

---

**Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190243374**

**Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS**

**Data do Acidente: 22/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190243374**                      **Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS**

**Data do Acidente: 22/09/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você

Pag. 01945/01946 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14153440

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190243374

Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000014077-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190243374

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ADONJONHSON CAVALCANTE  
MARTINS

**Data do acidente:** 22/09/2018

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA.  
DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNOZELO DIREITO, PORÉM RESULTOU EM EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/04/2019

**Conduta mantida:**

**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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Nº do registro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 054.640.944-07 Nome completo da vítima: Adonijonilson Cavalcante Martins

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

Nome completo: Adonijonilson Cavalcante Martins CPF: 054.640.944-07

Profissão: monitor Endereço: R. Pedro Nunes Número: 108 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58.305-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (33) 99921-9293

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

RECEITA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (303) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (106)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1911 CONTA: 14077

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa, 29/03/2019.  
 Nome: Adonijonilson Cavalcante Martins  
 CPF: 054.640.944-07

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
 Assinatura: 29 MAR. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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


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

Número do Sinistro: 3190243374  
Nome do(a) Examinado(a): Adonjonhson Cavalcante Martins  
Endereço do(a) Examinado(a): R Pedro Ulisses, 108  
Centro Bayeux PB CEP: 58306-230  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 2588599  
Data local do acidente: [ 22/09/2018 ]  
Data local do exame: [ 12/04/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**  
**Data da Alta: 10/01/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.**  
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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem seqüela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>TORNOZELO - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 03186.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03186.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:52 horas do dia 21 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Adonjonhson Cavalcante Martins**, CPF nº 054.640.944-07, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Monitor de Produção, filho(a) de Rubinete Cavalcante Martins e Adonias Martins da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/05/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dr. Pedro Wlisses, Nº 108, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Proximo Antiga Braz Cordas, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98743-8151.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Proximo a Boate Ponte Preta, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/09/18 05:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

Local: Proximo a Boate Ponte Preta/contorno das Cinco Bocas, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/09/18 05:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 22/09/2018, AS 05 HORAS DA MANHÃ, NAS CINCO BOCAS, NO BAIRRO MANDACARU, QUANDO ESTAVA GUIANDO A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PRETA DE PLACA NPZ 2221/PB, CHASSI 9C2JC411OER115482, REGISTRADA NO DETRAN/PB EM NOME DE BRUNO HUGO CORDEIRO DA SILVA LEITE, CPF, 114.293.784-41. FATO OCORREU QUANDO UM VEICULO DIRIGIDO POR UMA PESSOA O QUAL PASSOU EM FRENTE DA MOTO LHE TRANCADO, EM SEGUIDA EVADIU-SE DO LOCAL, FAZENDO COM QUE DESSE UMA FRENAGEM BRUSCA NA MOTO VINDO CAIR AO CHÃO, AO CAIR DESMAIOU E FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS EM VEICULO PARTICULAR PAR AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MAGABEIRA, LA CHEGANDO FOI ATENDIDO E SUBMETIDO A EXAMES DE IMAGEM QUE EVIDENCIOU FRATURA DE FIBULA DIREITA, E NO DIA 03/10/2018, FOI FEITO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, COM ALTA MÉDICA NO DIA 04/10/2018.

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.



Procedimento Policial: 03186.01.2019.1.00.401

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



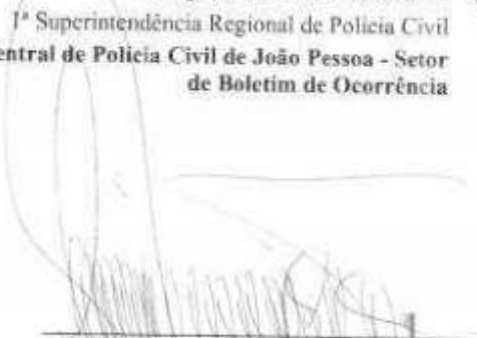
**POLÍCIA  
CIVIL**  
P A R A Í B A



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 21 de março de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
JOSÉ INÁCIO DA SILVA NETO  
Agente de Investigação

  
\_\_\_\_\_  
ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS  
Noticiante



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

Nº do registro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 054.640.944-07 Nome completo da vítima: Adonijonilson Cavalcante Martin

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

Nome completo: Adonijonilson Cavalcante Martin CPF: 054.640.944-07  
 Profissão: monitor Endereço: R. Pedro Nunes Número: 108 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Centro Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58.305-000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (83) 99921-9293

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (303) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (106)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1911 CONTA: 14077

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa, 29/03/2019.  
 Nome: Adonijonilson Cavalcante Martin  
 CPF: 054.640.944-07

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: 29 MAR. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

UBA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

LEMO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. PARCISIO BURITY

Ficha Nr: 165716

Atd: Nao Regula

Data: 22/09/2018

Hora: 06:04:35

Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE

Clinica: CIRURGICA

1 GENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: ( )

CNPJ: -

# DADOS DO PACIENTE

Nome: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

CNS: 201324125210002 Sexo: M IDENTIDADE: 2588599 Fone: 988646367

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/05/1984 Id: 34 ano(s)

End.: RUA SENHOR DO BONFIM, 138

Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: ROBINETE CAVALCANTE MARTINS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: PAI

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.09.003080

Pai: ADONIAS MARTINS DA SILVA

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: QUEDA DE MOTO NAS 5 BOCAS EM MANDACARU AS 05:00H

[ ] Caso Policial

# PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

EC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%: VAT te - mms 10 anos Regular

# CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Incontinência

[ ] Diarreia

[ ] Vômito

Observacao

Queixa Principal: 7.40 # CIR GERAL #

Paciente trazido por familiar com queixa de dor abdominal, náusea e vômito. História de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Exame físico normal.

paciente em estado de consciência normal, sem alterações de vitalidade.

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

A - VAP em eufonia B - MMVV em anis HT em B e - Remoção de suturas C - dor abdominal D - glicemia 150 mg/dl E - urina normal F - diurese normal G - abd. macio

# Diagnóstico

Conduta

1. Rx tórax D AP/P
2. Analise ortopedica
3. ATB 1 primeira

# Prescrição

Horario da medicação

1. Clotil Day + AD E
2. Diprona 1g e agua

1800

Raquel Bezerra Estrela  
Médica  
CRM - PB 7373





23/09 - Psicologia (22:00h)  
Realizado acolhimento + orient.

Carimbo de Arquivo  
357/226.004-49  
13/2956

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Ortopedia: Pneu braço  
Dor e edema

3-1/4x

Rx Fratura Ulnar C

Lesão tendão

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

CO. 1000 Bot  
Internados

Angina

Dr. Odilon R. Filho  
Ortopedia / Cir. Joelho  
CRM 5685 - ROR 12557

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☒ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Adriano Martins

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Odilon R. Filho  
Ortopedia / Cir. Joelho  
CRM 5685 - ROR 12557

Assinatura e Carimbo do Médico

# 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: 17/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000014077-2

---

Nr. da Autenticação E63CE1D554A0D5BB

JOINETE CAVALCANTE MARTINS  
JAFEDROUSSER, 129 / CASA A - CENTRO  
VILA N / PB CEP: 50200-000 (40-1)

ENERGIA MINORABILDO  
VOTO RES NTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
CDD: 10-2-543-4443 Referência: Mar/2019  
Código: 00009457815 Emissão: 18/03/2019

ENERGISA DISTRIBUIDORA (E3-271-2-)  
B-230, 40-15-0-415 Ravelton - João Pessoa - PB - 53011-100  
CDD: 10-2-543-4443 Referência: Mar/2019

Via Fica! Contato Energisa: 0800 083 0196  
Cód. para 24h Automático: 0061878847

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CNPJ / CNPJ / RANI
Mar/2019	18/03/2019	16/04/2019	277.851.904-49

UC (Unidade Consumidora): 5/1578884-7

Canal de contato

Com a leitura da UC, o cliente poderá acompanhar o consumo de energia elétrica em tempo real, através do sistema de monitoramento e controle de consumo, permitindo a identificação de desperdícios e a adoção de medidas corretivas para a redução do consumo.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/02/19	4542	18/03/19	4693		151	32

Demonstrativo							
ID	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor	Valor	Valor
				Ant. (R\$)	Atual (R\$)	Var. (R\$)	Porc. (R\$)
101	Consumo em kWh	43,070	0,52840	22,75	22,75	0,00	1,15
	ENCARGOS E SERVIÇOS						
107	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	1,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
109	JURO DE MORR. 01/2019	2,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
105	MULTA 21/2018	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
29 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**Itaucard**

Consulte sua fatura na Internet  
ou nos call centers eletrônicos do Itaú.



00000978



CIC RECÍPITO PLUS

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA  
R ABELARDO DA S G BARRETO 51  
AP 2502 A - A BRANCO  
58046-110 JOAO PESSOA - PB

2502A



721159433029630000000097800 241218

Data de Postagem: 24/12/2018

Data de Vencimento: 09/01/2019

Data de fechamento (envio): 23/12/2018

Data prevista de fechamento de próxima fatura: 14/02/2019



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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

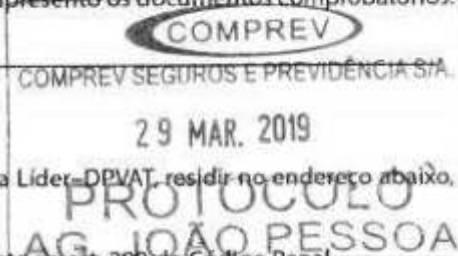
Pelo exposto, eu Guilherme Flávio de Amorim Nobrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011194984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adenilson Cavalcante Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.640.944 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Adenilson Cavalcante Martins, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.640.944 / 07, 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 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 <u>Av. Abelardo da Silva Guimarães Barreto</u>		Número <u>51</u>	Complemento
Bairro <u>Altiplano</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58046-110</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99921-9283</u>

João Pessoa, 29 de Março de 2019  
Local e Data

Guilherme Flávio de Amorim Nobrega  
Assinatura do Declarante

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Bruno Hugo Condino da Silva Leite,  
RG nº 3653333, data de expedição 28/04/2015, Órgão SSPPB,  
portador do CPF nº 334.293.784-41, com Domicílio na  
cidade de Bayeux, no Estado de PARAIBA, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Pedro Uchise,  
nº 108, 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 ADONILTONSON CALVACANTE MARTINS  
cujo o condutor era ADONILTONSON CALVACANTE MARTINS.

Veículo: Motocicleta  
Ano: 2013/2014  
Modelo: Honda / CG 125 FAN  
Placa: NPZ 2221 / PB  
Chassi: 9C2JC4U0ER115482  
Data do acidente: 22/09/2018

Local e data: 23-10-2018

X Bento Hugo Garcia da Silva LIMA  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

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



**SOUTO**  
 2250 W. WILSON AVE. #2, WESTPORT, CA  
 94093-1000  
 415-661-1000  
 FAX 415-661-1001

IF OFFICED BY THE NATIONAL  
INTELLIGENCE SECURITY AGENCY  
FOR THE DEPARTMENT OF DEFENSE  
AND THE DEPARTMENT OF JUSTICE

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....  
BRUNO HUGO CORDEIRO DA SILVA LEITE.....  
Em testada verdade, João Pessoa-PB 23/10/2018-10:45:57  
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar  
[2018-025984]ENL:R\$ 49,48 FARMEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90  
SELO DIGITAL: A4N32161-F707  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiipa.gov.br>

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
29 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## CERTIDÃO

Nº. 0174/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 165716 e Prontuário nº 2018.09.003080 pertencentes a **ADONJOHSON CAVALCANTE MARTINS** que foi atendido dia 22/09/2018 às 06H04min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de fibula direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/10/2018 com alta médica dia 04/10/2018.

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

João Pessoa, 18 de fevereiro de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883









## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

PACIENTE em DDH com DNESTASIA  
ASSEPSIA + ANTISSEPSIA  
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.

### Incisão:

INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL em PENHA DISTAL  
POU PLANOS

### Achados:

AUMENTO DO ESPAÇO CILINDRO MENOR

### Conduta:

REDUZIR SOB ESCOLIAL  
APOSEIÇÃO DE PLACA 1/3 CILINDRO + PONTA CILINDRO  
CONTINUA 45.  
LIMPEZA COM SFQ 9%  
SUTURA POU PLANOS  
CURATIVO  
TALA BOTA  
RX CONTROLE

### Fechamento:

### OBS:

ALTA NO 3º DIA, SE PACIENTE SEM INTERCOMUNICAÇÃO

Data: 03/10/18

Yury  
C. MEDICO CRM



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




*Giullyana Flávia de Amorim Nóbrega*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
29 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2011

NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

RELACIONADO LUIZ GONZAGA DE AMORIM  
MARIA DE PÁTIMA PINTO

NACIONALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 07/02/1985

DOC ORIGEM CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063

CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB

CPF 011.197.984-69

ASSINATURA DO TITULAR *Luiz Gonzaga de Amorim*  
Luiz Gonzaga de Amorim  
CPF: 011.197.984-69

LEI Nº 7.116 DE 20/06/90





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190243374 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADONJONHSON CAVALCANTE **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS  
MARTINS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNOZELO DIREITO, PORÉM RESULTOU EM EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/04/2019

**Conduta mantida:**

**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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190243374 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÍBULA DISTAL À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190243374 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÍBULA DISTAL À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Cidneyson Cavalcante Martins brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão montador, residente e domiciliado à Rua R. Pedro Uirapuru, nº 108, bairro Centro, Município de Bayerle, Estado de(o) PB, Cep: 58.305-002, portador(a) do Rg nº 2588599, SSP/PB e CPF nº 054.640.944-07.

OUTORGADOS: Giuliyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/89 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631028408, com endereço profissional na Praça Venâncio Nelva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Cidneyson Cavalcante Martins, ocorrido em 22 / 09 / 2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidadez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Bayerle

21, de 03

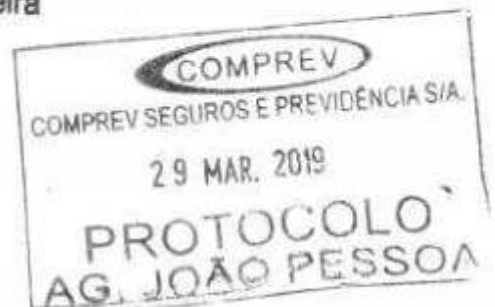
de 2019



Outorgante

CPF nº 054.640.944-07

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108380/19

**Vítima:** ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

**CPF:** 054.640.944-07

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 22/09/2018

**Titular do CPF:** ADONJONHSON  
CAVALCANTE MARTINS

**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

### GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

### ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS : 054.640.944-07

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](http://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: 29/03/2019  
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA  
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/03/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA