
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



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 **Data do acidente:** 10/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 JUNIOR

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:



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.

E 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 S. Rastro ou ASL

CPF da Vítima

085.289.574-10

Nome completo da vítima

Antônio Henrique dos Santos Júnior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|------------------------------------|----------------------|---------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Antônio Henrique dos Santos Júnior | 085.289.574-10 | eletrônico |
| Endereço | Número | Complemento |
| R. Gilson Pereira da Silva | 510 | 00.06- lot 13 |
| Bairro | Lote | CEP |
| Dist. Industrial | PB | 58280.000- |
| E-mail | Telefone (DDD) | |
| alexandrelesanduarte@outlook.com | (83) 99505.5363 | |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

ATE 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

Nº

DN

Nº

CONTA

Nº

DN

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

CONTA CORRENTE (caso o beneficiário)

BANCO

Name

AGÊNCIA

Nº

DN

(Informar dígito se existir)





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 N° 01059.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: 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 **Antônio 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 Antônio 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, N° 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 à 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 Braaga-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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de junho de 2018.

| | | | |
|---|--------------------------|---|---------|
| JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS Agente de Investigação | | ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR Noticiante | |
| AG | PROTÓCOLO JOÃO PESSOA | COMPRÉV PREVIDÊNCIA S/A | COMPRÉV |
| | | 12 JUL. 2018 | |

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.saguradoralider.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:

E 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 intarditada 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

Nome Completo da Vítima: Antônio Almeida dos Santos Júnior
CPF da Vítima: 085.289.574-10
Data do Acidente: 30/03/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Name completo do Representante Legal

Enroll

CPF do Representante - 1

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 não atende ao pedido de perícia.

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 reivindicação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, respeitando-se o prazo de 90 (noventa) dias.

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.

Hananguape 01 de Junho de 2012
Local e Data

Lesson 8

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante

COMAPREV PREVIDÊNCIA S/A



**ENCAMINHAMENTO/REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE**

Para: HOSPITAL DE TRAUMA

Encaminho paciente: ANTONIO M.DOS SANTOS JUNIOR

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

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

SOLICITO AVALIAÇÃO NEUROLOGICA E ORTOPEDICA

Mamanguape, 10/01/2018

Enfº - Saleska

*Gesés Ferreira
Medico
CRM-PB 10622*

Solicitante

| | |
|-------------------------|--|
| COMPREV PREVIDÊNCIA S/A | |
| 12 JUL. 2018 | |
| PROTÓCOLO | |
| AG. JOHN PRESCOTT | |

COMPREV

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: 00000069539-6

Nr. da Autenticação 33090C2BC33D5212

ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR
RUA SESC, PEPERA DA SILVA, Bairro OESTE - DISTRITO INDUSTRIAL
VILA ANDRADE/PE/CSP: 52960001/42-141

BRASILIA 160000018 - Referência Mai / 2018
Cessão/Subsidiária: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL TRIFÁSICO
Páginas: 13, 14, 15, 266 - Número: 20000093269



ENERGISA PARAÍBA - DA TERRA DA QUINTA DA PRIMAVERA
Br/2018-01-25-0001-Rodovia Rio-Pérouí - PB - CEP 58070-090
019-0001-0001-41 - mdc Edi-19/01/2018

Notas Fiscais: Consultar em https://www.energisa.com.br/inf
Cód. para 001. Automatizado: 3001700022

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/CNPJ/RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|---------------|
| Mai / 2018 | 28/05/2018 | 27/06/2018 | 8528917410 |

UC (Unidade Consumidora): 5/1713002-2

Canal de contato

Entre no site Energisa Online ou em qualquer agência da Energisa e acesse a seção "Meus serviços", menu "Leitura de contas", para obter informações sobre fatura, consumo e dívidas, entre outros serviços.

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|--------------------------------------|------------|-----------|----------------------------|------------------------|
| Data | Leritura | Data | Leritura | |
| 25/04/18 7712 28/05/18 8927 | | | | |
| Demonstrativo | | | | |
| 001 Descrição | Quantidade | Tensão | Volt Brk Cdr. Hdg. Amperes | Consumo |
| | | | Amperes | Watt-hrs/kWh ICMS/ICMS |
| 0001 CONSUMO EM kWh | 324.990 | 2711359 | 220,42 | 220,42 |
| 0001 Acs B Ativado | 4,69 | 4,08 | 27 | 4,69 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | |
| 0007 CONTROLE DE UNIPÚBLICA | 10,98 | 0,00 | 0 | 10,98 |
| 2204 JUROS DE MORA 02/2018 | 9,93 | 0,00 | 0 | 9,93 |
| 2205 MULTAS 02/2018 | 6,15 | 0,00 | 0 | 6,15 |
| 1905 ATUALIZAÇÃO NO VISTARAP 02/2018 | 8,17 | 0,00 | 0 | 8,17 |

CD: Carga de Conta Atualizada por: TOTAL 261,42 261,42 261,42 261,42 261,42 261,42

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

Historico de Consumo (kWh)

270 | 227 | 22 | 272 | 255 | 291 | 250 | 277 | 26 | 221 | 271 | 279
Maio/18 Junho/18 Julho/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19

RESERVADO AO RISCO

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

Indicadores de Qualidade

| Limits da ANEEL | Aparado | Límite de Tensão (V) |
|-----------------|---------|----------------------|
| DIS MENSAL | 155 | 155 |
| DIS TRIMESTRAL | 155 | 155 |
| DIS ANUAL | 155 | 155 |
| FONENSAL | 155 | 155 |
| FOTRIMESTRAL | 155 | 155 |
| FONIAL | 155 | 155 |
| FCO | 155 | 155 |
| LCR | 1222 | 1222 |

Composição do Consumo

| Discriminação | Vales (R\$) | % |
|-------------------|-------------|--------|
| Consumo | 220,42 | 83,41 |
| Imposto ICMS/ICMS | 9,93 | 3,69 |
| Imposto ICMS/ICMS | 10,98 | 4,08 |
| Imposto ICMS/ICMS | 6,15 | 2,27 |
| Imposto ICMS/ICMS | 8,17 | 3,03 |
| Total | 261,42 | 100,00 |

ATENÇÃO

REAVISO: Caso não houver pagamento da fatura de energia elétrica no prazo estabelecido, a concessionária poderá suspender a fornecimento de energia elétrica. Resolução nº 444/ANEEL. O pagamento desse débito pode ser feito através das seguintes formas de pagamento: débito automático, cartão de crédito, cartão de débito, boleto bancário, cartões de crédito, entre outros. Caso o débito seja cancelado, é necessário que o cliente efetue o pagamento da fatura de energia elétrica no prazo estabelecido. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS DE REAVISO, CASO CONTRARIO, O DÉBITO SERÁ SUSPENSO. As formas de pagamento autorizadas são aquelas mencionadas no item 1.1.2 do Regulamento de Serviços de Distribuição de Energia Elétrica no Estado da Paraíba (Resolução nº 001/2011). O cliente deve informar ao seu fornecedor de energia elétrica que não tem condições de pagar a fatura de energia elétrica.

Para mais informações entre em contato com a sua concessionária de energia elétrica.

PARABÉNS!
Faturamento: 19-14-105-2655
Matrícula: 1713002-2018-05-1

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

Faturas em atraso:
Abr/18 244,59
Mar/18 276,04

PROTOCOLO
L.G. JOÃO PESSOA
COMPREV PREVIDÊNCIA

: 1 JUN. 2018



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, orgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, orgão 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 Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-71 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário, Antônio Mineiro dos Santos Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.289.176-10 de sinistro de DPVAT cobertura unidade da Vítima Antônio Mineiro dos Santos Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.289.176-10, 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 | Número | Complemento |
| <u>Vila Maria Residencial</u> | <u>58</u> | |
| Bairro | Estado | CEP |
| <u>Mamanguá</u> | <u>SP</u> | <u>08038-460</u> |
| Email | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |
| <u>alexandreduarte@hotmail.com</u> | <u>(19) 3055-3633</u> | <u>(19) 9663-4902</u> |

João Pessoa, 09 de julho de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: right;">COMPRÉV PREVIDÊNCIA S/A</p> <p style="text-align: right;">PROTÓCOLO</p> <p style="text-align: right;">AG. JOÃO PESSOA</p> | <p style="text-align: center;">COMPRÉV</p> |
| 12 JUL. 2018 | |

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu,

RG nº 1430-627, data de expedição 05/06/1990

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 754.191.304-01, com
domicílio na cidade de MAMANGUAPE, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUDY TRAULESSA DO GRUPO, nº 46,

complemento APARTAMENTO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Adriana Oliveira dos Santos cujo o condutor era Adriana Oliveira dos Santos.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 150 Titan ES

Ano: 2006 / 2007

Placa: MUF 7388 / PB

Chassi: GE9KE08507R035904

Data do Acidente: 10/03/18

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

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 PROTESTOS
Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB
Fone: (83) 3020-2297

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

Dou fé, Mamanguape/PB - 01/06/2018
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Setor Digital: AGY81037-A2G9

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emi R\$ 9,48 FARPEI 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 1480 624, data de expedição 05/06/1990
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 15W191304 91, com
domicílio na cidade de MAMANQUAPE, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TRANSESA DO GRUPO, nº 76,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antônio M. DOS S. JÚNIOR, cujo o condutor era Antônio M. DOS S. JÚNIOR.

Veículo: HONDA CG TITAN E 150

Modelo: CG 150 TITAN E

Ano: 2006/2007

Placa: MDE 4388 / PB

Chassi: YC2KC05507R015904

Data do Acidente: 10/01/18 HORAS: 06

Local e Data: Mamanguape, 10-08-18


Assinatura do Declarante

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

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

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSÉ JOÃO FREIRE
Dou fé. Mamanguape/PB - 10/08/2018
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Selo Digital: AHI26097-JW80
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$ 9,48 FARPEI 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 | 22/04/69 |
| 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 crâne

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 EMISSAO: 30/04/18

~~Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB~~

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



Ceratopogonidae Brasileiros



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Eduardo Hélio Bello Lucas



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1054712

| | | | | |
|--|---|-----------------------------|----------------------|---|
| Identificação do paciente | | | | Sexo Masculino |
| <input checked="" type="checkbox"/> 789396 | Nome ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR | | | |
| Data de nascimento 22/04/1959 | Idade 28 anos 8 meses 19 dias | Estado civil SOLTEIRO(A) | Religião CATOLICA | Promovido |
| Mãe MARIA JOSE MINERVINO DOS SANTOS | | | | Pai ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS |
| Espirando MEDIO COMPLETO | | | | Responsável (Parentesco) JOISIELLY - ESPOSO(A) |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 993116047 | DDD Fixo | | Fone Fixo |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 3183705 | Nº Chm 998002954283221 | | |
| Local de procedência MAMANGUAPE | Tipo MUNICÍPIO | | | UF PB |
| E-mail NAO INFORMADO | Naturalidade MAMANGUAPE | | | CBOR |

Endereço

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

Admissão

| | | |
|------------------------------------|---|-----------------|
| Data e Hora 10/01/2018 21:28:39 | Número da pulseira 100000636197 | Convênio SUS |
|------------------------------------|---|-----------------|

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

Indicadores e Transporte

| | | | |
|--|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Indicadores e Transporte | Piano de saúde Não | Veio de ambulância Não | Trauma Não |
| Meio de Transporte AMBULÂNCIA | | Quem transportou | |

Sinais Vitais

Síntesis vitals

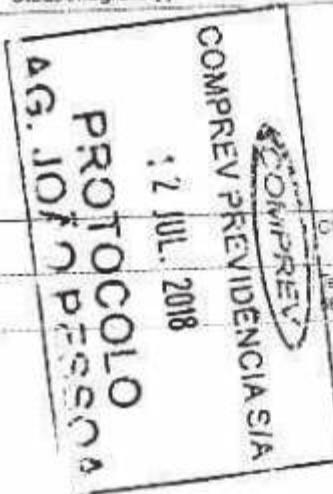
Exames complementares

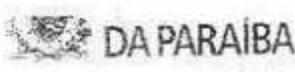
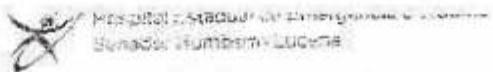
Raios X [] Sangue [] Unna [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos:

第1章-基础概念

Atendido por
AYLA NICOLI E FERNANDES GOMES

1000





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Baixa |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------|
| ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR | 1054712 | 10/01/2018 21:28:39 | |
| Data de nascimento | Idade | CNS | Telefone de Contato |
| 22/04/1989 | 28 | 898002954283221 | (83) 993116847 |
| Mae | | | Prontuario |
| MARIA JOSE MINERVINO DOS SANTOS | | | |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| GILSON PEREIRA DA COSTA, SN | DISTRITO MECANICO | MAMANGUAPE | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | Nº Cons. Regional |
| QUEDA / OUTROS | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO | 6628/PB |
| Data/Hora Classificação: | | Data/Hora Prescrição | |
| 10/01/2018 21:28:39 | | 10/01/2018 22:14:21 | |
| Convênio | Nº Matrícula | | Senha |
| SUS | | | |

Anamnese

ACIDENTE DE MOTO AS 16:30 APROXIMADAMENTE.

GLASGOW 15

ESTAVA EM USO DE CAPACETE

TEVE VÁRIOS EPISÓDIOS DE VÔMITOS

CO: 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
0628/PB

2 JUL. 2018
COMPREV
PROTÓCOLO
PRESCRITIVO
AG. JOI



AREA VERMELHA
Endereço AV. ORESTES LISBOA S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| Paciente ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR | BAE 1054712 | Data/Hora Entrada: 10/01/2018 21:28:39 | Data Saída |
| Data de nascimento 22/04/1989 | Idade 28 | Sexo Masculino | CNS 898002954283221 |
| Mãe MARIA JOSE MINERVINO DOS SANTOS | Bairro DISTRITO MECANICO | Município MAMANGUAPE | UF PB |
| Endereço GILSON PEREIRA DA COSTA, SN | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS | Nº Cons. Regional: 4827/PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | | Data/Hora Prescrição 10/01/2018 21:39:22 | |
| Data/Hora Classificação 10/01/2018 21:28:39 | INF Metodologia | | Senhora |
| Convênio SUS | | | |

Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO , HOJE A TARDE (SJU) .
ALEGA QUE BATEU A CABEÇA (MAS ESTAVA DE CAPACETE , TRAVADO) .
02 EPISÓDIOS DE VOMITOS .
ALEGA TAMBÉM DOR NO PUNHO DIREITO .
GLASGOW 15 .
EUPNÉICO .
ABDOME FLÁCIDO INDOLOR .
ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE .

CD: LIBERADO DA CIRURGIA GERAL → A ORTOPEDIA E NEURO

CID10

| Código | Descrição |
|--------|--|
| S09.9 | Traumatismo não especificado da cabeça |

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR

EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS
(: 4827/PB)





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 Tarcisio 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.

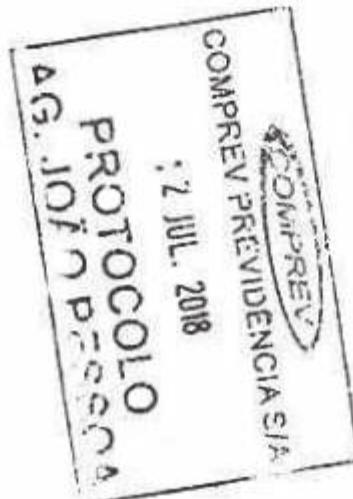
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal direito. Realizado cirurgia dia 16/01/2018 e alta médica dia 18/01/2018

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

João Pessoa, 15 de junho de 2018

Rosangela 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
Repcionista: WILMA FERNANDES M. C.
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

NOTE: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR Num. Frontuario: 2018.01.001419

02-SEV CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3183705 Fone: 993116047

LICENCIADO EM MANGAÇUPE/PA Data Nasc.: 22/04/1989 Id: 28 ano(s)

0001 RUA GILSON FERREIRA DA COBRA, 6
Bairro: BENTO MECÂNICO Cidade: MARINGÁ UF : PR

BAIXO ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS

Pasta: SEM INFORMACAO Emissao: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

ESTIMADORES DE ENTRADA

SUPERIOR ATTORNEY DOG SANTOS, JUNIOR

REBOL: ANTONIO MINERVINO DOS SANTOS JUNIOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

edencial HOSPITAL

(1) *Explain the concept of a vector space. Define a linear transformation between two vector spaces.*

Transporte estilizados AMBIENTES

1996-1997 學年 第一學期 第三周

VIRADA DE ACIDENTE POR: QUEDA

Vítimas de violência

PRE-CONSOLIDATION STRENGTH OF CLAY AND THE EFFECT OF BURDEN

| | | | |
|------------|---------|---|------------------------------------|
| PA: | PR: | <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| PC: | TP: | <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsão |
| Peso: | Altura: | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| Glicemias: | IMC: | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| Circ. Abd: | O2%: | <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |

IV. - The Principal

EXAMINADO PELA PACTUAÇÃO- HEETSHL

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Conducta

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

| | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 07 | COMPREV PRÉV DÊNCIAS / S/ COMPRA |
| 17 JUL. 2018 | Assinatura do Paciente/Responsável |
| PROTOCOLO AG. JOHN PESSOA | |

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel | Medicamento | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem .

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistencia | <input type="checkbox"/> UTI |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input type="checkbox"/> Enfermaria | Obito: <input type="checkbox"/> Atestado | <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML |

John Pessoa
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Antônio M. S. Teixeira Data da Admissão: 91 / 01 / 08
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/1960

QPD: Da 7 de fundada probo ()
HDA: Int. visto dia 10 ()

R. Teixeira

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Micturas [] 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 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematéfese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposo [] 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 []JDM []JTB []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: _____

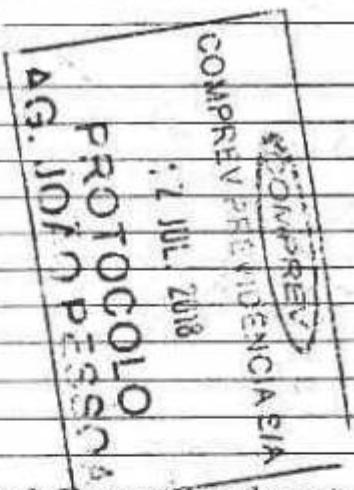
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____



Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Febre reativa afta

Conduta: Monitorar pt no conváglio



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|--|---|------------------------------------|-----------|-----------------|-----|
| Nome: <i>Antônio Mariano</i> | | | | 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 | | | | | |
| <i>Fratura no Rodo Dízito (D)</i> | | | | | |
| CID | | | | | |
| <i>552.5</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | |
| <i>O resultado</i> | | | | | |
| CÓDIGO | | | | | |
| <i>Osteosynthes de Fratura do Rodo Dízito (D)</i> | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | | |
| <i>Osteosynthes de Fratura do Rodo Dízito (D)</i> | | | | | |
| CÓDIGO | | | | | |
| <i>Dr. Indalecio Paixão Fernandes Ortopedia e Traumatologia Cirurgião do Joelho CRM 6827 FORT 14247</i> | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim | 2 (<input type="checkbox"/>) Não | Descreva: | | |
| Biópsia de Congelação: | 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim | 2 (<input type="checkbox"/>) Não | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Pode em DDH sob higiene rígida, no
- (2) Giroterremto e nível de braço (2)
- (3) Assento + antisep + CCF

Incisão: (1) Incisão em VZ da Henry por placa
atrás do osso

Achados: (3) Visualização da fístula do rótulo distal (2)
- com fústula e devirada

Conduta: (2) Realizar enxerto de fístula do rótulo distal
na superfície

(3) Colocação da placa de rótula distal em T

| | |
|----------|--|
| COMPROV. | IX ¹⁵ furto e fixado com parafuso de perfurado e estriadas IX ¹⁹ , 2x16 x20, n=22mm DDD superfície |
|----------|--|

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

:2 JUL. 2018

COMPREV PREVIDENCIA
PREV

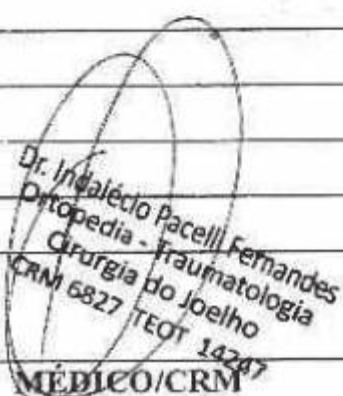
Fechamento: (2) Sutura por plástico

(1) Aerofito

(1) RPA

OBS:

Data: 16/01/18


 Dr. Ingálio Pacelli Fernandes
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM 6827 TECR 14247
MÉDICO/CRM



PROTOCOLO
DE
PESO

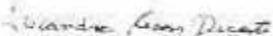
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

: 2 JUL. 2018

COMPREV

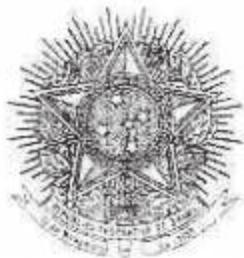


07833220



Assinatura do Titular da Carteira

CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEM 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)

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional

da Paraíba

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCIA DE ALVALO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

DATA:

2018

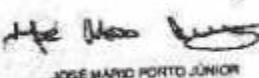
DATA:

2018

DATA:

2018

Data de效期 de OAB:
30/07/2007
Data de效期 de
12/01/2009


JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

PROTÓCOLO
AG. JOHN PESCA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
COMPREV

12 JUL. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valorização 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:

Antônio Minervino dos Santos Júnior,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
Mecânico, CI RG nº 3133705,
CPF/MF nº 085-289-174-10, residente e domiciliado(a) à Rua
Rua Gilson Penteira da Silva,
Cidade de MAMANGUAPE, Estado
PARAÍBA, CEP: 58280-000, telefone
(83)99305.5363 / (83)9186634900.

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 2018

2º Cartório

Erivaldo dos S. Júnior

OUTORGANTE

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

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

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Escrevente Autorizado



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

ANTONIO MINERUINO DOS SANTOS JÚLIO,
brasileiro(a), estado civil SOCIEDADE profissão
MECÂNICO, CI RG nº 3183405,
CPF/MF nº 085-289-374-10, residente e domiciliado(a) à Rua
GILSON PEREIRA DA SILVA,
Cidade de MAMANGUAPE, Estado
PARAÍBA, CEP: 58280-000, telefone
(98) 401 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.

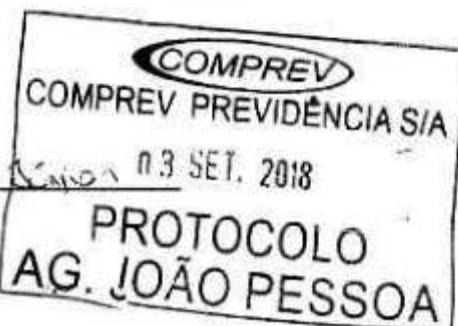
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos 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.



MAMANGUAPE, 10 de AGOSTO de 2018.

Antônio Mineruino dos Santos

OUTORGANTE

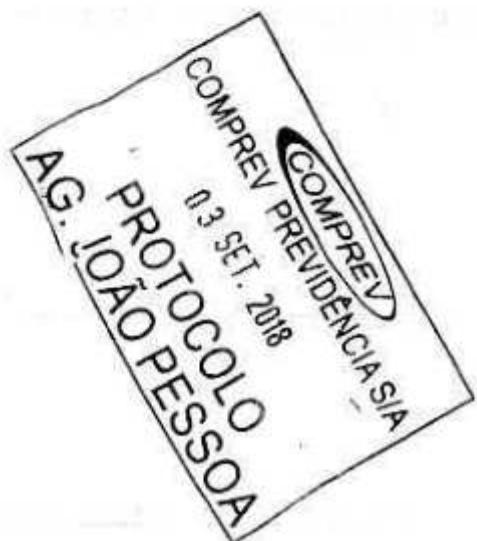


2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Pres.J.Pessoa, 47, Centro , Mamanguape - PB

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 JUNIOR

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA