima Elinaldo Teixeira Nobrega
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Elinaldo Teixeira Nobrega		CPF titular da conta 059.613.774-58	Profissão Promotor de Vendas
Endereço Rua Severino Inacio		Número 27	Complemento Casa
Bairro CJ Noe Trajano	Cidade Patos	Estado Paraíba	CEP 58705350
Email emmanoela@hotmail.com.br			Telefone (DDD) (83) 9 9655-9484
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, que moro no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
☒ RECURSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (Somente para os bancos abaixo) BANCO _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____	CONTA NRO. _____ D/V _____	16 NOV. 2017 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A PROTOCOLO	

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.

Patos, 10 de outubro de 2017
Local e Data

Elinaldo Teixeira Nobrega

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3433.3553

Bolém de ocorrência



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a Ocorrência nº 4342/2017, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos VINTE E SETE (27) dias do mês de SETEMBRO do ano DOIS MIL E DEZESSETE (2017), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **ELIONALDO TEIXEIRA NÓBREGA**, Brasileiro, RG 3086468 SSP/PB, CPF 059.613.774 58, Natural de Patos/PB, Nascido em 24/03/1986, Filho de Eliomar Teixeira Nóbrega e de Maria de Fátima Teixeira Nóbrega, Residente na rua Severino Inácio, 27, Noé Trajano, Patos/PB, Tel. (83) 9.9964 5456, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data de (10/07/17) por volta de 12h00min o (a) declarante estava em sua motocicleta, UMA(01) Moto HONDA/CG 150 TITAN KS, Placa: MMX 4264/PB, Chassi: 9C2KC08104R028876, Renavam: 00826508189, Ano: 2004/04, Cor: Vermelha, Licenciada em nome de seu irmão, o senhor Eliomar Umbelino Nóbrega Filho; Que o declarante estava em sua moto na rua João Gomes, Noé Trajano em Patos/PB quando colidiu com outra moto; Que o declarante afirma que após a colisão perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao chão; Que o declarante foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao HRP de Patos/PB; Que o declarante teve fraturas na mão e no punho esquerdo.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

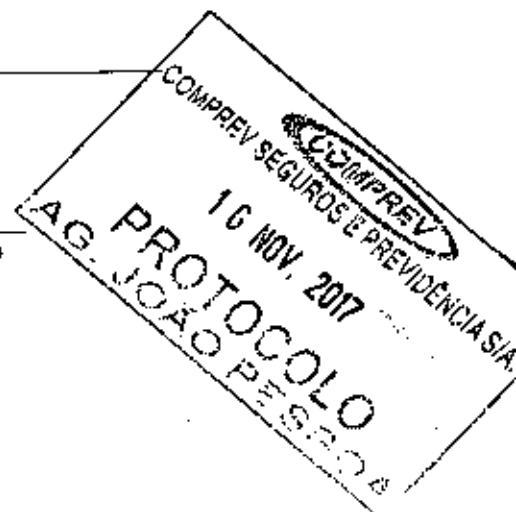
TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Elinaldo Teixeira Nóbrega

Patos/PB, 27 de setembro de 2017.

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)
Hermando Barbosa Rodrigues
Mat.168.548-1





Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3423-2553

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 4342/2017**, cujo teor passou a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E SETE (27)** dias do mês de **SETEMBRO** do ano **DOIS MIL E DEZESSETE (2017)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **ELIONALDO TEIXEIRA NÓBREGA**, Brasileiro, RG 3086468 SSP/PB, CPF 059.613.774 58, Natural de Patos/PB, Nascido em 24/03/1986, Filho de Eliomar Teixeira Nóbrega e de Maria de Fátima Teixeira Nóbrega, Residente na rua Severino Inácio, 27, Noé Trajano, Patos/PB, Tel. (83) 9.9964 5456, a fim de notificar o seguinte:

Que, o (a) declarante estava em sua motocicleta, UMA(01) Moto HONDA/CG 150 TITAN KS, Placa: MMX 4264/PB, Chassi: 9C2KC08104R028876, Renavam: 00826508189, Ano: 2004/04, Cor: Vermelha, Licenciada em nome de seu irmão, o senhor Eliomar Umbelino Nóbrega Filho; Que o declarante estava em sua moto na rua João Gomes, Noé Trajano em Patos/PB quando colidiu com outra moto; Que o declarante afirma que após a colisão perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao chão; Que o declarante foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao HRP de Patos/PB; Que o declarante teve fraturas na mão e no punho esquerdo.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Eliomar Umbelino Nóbrega Filho

Patos/PB, 27 de setembro de 2017.

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)
Hermendo Barbosa Rodrigues
Mat.168.548-1

ALDO XAVIER - SERV. NOTARIAL E REGISTRAL
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 214 - Centro CEP: 58700-020
Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 17/10/2017 09:56:29
Djalma de Souza Santos - Tabelião Substituto
[2017-021195] EPM:RS 2,31 FAFPM:RS 0,27 FEPJ:RS 0,46 ISS:RS 0,07
SELO DIGITAL: AFY10350-4W6G
Confirma a autenticidade em <https://selodigital.tribuna.org.br>





Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3433-3553

Boletim de ocorrência



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a Ocorrência nº 4342/2017, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E SETE (27)** dias do mês de **SETEMBRO** do ano **DOIS MIL E DEZESSETE (2017)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **ELIONALDO TEIXEIRA NÓBREGA**, Brasileiro, RG 3086468 SSP/PB, CPF 059.613.774 58, Natural de Patos/PB, Nascido em 24/03/1986, Filho de Eliomar Teixeira Nobrega e de Maria de Fátima Teixeira Nóbrega, Residente na rua Severino Inácio, 27, Noé Trajano, Patos/PB, Tel. (83) 9.9964 5456, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data de (10/07/17) por volta de 12h00min o (a) declarante estava em sua motocicleta, UMA(01) Moto HONDA/CG 150 TITAN KS, Placa: MMX 4264/PB, Chassi: 9C2KC08104R028876, Renavam: 00826508189, Ano: 2004/04, Cor: Vermelha, Licenciada em nome de seu irmão, o senhor Eliomar Umbelino Nóbrega Filho; Que o declarante estava em sua moto na rua João Gomes, Noé Trajano em Patos/PB quando colidiu com outra moto; Que o declarante afirma que após a colisão perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao chão; Que o declarante foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao HRP de Patos/PB; Que o declarante teve fraturas na mão e no punho esquerdo.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Eliandro Teixeira Nobrega

Patos/PB, 27 de setembro de 2017.

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)
Hermendo Barbosa Rodrigues
Mat.168.548-1





Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3423-2553

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 4342/2017**, cujo teor passou a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E SETE (27)** dias do mês de **SETEMBRO** do ano **DOIS MIL E DEZESSETE (2017)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **ELIONALDO TEIXEIRA NÓBREGA**, Brasileiro, RG 3086468 SSP/PB, CPF 059.613.774 58, Natural de Patos/PB, Nascido em 24/03/1986, Filho de Eliomar Teixeira Nobrega e de Maria de Fátima Teixeira Nóbrega, Residente na rua Severino Inácio, 27, Noé Trajano, Patos/PB, Tel. (83) 9.9964 5456, a fim de notificar o seguinte:

Que, o (a) declarante estava em sua motocicleta, UMA(01) Moto HONDA/CG 150 TITAN KS, Placa: MMX 4264/PB, Chassi: 9C2KC08104R028876, Renavam: 00826508189, Ano: 2004/04, Cor: Vermelha, Licenciada em nome de seu irmão, o senhor Eliomar Umbelino Nóbrega Filho; Que o declarante estava em sua moto na rua João Gomes, Noé Trajano em Patos/PB quando colidiu com outra moto; Que o declarante afirma que após a colisão perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao chão; Que o declarante foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao HRP de Patos/PB; Que o declarante teve fraturas na mão e no punho esquerdo.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Eliomarto Teixeira Nobrega

Patos/PB, 27 de setembro de 2017.

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)
Hermendo Barbosa Rodrigues
Mat.168.548-1

ALDO XAVIER - SERV. NOTARIAL E REGISTRAL
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 214 - Centro CEP: 58700-020
Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi
apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 17/10/2017 09:36:29
Djalma de Souza Santos - Tabelião Substituto
[2017-021195] EMPL:R\$ 2,31 FAREN:R\$ 0,27 FEPT:R\$ 0,46 ISS:R\$ 0,07
SELO DIGITAL: AFY10350-4HMG
Confirma a autenticidade em <http://calendinital.finh.inc.br>



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IM



Eu, Elionaldo Teixeira Nobrega, portador da carteira de identidade nº 2.086.458 e inscrito no CPF/MF sob o nº 059.613.474-58, residente e domiciliado na Rua Severino Inácio, 27-C3, Nde. Igarandê, Cidade Patos, Estado Paraíba, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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.

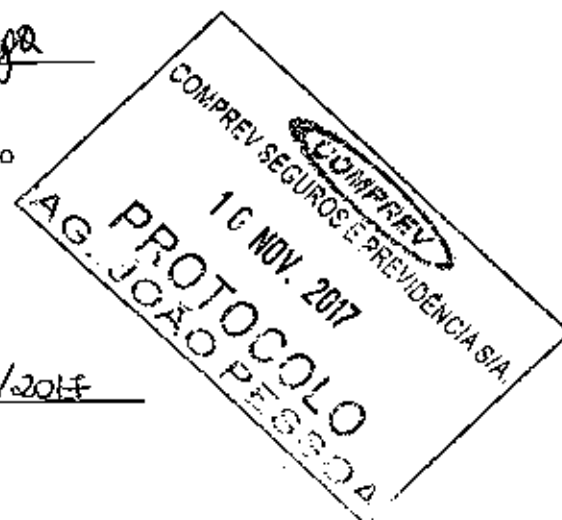
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Elionaldo Teixeira Nobrega

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Patos - PB; 21/ Setembro /2017

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IM



Eu, Eliomildo Teixeira Nóbrega, portador da carteira de identidade nº 2.086.458 e inscrito no CPF/MF sob o nº 059.613.474-58, residente e domiciliado na Rua Severino Trácio, 27-C3 Nde Inagand, Cidade Patos, Estado Paraíba, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Eliomildo Teixeira Nóbrega

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Patos - PB; 21 / Setembro / 2017

Local e data





**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

Comprovação de ato declaratório



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 05303

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: 10.07.2017	OCORRÊNCIA Nº: 00000000000000000000	PACIENTE / USUÁRIO: Eliana do Teixeira Nobrega	IDADE: 31	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: R. João Gomes	Bairro: São João	MÉDICO REGULADOR: Luiz Eduardo		
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ OUTRO:				
OTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA: _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

queda de moto - possível luxação em punho (E) e patela (D).

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A. 100 x 60 FC: 80 TEMP: _____ °C GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com: _____ SpO2d/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

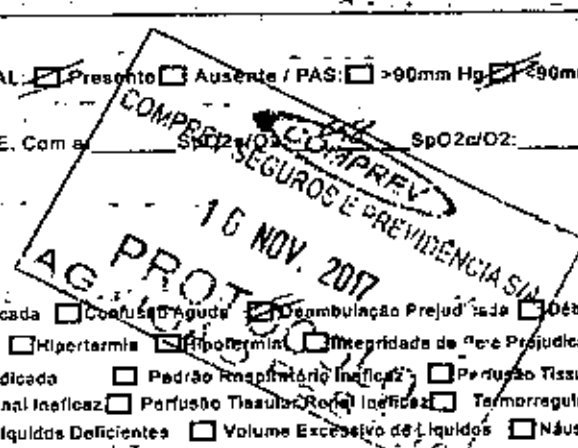
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade	☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	☐ Comunicação verbal Prejudicada	☐ Confusão Aguda	☐ Desambulação Prejudicada	☐ Débito Cardíaco Diminuído	☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA	☐ Disreflexia Autônoma	☒ Dor Aguda	☐ Hipertermia	☐ Hipotermia	☐ Integridade de pele Prejudicada
☐ Integridade Tissular Prejudicada	☐ Medo	☐ Intolerância à Atividade	☐ Mucosa Oral Prejudicada	☐ Padrão Respiratório Ineficaz	☐ Perda Tissular Cerebral Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz	☐ Termorregulação Ineficaz	☐ Troca de Gases Prejudicada	☐ Ventilação Espontânea Prejudicada
☐ Relação Urinária	☐ Percepção Sensorial Perturbada	☐ Interação Social Prejudicada	☐ Incontinência Intestinal	☐ Eliminação Urinária Prejudicada	☐ Constipação	☐ Outros:					

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

paciente 31 anos, 41 vítima de queda de moto. encontrado fora do local do acidente, consciente, orientado, referindo dor em patela de HS(D) e punho de HS(E). Sob reg. médica. Realizado imobilização completa e encaminhado ao HRP.



E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL
☐ TALASITRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEC)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: 305139 MAT.: _____

AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: Jordânia COREN: _____ MAT.: _____

CONDUTOR: Franca MAT.: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 NOV. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PEDRO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAM

Comprovação de ato declaratório



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 05303

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: 10.07.2017	OCORRÊNCIA Nº:	PACIENTE / USUÁRIO: Helianal do Teixeira - Nobrega	IDADE: 31	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: R. João Gomes	Bairro: N.º Trajano	MÉDICO REGULADOR: Luiz Eduardo		
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ OUTRO:				
OTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSÍQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: LI HRP RESPONSÁVEL: Teófilo Gasparino de Azeite FUNÇÃO: Coordenador Geral

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☒ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

queda de moto 1.º andar levada em fêmur (E) e patela (D)

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☒ <90mm Hg
P.A.: 100 x 60 FC: 80 TEMP: _____ °C GLICEMIA: _____ mg/dl E. Com a SpO2d/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardíopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

paciente 31 anos, 41.ª vítima de queda de moto. encontrado fora do local do acidente, consciente, orientado, referindo dor em patela de 4/10 e punho de 4/5. Sob reg. médica. Realizado imobilização completa e encaminhado ao HRP.

MATERIAL UTILIZADO (ENTRADA)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA

☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO

☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL

☐ TALAS/TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEC

RECUSA:

NOME: _____

R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____

CRM: _____

MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): _____

COREN: 305139

MAT.: _____

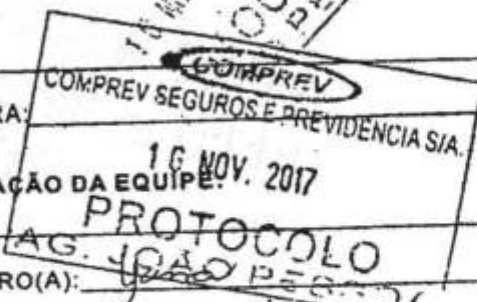
AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: Jordânia

COREN: _____

MAT.: _____

CONDUTOR: França

MAT.: _____



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: 04/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000138915-3

Nr. da Autenticação 555EEABC78BA16E0

ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA
RUA SEVERINO RACIO, 27 - C/NO DE TRAJANO
PATOS / PB CEP: 58705336 (A/S: 1-9)

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Estatuto Social - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ nº 095 185/0001-40 - Ins. Est. 15.015.823.0

Cidade/Subs: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Grão Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 6 - 118 - 300 - 5100
Nº medidor 33004542265

Referência: Mai / 2017
Emissão: 15/05/2017

Nota Fiscal / Carta de Energia ENEGSA Nº 000.595.735
Código para Débito Automático: 0001091819

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 15/1096361-9

Mai / 2017

Canal de contato

Apresentação

15/05/2017

Data prevista da próxima leitura

13/06/2017

Declaração de Quitação Anual de Débitos.
Certifico, prevista na Lei 12.807 de 23 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2016 e nos três anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitantes dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

CPF / CNPJ / RANI

5951377458

Insc. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura
12/04/17	15424	15/05/17	15827
			183
			33

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	183	5,41354	79,83
Adc. B. Vermelha			5,79
ICMS			34,51
PIS			1,37
COFINS			8,32
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			13,15
JUROS DE MORA 04/2017			0,14
MULTA 04/2017			2,14

Histórico de Consumo (kWh)

Apr/17	183
Mai/17	158
Jun/17	118
Jul/17	170
Ago/17	188
Set/17	180
Out/17	165
Nov/17	157
Dez/17	172
Jan/18	153
Fev/18	139
Mar/18	171

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	127,83	27,00	34,51
PIS	127,83	1,0757	1,37
COFINS	127,83	6,5442	8,32

Média dos Últimos meses

171

VENCIMENTO
22/05/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 143,25

a221.e0ce.08d9.c471.94d4.b824.c7d3.b672.

Indicadores de Qualidade 3/2017 - Patos

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OM MENSAL	6,00	0,00	
OM TRIMESTRAL	12,00		
OM ANUAL	24,12		
FC MENSAL	3,48	6,00	
FC TRIMESTRAL	8,67		
FC ANUAL	15,85		
DVQ	1,54	0,00	
DCR	12,22		

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia / PB	20,82	14,51
Contribuição Energia	41,38	28,83
Serviço de Tratamento	2,11	1,47
Encargos Relativos	11,14	7,78
Impostos Diretos e Encargos	57,83	40,23
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	143,25	100,00

Valor do SUSO (Ref. 3/2017) R\$ 35,54

ATENÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elionaldo Teixeira Nobrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.613.774/58, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elionaldo Teixeira Nobrega, inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.613.774/58, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

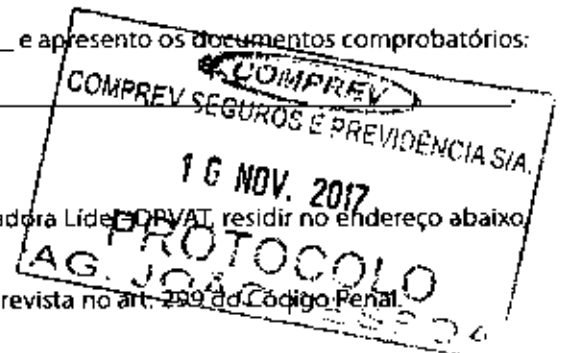
☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço RUA TITICO GOMES	Número 405	Complemento Casa
Bairro BELA VISTA	Cidade PATOS	Estado PARAIBA
	CEP 58706-460	
Email emmanoela@hotmail.com.br	Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8003	Telefone celular (DDD) (83) 9 9655-9484

Patos - PB, 17 de Outubro de 2017

Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Eliomar Umbelino Nobrega Filho,

RG nº 3.086.492, data de expedição 29/04/2014
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 058.899.484-74, com
domicílio na cidade de Patos, no Estado de
Paraíba onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Severino Inacio - Noé Trajano, nº 30,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Edionaldo Teixeira Nobrega, cujo o condutor era
Edionaldo Teixeira Nobrega

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS

Ano: 2004 / 2004

Placa: MMX4264 / PB

Chassi: 9C2KC08104R028876

Data do Acidente: 10.07.2017

Local e Data: Patos - PB; 12/Julho/2017

Eliomar Umbelino Nobrega Filho

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Rua: ...
Fone: ...
Fax: ...

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....
ELIOMAR UMBELINO NOBREGA FILHO
Em test. da verdade, Patos-PB 12/07/2017 08:51:19
VILMA DE LUCENA MORAIS - ESCRITURARIA
(2017-014480)EMP:R\$ 19,23 FARPEN:R\$ 0,27 FEP:R\$ 1,85 ISS:R\$
SELO DIGITAL: AEL08674-60JZ
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





REQUISIÇÃO DE PARECER

ORTOP.

NOME:

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

ENFERMARIA
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Adm. edema Reg. Inferior
dor palp. tubérculo escápio, trapézio
adcm ponto ①; ② - suborno

HO: Fx umor corpo.

CO: Ret. 2 mm.

Medicinas,

—> Gerir dor para um corpo
A.M.

10.7.12

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



~~Chamado 10126~~

15/07/12

João Francisco

do nível do punho

Exame de 10/07/12

Exame em

deve ser feito

[Signature] 26/07/12

Sigênio Guy W. Araújo
CRM 1325 - CBO 3621
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CNS 20575010710000

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPRESSÃO EVIDÊNCIA

21 OUT. 2013

PROTOCOLO

MAIOR

• SEM VÍCIOS MÉDICOS

Dra. Gertrudes M^a Medeiros Nóbrega e Souza
CRM 5471

ACUPUNTURA / REUMATOLOGIA

- Especialista em Acupuntura pela AMB e CMBA
- Especialista em Reumatologia pela AMB e SBR
- Membro Titular da Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA
- Membro Titular do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura - CMBA

Dr. Lúcio César de Oliveira e Souza

CRM 5470 / TEOT 7309

- Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB e SBOT
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e do Pé
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia - Cirurgia do Joelho
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho - SBCJ

ESPECIALIDADES MÉDICAS

- ORTOPEDIA
- CIRURGIA DO JOELHO
- ARTROSCOPIA
- ACUPUNTURA
- REUMATOLOGIA
- RAIOS X
- TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE

CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

- FISIOTERAPIA
- PISCINAS TÉRMICAS
- HIDROTERAPIA ESPECIALIZADA
- HIDROGINÁSTICA
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO PARA ATLETAS
- PILATES
- MUSCULAÇÃO SUPERVISIONADA PARA TERCEIRA IDADE E ADULTOS
- NATAÇÃO INFANTIL
- NATAÇÃO BABY
- NATAÇÃO ADULTO
- ERGOESPIROMETRIA (VO₂)

ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

- GESTANTES
- TERCEIRA IDADE
- DOENÇAS REUMÁTICAS
- PATOLOGIAS DO JOELHO

ACADEMIA DE MUSCULAÇÃO

VO2
FISIOTERAPIA

Quando médico

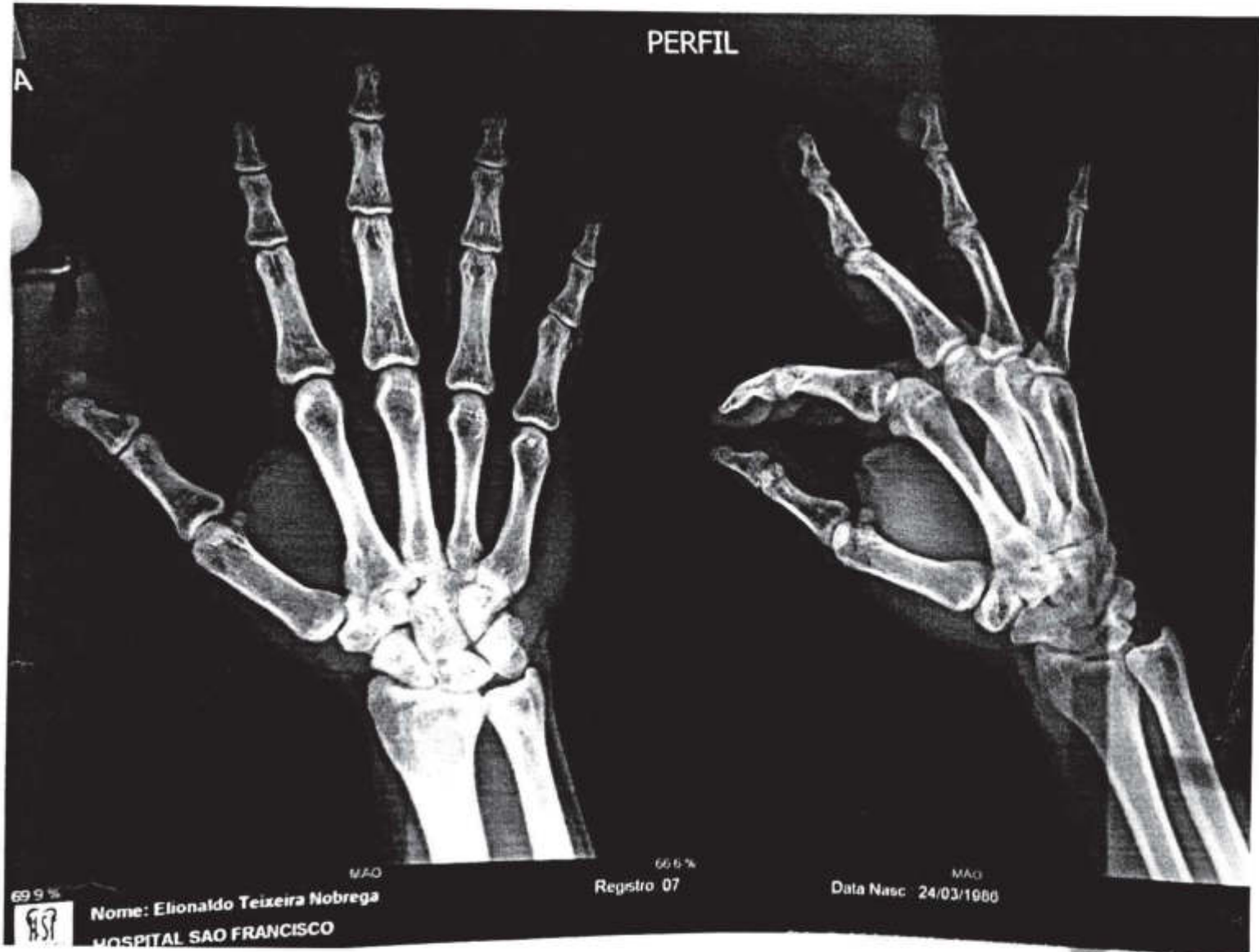
Refero para o atendimento físico que
o Sr. Edsonaldo Teixeira Nóbrega
seu entrada no Hospital Regional
de Patos em 10 de julho de 2013
relatando a ocorrência de trauma com
diagnóstico de fratura do escafóide
punho esquerdo (CID S62.0)
sendo tratado conservadoramente
com imobilização gessada. Atual-
mente apresenta perda de
70% da força no punho esquerdo
com sequelas afetando a
vida social.

CID: T92.2

Pátos, 19 de outubro de 2013

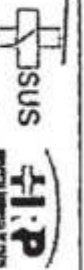
Dr. Fábio de Oliveira Spá
Ortopedia e Traumatologia

PERFIL



24 OCT 1988

PROTOCOL



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 22000473 CNPJ: 08.778.288/002376

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

Alcôndimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA

Mae: MARIA DE FATIMA TEIXEIRA NOBREGA

Nascimento: 24/3/1986 Idade: 31

Profissao: PROMOTOR DE VENDAS

Endereco: SEVERINO IMACIO

Bairro: CONJUNTO NOE TRILIANO

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808

CNS: 201-2260-5041-0002

CPF: 10/7/2017 12:36:44

Data / Hora: 10/7/2017 12:36:44

PESO: PA: TEMP: 97285

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

Pneijão 280 em 13:00

Ass. Paciente / Acompanhante ou Responsavel

ASS. REVISOR TECNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARÂTER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELETIVO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRALETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	0	4	0	8	0	2	0	1	7	2
2.										
3.										

FRANCISCA SONALY MELO SANTOS - 3484-123-4567-8912-3456

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígar Direto

ASS. REVISOR TECNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



Documentacao medico - hospital



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

ORTOP.

NOME:

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

ENFERMARIA
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

fractura de tíbia
10.7.17
DATA

Assinatura do Médico Consultante
Diego Santiago de
Cirurgia Geral
CRM 15549

PARECER:

Ponto de fot. hoje.
Dor em mto e Ponto (E).

Ad ex: edema Reg. Jantar
dor palp. tubérculo escafóide, trocântero.
adrm ponto (E); (E) doloroso
HD: Fx uniu corpo.

CD: Ret. 2 cm.

Medicação,

→ Gesso Lento para unir corpo
A.M.

10.7.17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



~~Enormes torções~~

no 3º MC

foi fixo F.R.M.M.

no nível do punho

Esquela de 10/07/12

Estando em

cura pesada

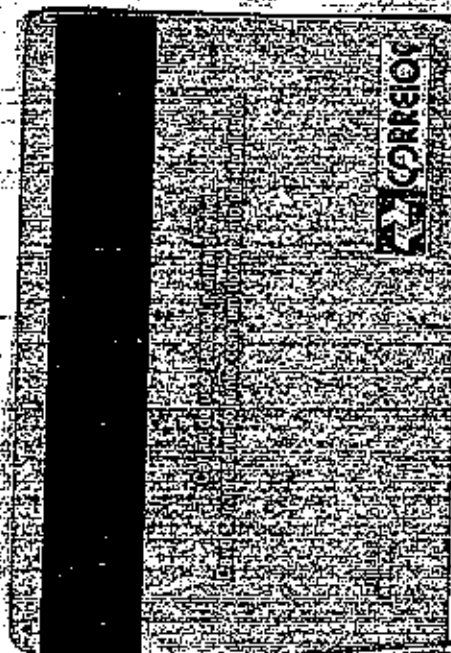
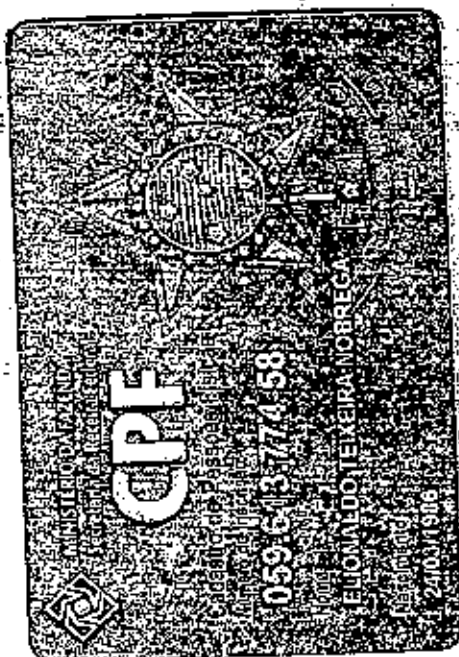
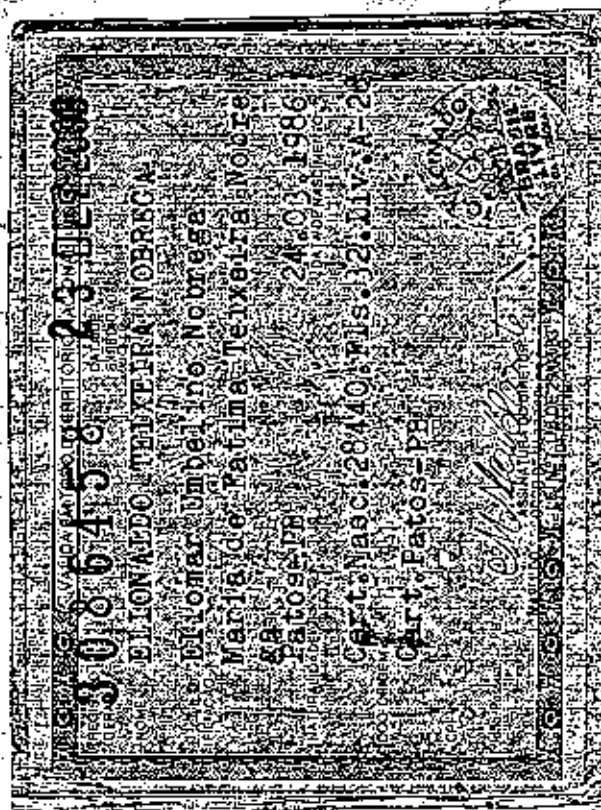
[Signature] 26/07/12

Stênio Guy W. Araújo
CRM 1325 - CBO
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CNS 206750107710000

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.



Documentos de Identificacao



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 NOV. 2017

PROTOCOLO
G. JOAO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.672.305

04.01.1994

EMMANUELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Antonio Xavier de Souza

Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza.

Tabira-PE.

28.10.1975

Cert. Nas. 1316 L. 66 P. 57 art. de Tabira-PE.

CÓDIGO DE CONTROLE

06EA.5464.DC0C.B5A2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do Representante Legal do Emprego

Emmanuela S.P.V.S. Araújo

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

16 NOV. 2017

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

Emmanuela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza

Tabira - PE

28.10.75

Antonio Xavier de Souza

Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza

Tabira - PE

Documentos de Identificacao

3086458 23022002

ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA

Elionar Umbelino Nobrega

Maria de Patima Teixeira Nobrega

Patos-PB 24.03.1986

Cart. Nasc. 28440. Nls. 32. Liv. A-2

Cart. Patos-PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-9

Elionar Umbelino Nobrega

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL

CPR

Cartão CPF Pessoa Física

059.643.774-58

ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA

Patos-PB

24/03/1986

RECEBUELO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 NOV. 2017

PROTOCOLO

16. JOAO PESSOA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

PROTOD

[illegible]

DUT



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 NOV. 2017

PROTOCOLADO

CONTRATO		GENÉRICO	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA ECONOMIA			
DETRAN - RJ CERTIFICADO DE REGISTRO E EVIDENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 0130277842 PRV/01/000034404429 1.008265080819.000200000000	
ELIOMAR UMBELINO NOBREGA FILHO			
0588994847 NOVO		0588994847 NOVO	
PAS/MOTOCICLETA		PAS/MOTOCICLETA	
HONDA/CG150MILITAN		HONDA/CG150MILITAN	
2000/00/0000		2000/00/0000	
VERMELHA		VERMELHA	
62976		62976	
03/05/20		03/05/20	

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180516791

Cidade: Patos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA

Data do acidente: 10/07/2017

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura dos ossos do escafoide à esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame, vítima apresenta edema residual, dor aos movimentos articulares, limitação leve dos movimentos da flexo-extensão, diminuição da força muscular na mão esquerda.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com imobilização gessada durante 30 dias inicialmente, trocando o gesso por mais 30 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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.

Número do Sinistro: **3180516791**

Nome do(a) Examinado(a): **ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R SEVERINO INACIO, 40 - NOE TRAJANO - Patos - PB - CEP 58705-170

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3086458**

Data e local do acidente: [**10/07/2017**] **Patos pb**

Data e local do exame: [**28/11/2018**] **Caicó** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura dos ossos do escafoide à esquerda.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta edema residual, dor aos movimentos articulares, limitação leve dos movimentos da flexo-extensão, diminuição da força muscular na mão esquerda.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento conservador com imobilização gessada durante 30 dias inicialmente, trocando o gesso por mais 30 dias.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Francisco Jares de Queiroz Silva - CRM: 2245 - RN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180516791 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA **Data do acidente:** 10/07/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFÓIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180516791 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA **Data do acidente:** 10/07/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFÓIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180516791 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA **Data do acidente:** 10/07/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura dos ossos do escafoide à esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame, vítima apresenta edema residual, dor aos movimentos articulares, limitação leve dos movimentos da flexo-extensão, diminuição da força muscular na mão esquerda.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com imobilização gessada durante 30 dias inicialmente, trocando o gesso por mais 30 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180516791

Cidade: Patos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA

Data do acidente: 10/07/2017

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura dos ossos do escafoide à esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame, vítima apresenta edema residual, dor aos movimentos articulares, limitação leve dos movimentos da flexo-extensão, diminuição da força muscular na mão esquerda.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com imobilização gessada durante 30 dias inicialmente, trocando o gesso por mais 30 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Elionaldo Teixeira Nobrega
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
 Profissão: Promotor de Justiça
 Identidade: 3.086.458 CPF: 059.613.774-58
 Endereço: Rua Severino Juacino, 27 - CJ Nô Trajano; Patos-PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305 CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Elionaldo Teixeira Nobrega

Local e data

Elionaldo Teixeira Nobrega

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



DINAMÉRICO WANDERLEY SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL Av. Senador Oreste de Aguiar, 111 - Fátima - Patos - PB CEP: 58700-000 Fone: (33) 3421-2735 Fax: (33) 3421-6020	
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:..... ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA..... Em test. da verdade. Patos-PB 12/07/2017 09:54:43 VILMA DE LUCENA MORAIS - ESCRITURARIA 108270108 [2017-014482]EMOL:R\$ 19,23 FAREM:R\$ 0,27 FEP:R\$ 1,85 ISS:R\$ SELLO DIGITAL: AFL08676-FKC3 Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400157/18

Vítima: ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA

CPF: 059.613.774-58

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 10/07/2017

Titular do CPF: ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO : 029.848.084-01

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA : 059.613.774-58

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: 31/10/2018

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU
CPF: 029.848.084-01

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2018

Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA