

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180320311**

Vitima: **ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR**

Data do Acidente: **10/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180320311**.

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 13107147



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR

Nº Sinistro: 3180320311

Vitima: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 10/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180320311**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320311 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 10/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

CPE da Vítima

085.289.374-10

Nome completo da vítima

Antônio Hurewino dos Santos Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPE titular da conta	Profissão
Antônio Hurewino dos Santos Junior	085.289.374-10	Mecânico
Endereço	Número	Complemento
R. Gibson Pereira da Silva	510	90.06. 1st 11
Bairro	Cidade	CEP
Dist. Industrial	Camangubaré	58280.000
E-mail	Estado	Telefone (DDD)
alexandreusanduarte@hotmail.com	PB	(83) 99105.5363

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

☒ 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) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

RU/

0044

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

69539

DV

6

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

RU/

(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.

Camangubaré 03 de Junho de 2018.

Local e Data

ANTÔNIO M DOS S JÚNIOR

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01059.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01059.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:44 horas do dia 04 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Antonio Minervino dos Santos Junior**, CPF nº 085.289.174-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Mecânico, filho(a) de Maria José Minervino dos Santos e Antonio Minervino dos Santos, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 22/04/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Gilson Pereira da Silva, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Hospital Geral Mamanguape, na cidade de Cuité de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 99401-3367.

Dados do(s) Fatos:


Local: Br 101, Próximo Ao Viaduto, Mamanguape/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 10/01/18 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

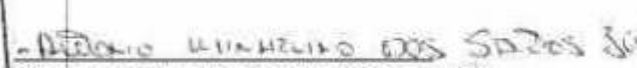
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 10/01/2018, por volta das 17:30 horas, quando transitava pela BR 101, próximo a entrada de Mamanguape/PB e o viaduto; QUE o notificante conduzia normalmente o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG 150 TITAN ES ano e modelo: 2006/2007 de cor vermelha, placa: MOE 7388/PB, Chassi nº 9C2KC08507R015904, Registrado em nome de José João Freire, CPF nº 754.191304-91; QUE segundo o notificante ao chegar no endereço acima citado, o notificante foi desviar de um veículo e neste momento perdeu o controle do veículo(moto) que estava e acabou por colidir na mureta de proteção, vindo a cair ao chão; QUE o notificante foi socorrido para o hospital Geral Mamanguape/PB e depois encaminhado para o hospital de trauma, conforme encaminhamento datado de 10/01/2018; chegando por volta das 21:28 ao hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena, CID 10 S52.5 conforme laudo médico, datado de 30/04/2018, assinado pelo médico: Dr. José de Almeida Braga-CRM 2329/PB. QUE não quer representar criminalmente. Não tem testemunhas a indicar.

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, 04 de junho de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR
Noticiante

Procedimento Policial: 01059.01.2018.1.00.420

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 SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

Antônio Afonso de Jesus

CPF da Vítima

085.289.574-20

Data do Acidente

30/03/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante Legal

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.

Hamangueira 21 de Junho de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COAPREV PREVIDENCIA S/A
: 2 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. 1070 P. 000



ENCAMINHAMENTO/REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Para: HOSPITAL DE TRAUMA

Encaminhado paciente: ANTONIO M.DOS SANTOS JUNIOR

Motivo: PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTOCICLETA, SEM USO DE CAPACETE, NO MOMENTO APRESENTANDO VÔMITOS, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA.

QUEIXA-SE DE DOR EM PUNHO DIREITO, NO QUAL RX EVIDENCIA FRATURA.

SOLICITO AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E ORTOPÉDICA

Mamanguape, 10/01/2018

Dr. Valério

Lucas Ferreira
Médico
CRM/RN - 10822

Solicitante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
49.1077 P-2008

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: 20/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000069539-6

Nr. da Autenticação 33090C2BC33D5212

ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR
RUA GERAL PEREIRA DA SILVA, 691 O DEL II - DIST INDUSTRIAL
MARACANAQUE PE CEP: 55600042-141
Banco: 18/05/2018 Referência: Mai / 2018
Cidade/Símbolo RESIDENCIAL RESIDENCIAL TRIFÁSICO 0209 Am25 - Centro Roldenon-Joa Pessoa PE - CEP 55071-690
Refer: 18 - 14 - 156 - 2553 Nº medidor 30000000205



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
B-209 Am25 - Centro Roldenon-Joa Pessoa PE - CEP 55071-690
CNPJ: 06.953.028/0001-47 - INSC EST 18.011.920-9

Nota Fiscal: Conta de Energia Eletrônica Nº 00000000205
Cód. para 24h Automático: 1001703022

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2018	28/05/2018	27/06/2018	6528917410

UC (Unidade Consumidora): 5/1713002-2

Canal de contato

É a sua responsabilidade manter atualizado o endereço e o telefone para acesso e segurança da conta, mudando as informações quando necessário. Qualquer alteração deve ser comunicada imediatamente para evitar problemas de acesso e segurança.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 28/04/18	Leitura 7715	Data 28/05/18	Leitura 8927	77

Demonstrativo

001	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Custo	Rég. Ajuste	Rég. Base	Base	Custo	Rég. Base	Base	Custo
001	Consumo em kWh	324,99	0,711350	231,48	230,46	07	85,22	230,42	1,43	6,61		
002	Ass. B. Amarelo			4,09	4,08	37	15	4,08	0,03	0,72		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS												
007	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			10,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
004	JUROS DE MORA (02/02/18)			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
005	MULTA (02/02/18)			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (02/02/18)			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		

CO. Custo de Distribuição de Energia Elétrica TOTAL 261,42 261,42 0,00 261,42 1,46 6,61

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
260	11/06/2018	R\$ 261,42

Histórico de Consumo (kWh)

270	227	128	272	255	291	350	327	291	421	371	319
Mar/17	Jun/17	Jul/17	Ag/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

RESERVADO AO FISCO

11ce.0b92.0bf4.43c9.39b2.c27c.6f12.1c00

Indicadores de Qualidade - SANEPA-Rio de Janeiro

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DESEMPENHO SEMESTRAL	95,00	95,00	95,00
DESEMPENHO ANUAL	95,00	95,00	95,00
DESEMPENHO TRIMESTRAL	95,00	95,00	95,00
DESEMPENHO QUINZENAL	95,00	95,00	95,00
DESEMPENHO DIÁRIO	95,00	95,00	95,00

Comparação do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo em kWh	231,48	88,41
Ass. B. Amarelo	4,08	1,56
Contribuição LUM. PÚBLICA	10,98	4,20
Juros de Mora e Multa	0,00	0,00
Atualização Monetária	0,00	0,00
Total	261,42	100,00

Fonte: SANEPA (Rd 3/2017) R\$ 30,04

ATENÇÃO

REAVISO: Caso a fatura não seja paga até o vencimento, o fornecimento de energia será suspenso a partir de 12/06/2018. Conforme Resolução 474/ANEEI, o pagamento de energia elétrica é obrigatório e deve ser efetuado no vencimento. Caso o pagamento não seja efetuado no vencimento, o fornecimento de energia será suspenso. Cada vez que a fatura não for paga, o fornecimento de energia será suspenso. Este aviso não vale para as faturas da REAVISAÇÃO. Caso a fatura não seja paga até o vencimento, o fornecimento de energia será suspenso. Este aviso não vale para as faturas da REAVISAÇÃO. Caso a fatura não seja paga até o vencimento, o fornecimento de energia será suspenso. Este aviso não vale para as faturas da REAVISAÇÃO.

Faturas em atraso

Abr/18	244,59
Mar/18	276,04

PARÁIBA
Energisa
Referência: 18 - 14 - 156 - 2553
Matrícula: 1713002-2016-05-1

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11/06/2018	R\$ 261,42

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
12 JUN 2018

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/BIBLIOTECABR/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alexandre Bezas Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Minervino dos Santos Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.289.174-10 do sinistro de DPVAT cobertura em validade da Vítima Antonio Minervino dos Santos Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.289.174-10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

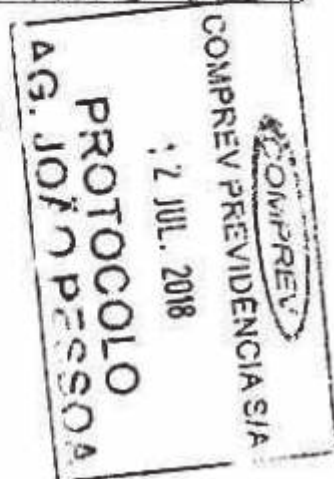
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Mamão</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandracarduarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>9105-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4902</u>

João Pessoa de Julho de 2018
Local e Data

Alexandre Bezas Duarte
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE JOÃO FREIRE,
RG nº 1430-627, data de expedição 05/06/1990
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 75419130491, com
domicílio na cidade de MAMANGUAPE, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA TRAVESSA DO GRUPO, nº 46,
complemento ARBAZ, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Adriano Luciano dos Santos Lima cujo o condutor era
Adriano Luciano dos Santos Lima

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 150 Titan ES
Ano: 2006/2007
Placa: MOE 7388/PB
Chassi: GEJKE08907R035904
Data do Acidente: 10/03/18

Local e Data: Mamanguape, PB 03/06/2018.

JOSE JOÃO FREIRE
Assinatura do Declarante

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



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS
Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB



Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
JOSE JOÃO FREIRE
Dou fé, Mamanguape/PB - 01/06/2018
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Selo Digital: AGY81037-A2G9
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Escrevente Autorizado

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ JOÃO FREIRE,

RG nº 1480624, data de expedição 05/06/1990

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 35419130491, com

domicílio na cidade de MAMANGUAPÉ, no Estado de

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

TRAVESSA DO GRUPO, nº 76,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ANTONIO M. DOS S. SÍNION, cujo o condutor era

ANTONIO M. DOS S. SÍNION.

Veículo: HONDA CG TITAN E 150

Modelo: CG 150 TITAN E


Ano: 2006/2007

Placa: MOE 4388/PB

Chassi: 9C2KCC5507R015404

Data do Acidente: 10/01/18 HORADENG

Local e Data: Mamanguapé, 10-08-18


José João Freire
Assinatura do Declarante

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



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro - Mamanguapé - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSÉ JOÃO FREIRE

Dou fé. Mamanguapé/PB - 10/08/2018

Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Selo Digital: AH126097-JW80

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Escrevente Autorizado





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR
DATA DE NASCIMENTO	22/04/89
NOME DA MÃE	MARIA JOSE MINERVINO DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.054.712
DATA DO ATENDIMENTO	10/01/18
HORA DO ATENDIMENTO	21:28
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO
CID 10	S52.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo trauma na cabeça e dor com limitação de movimentos no punho direito. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura de rádio distal direito. Encaminhado para o Trauma de Mangabeira, conforme pactuação para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de punho direito.

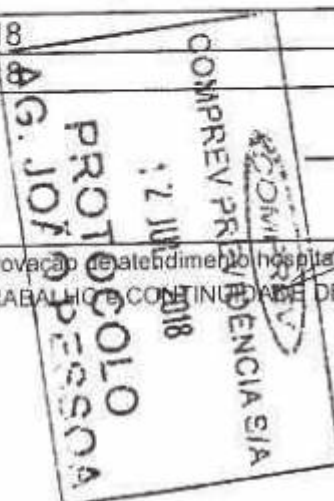
RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de rádio distal direito

TRATAMENTO:

Imobilização e encaminhado para o Trauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	10/01/18
DATA DA EMISSÃO:	30/04/18



Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332155700

Boletim de Atendimento: 1054712



Identificação do paciente

<input type="checkbox"/> 789396	Nome ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR	Sexo Masculino
Data de nascimento 22/04/1989	Idade 28 anos 8 meses 19 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe MARIA JOSE MINERVINO DOS SANTOS	Religião CATOLICA	Prontuário
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Pai ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS	Responsável (Parentesco) JOISELLY - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993116047	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3183705	Fone Fixo
Local de procedência MAMANGUAPE	Nº Cms 898002954283221	
Email NAO INFORMADO	Naturalidade MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58280000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro GILSON PEREIRA DA COSTA
Número SN	Complemento		Bairro DISTRITO MECANICO

Admissão

Data e Hora 10/01/2018 21:28:39	Número da pulseira 1000006361197	Convênio SUS
---	--	------------------------

Especialidade

CIRURGIA GERAL	Clínica
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

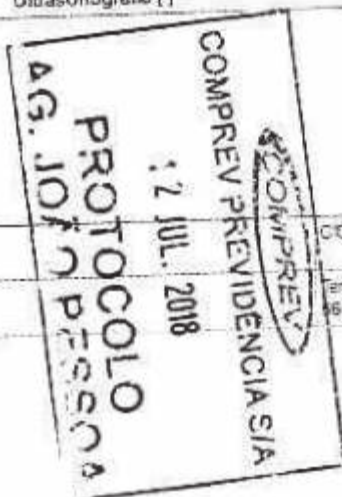
PA X mmHg	Pulso	Temperatura
---------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X <input type="checkbox"/>	Sangue <input type="checkbox"/>	Urina <input type="checkbox"/>	TC <input type="checkbox"/>	Liquor <input type="checkbox"/>	ECG <input type="checkbox"/>	Ultrassonografia <input type="checkbox"/>
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES	Imprimir
---	----------



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR		SAE 1054712	Data/Hora Entrada 10/01/2018 21:28:39	Data Baixa
Data de nascimento 22/04/1989	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 898002954283221	Telefone de Contato (83) 993116047
Mãe MARIA JOSE MINERVINO DOS SANTOS				Prontuário
Endereço GILSON PEREIRA DA COSTA, SN		Bairro DISTRITO MECANICO	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB	
Data/Hora Classificação 10/01/2018 21:28:39			Data/Hora Prescrição 10/01/2018 22:14:21	
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha

Anamnese

ACIDENTE DE MOTO AS 16:30 APROXIMADAMENTE.
GLASGOW 15

ESTAVA EM USO DE CAPACETE

TEVE VÁRIOS EPISODIOS DE VÔMITOS

CD: TOMOGRAFIA DE CRÂNIO + ANTIEMÉTICO

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4.0 MG

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
6628/PB




Departamento de Engenharia e Produção
 Senador Nereu de Faria



DĀ PARAĪBA

AREA VERMELHA

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

CNES: 6121221

Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, HOJE A TARDE (SII).
ALEGA QUE BATEU A CABEÇA (MAS ESTAVA DE CAPACETE , TRAVADO).
02 EPISÓDIOS DE VÔMITOS
ALEGA TAMBÉM DOR NO PUNHO DIREITO.
GLASGOW 15
EUPNEICO.
ABDOMEN FLÁCIDO, INDOLOR.
ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE.

CD: LIBERADO DA CIRURGIA GERAL -> A ORTOFEDIA E NEURO

CID10

Código	Descrição
500 2	Transmissão não especificada da cabeça

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR

EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS
(: 4827/PB)

Scilab registrado por: AYLANICOLLE FERNANDES GOMES em: 12/01/2018 21:29:55

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
2 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOF O PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 0843/2018

Atendendo solicitação de **ALEXANDRE CESAR DUARTE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº93499 e prontuário Nº2018.01.1419, pertencentes a **ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR** que foi atendido dia 11/01/2018 às 03H04min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

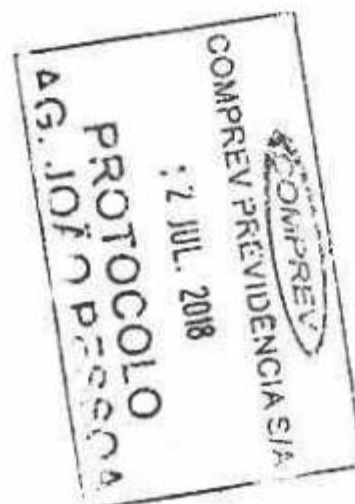
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal direito. Realizado cirurgia dia 16/01/2018 e alta medica dia 18/01/2018

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Hora: 03:04:05

Recepcionista: WILMA FERNANDES M. C.

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR

Num. Prontuario: 2018.01.001419

INS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3183705 Fone: 993116047

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 22/04/1989 Id: 28 ano(s)

End.: RUA GILSON PEREIRA DA COSTA, 0

Bairro: DISTRITO MECANICO Cidade: MAMANGUAPE UF: PB

Mae: MARIA JOSE MINERVINO DOS SANTOS

Pai: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MECANICO DE CARRO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR

1/Doc. Responsavel: 993116047 / IDENTIDADE: 3183705

Pedência: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTOCICLETA/16H30/MAMANGUAPE/CONDUTOR

Vitima de violência por: NAO

|| Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: ER:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

PC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsão

Peso: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glândula: IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Circ. Abd: O2s:

☒ Regular ☐ Chocado

☐ Vômito

Observação

Exame Principal

EXAMINADO PELA PACTUACAO- HEETSHL

ALERGICO A DIPIRONA/ NEGA HAS E IM

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

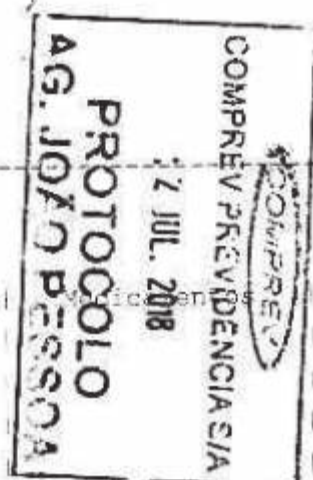
Horário da medicação



Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

D. Todor

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Dose | Horario | Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Antônio M. S. Júnior Data da Admissão: 21 / 01 / 18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: Do z de família pelo 2

HDA: Int. visto do 2

D. Júnior

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Tremor ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposuio ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♥ _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

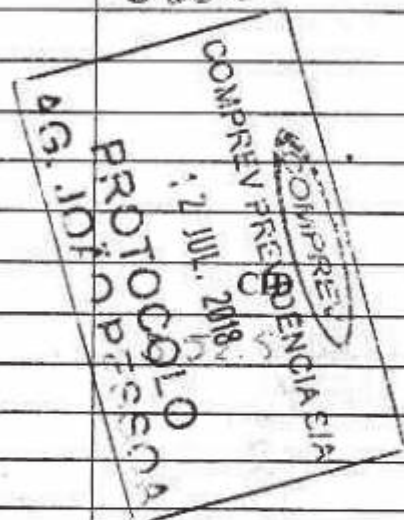
Hipóteses Diagnósticas: *End. renal distal D*

Conduta: *Trat. p/ Ho. crônicas*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Antonio Thiruvino</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura do Rádio Distal (D)</u>				<u>552.5</u>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Osteossíntese de Fratura do Rádio Distal (D)</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:	
1 () Sim 2 (X) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



Dr. Indalécio Paçelli Fernandes
Ortopedia Traumatologia
CRM 6827 FEOT 14247

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDH sob bloqueio anestésico
- ② Aquecimento e nível de bloqueio
- ③ Assépsia + antissepsia + CCF

Incisão: ① Incisão em V de Henry por flexão
do O. distal

Achados: ⑤ Visualização de fratura do rádio distal @
com fratura e desvio

Conduta: ⑥ Realizar curetagem de fratura do rádio distal
na superfície

⑦ Colocar placa de rádio distal em T
7x5 furto e fixar com parafusos
parafusos corticais 1x19, 2x16
2x20, 1x22 mm todo superfície

AG. JOÃO PESSOA

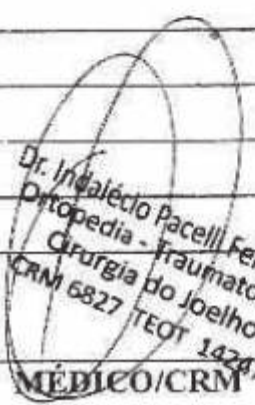
COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 JUL. 2018

Fechamento: ⑧ Sutura por planos
⑨ Curativo
⑩ RPA

OBS:

Data: 16/01/18


 Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM 6827 TEOT 14207
 MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 PATENTE NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR

IDENTIFICACAO - DADOS GERAIS

CPF: 3183705 SSP: RJ

RG: 085.289.174-10 DATA DO NASCIMENTO: 22/04/1989

NACAO: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS
 MARIA JOSE MINERVINO DOS SANTOS

PROFISSAO: ACC: CATEGORIA:

VALIDADEZ: 09/07/2010 1ª EMISSAO: 21/05/2000

VALIDADEZ: 10/07/2013

ASSINATURA: *Roberto Carneiro*

SESSAO: 3558147072

PROVA: 6700815

750758315

750758915

VALIDO EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS

PROVEDOR PARTICIPACAO

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 12 JUL. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA



07833220

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura do Titular da Carteira



MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

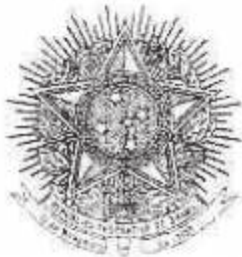
046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

21/08/1962



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.

(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Advogado
Tribunal
Número

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Advogado

ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Advogado

JOSE DE JAVIERO-FU

Advogado

JOSE MARIA

Advogado

JOSE MARIA

Advogado

JOSE MARIA

Data de Criação da Ordem

30/07/2007

Data de Expedição

12/01/2009

Jose Mario Porto Junior

JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320311 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 10/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
Antonio Minervino dos Santos Junior,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
MECANICO, CI RG nº 3133705,
CPF/MF nº 085-289-174-10, residente e domiciliado(a) à Rua
RUA GILSON PEREIRA DA SILVA,
Cidade de MAMANGUAPE, Estado
PARAIBA, CEP: 58280-000, telefone
(83)99309.5363 (83)98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58,
Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

MAMANGUAPE, 01 de Junho de 20 18.

2º Cartório
Mamanguape - PB

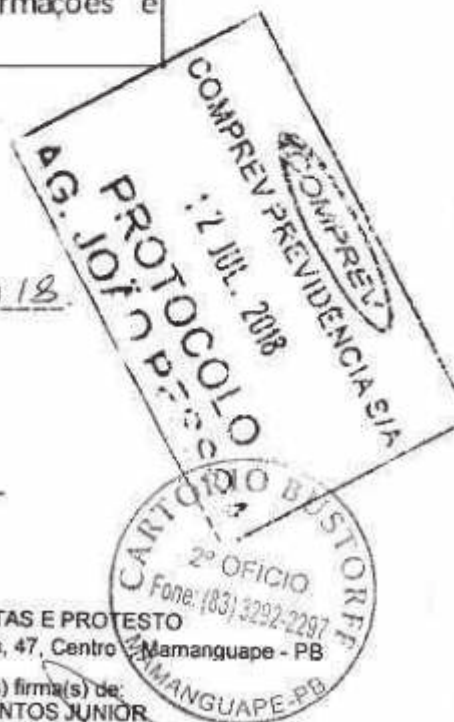
Antonio Minervino dos Santos Junior

OUTORGANTE

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro - Mamanguape - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR
Dou fé. Mamanguape/PB - 01/06/2018
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Seló Digital: AGY81036-YGIF
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$9,48 Farpem R\$0,28 MP R\$0,15 Fejp R\$1,90

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Escrevente Autorizado



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JÚNIOR,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
MECANICO, CI RG nº 3183405,
CPF/MF nº 085-289.174-10, residente e domiciliado(a) à Rua
GILSON PERREIRA DA SILVA,
Cidade de MAMANGUAPÉ, Estado
PARAIBA, CEP: 58280-000, telefone
98401 33 64, 98754-1463.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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



MAMANGUAPÉ, 10 de AGOSTO de 2018.

Antonio Minervino dos Santos Junior

OUTORGANTE



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Pres.J.Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR
Dou fé. Mamanguape/PB - 10/08/2018
Escrevente: **ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI**
Selo Digital: AH126098-9FLF
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol: R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90



ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Escrevente Autorizado



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254187/18

Número do Sinistro: 3180320311

Vítima: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNI

CPF: 085.289.174-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/01/2018

Titular do CPF: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Procuração

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: 03/09/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA