

---

**Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190267157**

**Vítima: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS**

**Data do Acidente: 13/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

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

**Senhor(a), ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS**

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

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267157

Vítima: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

Data do Acidente: 13/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

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\$ 3.375,00 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 0000010379-1

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).





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência**

**Nº 00046.01.2019.1.02.000**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00046.01.2019.1.02.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:56 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por José Romero Cavalcanti de Albuquerque Lobo, Agente de Investigação, matrícula 809861, ao final assinado, compareceu **Isac Henriques de Vasconcelos**, conhecido(a) por Isac, CPF nº 109.716.074-27, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Luzinete Henriques Vasconcelos e Antonio Marcos de Vasconcelos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/07/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Absalão Marques da Fonseca, Nº 195, complemento CASA, bairro Tibiri Ii, tendo como ponto de referência Próximo Ao Cemitério, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98742-0919.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Próximo a Cagepa, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/12/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE O NOTICIANTE NO DIA 13/12/2018, POR VOLTA DAS 08:00 HORAS SE ENCONTRAVA NA BR-230, PRÓXIMO A CAGEPA, CONDUZINDO O VEÍCULO DE MARCA/MODELO HONDA CG 125 FAN KS, DE PLACA QFL-7429/PB, DE COR PRETA, ANO/MODELO 2015/2015, CHASSI 9C2JC4110FR307035, REGISTRADA NO DETRAN/PB EM NOME DO NOTICIANTE, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CAMINHÃO QUE NÃO TEM COMO DESCREVER AS CARACTERÍSTICAS, TENDO EM VISTA O MESMO NÃO TER PARADO PARA PRESTAR AUXÍLIO (FUGIU DO LOCAL) REALIZOU MANOBRA INDEVIDA E SEM A ATENÇÃO, TENDO TRANCADO O NOTICIANTE QUE CHEGOU A CAIR AO SOLO CAUSANDO VARIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO, ONDE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA E POSTERIORMENTE PARA O TRAUMINHA, E INCLUSIVE TEVE DE SE SUBMETER A DUAS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS CONFORME LAUDO MÉDICO, MOTIVO PELO QUAL VEM REGISTRAR O FATO.

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, 05 de abril de 2019.

José Romero Lobo  
AGT. Investigação  
Mat. 80.986-1

JOSÉ ROMERO CAVALCANTI DE  
ALBUQUERQUE LOBO  
Agente de Investigação

Isac Henriques de Vasconcelos  
Isac Henriques de Vasconcelos  
Noticiante



Procedimento Policial: 00046.01.2019.1.02.000

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: 109716074 27 CPF de vítima: Isaac Henrique de Vasconcelos Nome completo da vítima: Isaac Henrique de Vasconcelos

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

Nome completo: Isaac Henrique de Vasconcelos CPF: 109.716.074-27  
Profissão: Recuso Endereço: Rua Albalão Marques da Fomaca 195  
Bairro: Tibiri Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58000-000  
E-mail: Tel. (DDD):

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\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ADIMA 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 (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 3348 CONTA: 10379 AGÊNCIA: CONTA:

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 aqui, 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 (assinale 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;  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo 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 a avaliação médica assistida 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 implica concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso dispuser do seu conteúdo.

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**09 ABR. 2019**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou herdeiros (ou nascidos)? ☐ 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 alteração ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 305 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 09/04/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

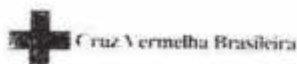
(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

TESTEMUNHAS  
1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

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 RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1128873



|                                                                   |                                                  |                                                  |                              |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>                                  |                                                  |                                                  |                              |
| ID<br>1355407                                                     | Nome<br>ISAC HENRIQUE DE VASCONCELOS             | Sexo<br>Masculino                                |                              |
| Data de nascimento<br>14/07/1996                                  | Idade<br>22 anos 4 meses 29 dias                 | Estado civil                                     | Religião                     |
| Mãe<br>LUZINETE HENRIQUE VASCONCELOS                              |                                                  | Pai<br>ANTONIO MARCOS DE VASCONCELOS             |                              |
| Escolaridade                                                      |                                                  | Responsável (Parentesco)<br>O MESMO - O MESMO(A) |                              |
| DDD Móvel<br>83                                                   | Fone Móvel<br>987420919                          | DDD Fixo                                         | Fone Fixo                    |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                 | Número documento<br>3934314                      | Nº Cns                                           |                              |
| Local de procedência<br>BR 230                                    | Tipo<br>BAIRRO                                   |                                                  | UF<br>PB                     |
| Email                                                             | Naturalidade<br>SANTA RITA                       | CBO/R                                            |                              |
| <b>Endereço</b>                                                   |                                                  |                                                  |                              |
| CEP<br>58300103                                                   | Município de residência<br>SANTA RITA            | UF<br>PB                                         | Logradouro<br>DOUTOR FONSECA |
| Número<br>195                                                     | Complemento                                      | Bairro<br>CENTRO                                 |                              |
| <b>Admissão</b>                                                   |                                                  |                                                  |                              |
| Data e Hora<br>13/12/2018 08:46:17                                | Número da pulseira<br>100006840906               | Convênio<br>SUS                                  |                              |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                   | Clínica                                          |                                                  |                              |
| Classificação de risco                                            | Origem do paciente<br>RODOVIA                    |                                                  |                              |
| Caráter de atendimento                                            | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO            |                              |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                                   |                                                  |                                                  |                              |
| Caso policial<br>Não                                              | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não                        | Trauma<br>Não                |
| Meio de transporte<br>RESGATE - BOMBEIROS                         |                                                  | Quem transportou                                 |                              |
| <b>Sinais Vitais</b>                                              |                                                  |                                                  |                              |
| PA<br>_____ X _____ mmHg                                          | Pulso                                            | Temperatura                                      |                              |
| <b>Exames complementares</b>                                      |                                                  |                                                  |                              |
| Raio X []                                                         | Sangue []                                        | Urina []                                         | TC []                        |
|                                                                   | Liquor []                                        | ECG []                                           | Ultrasonografia []           |
| Dados clínicos<br>Rt etc, equívoco, eucetato, segue<br>os exames. |                                                  |                                                  |                              |
| Diagnóstico                                                       |                                                  |                                                  | CID                          |
| Atendido por<br>KELLY DE SOUZA BARBOSA                            |                                                  |                                                  | Tempo<br>02min 01seg         |

Imprimir

# 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: 24/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000010379-1

---

Nr. da Autenticação 594A6B4CB34C74A5

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é enviado via e-mail

Recibo para comprovação de pagamento de energia elétrica Nº 022.449.537



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Crista Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-600  
CNPJ 09.695.183/0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ANTONIO MARCOS DE VASCONCELOS  
RUA ABSALAO MARQUES DA FONSECA 195  
SANTA RITA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/838849-8

### REFERÊNCIA

MAR/2019

### APRESENTAÇÃO

26/03/2019

### CONSUMO

190

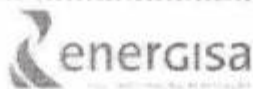
### VENCIMENTO

02/04/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 135,99

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



LEVANTE AQUI

ANTONIO MARCOS DE VASCONCELOS

Roteiro: 16-009-327-5120

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/04/2019

### VENCIMENTO

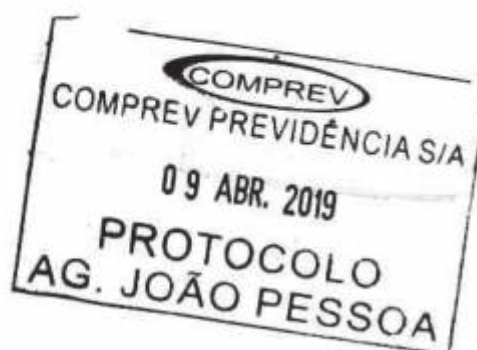
02/04/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 135,99

### MATRÍCULA

838849-2019-00-0



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA ACIDENTE F. JOSE C. DUARTE, 1573 SA. 25 - MANSA BARRA  
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58056-304 (62-1)



Empresário: 27/01/2019 Referência: Jan/2019  
Classificação: COMERCIAL - COMERCIAL MODIFICADO  
Número: 12-5-292-451

PARA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-200 km2 - Cota Redutora: 080-Paraná/PB - CEP: 58071-080  
CNPJ: 06.943.000/40 - Insc. Est. 18.016.673-0

Telefone: 0800-0830196 - Fone: 51.604.051  
Cód. para Dts Automático: 000188358-7

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

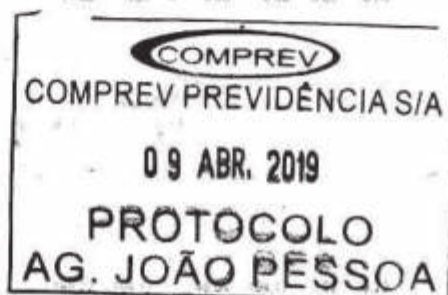
| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/CNPJ/RANI            |
|-------------------|--------------|----------------------------------|--------------------------|
| Jan / 2019        | 21/01/2019   | 19/02/2019                       | 010.842.224-45<br>WEC-BR |

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

#### Canal de contato

Quer receber a conta de luz? Adote hábitos conscientes, não deixe a conta da geladeira aberta sem necessidade, lave e seque o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

| Anterior                    | Atual            | Constante        | Consumo          | Dias                                              |
|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------------------------------------|
| Data<br>19/12/18            | Leitura<br>3510  | Data<br>21/01/19 | Leitura<br>3738  | 32                                                |
| Demonstrativo               |                  |                  |                  |                                                   |
| CO - Descrição              | Quantidade       | Tarifa           | Valor Base (R\$) | Ant. Comp. (R\$) Base Calc. (R\$) - Consumo (R\$) |
| DE01 - Consumo em kWh       | 222,00 (0,65812) | 164,17           | 164,17           | 26 46,04 164,17 1,89 9,20                         |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS      |                  |                  |                  |                                                   |
| DE07 - CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA |                  | 11,05            | 11,05            | 41 9,66 9,66 0,02 0,00 0,10                       |



CO - Código de Classificação do rem: TOTAL

| Média últimos meses (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---------------------------|------------|---------------|
| 161                       | 28/01/2019 | R\$ 195,22    |

#### Histórico de Consumo (kWh)

|        |        |        |        |         |        |        |        |        |        |        |        |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |
|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|
| 44     | 1      | 25     | 1      | 4       | 1      | 100    | 1      | 221    | 1      | 222    | 1      | 107 | 1 | 200 | 1 | 192 | 1 | 224 | 1 | 222 | 1 | 222 |
| Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Maio/19 | Jun/19 | Jul/19 | Aug/19 | Sep/19 | Out/19 | Nov/19 | Dez/19 |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |

85f1 69f1 dd42.d3c2 aaed 644b.9cc1 f932

#### Indicadores de Qualidade 11/2019 - Mangabeira

|             | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V)                    |
|-------------|------------------|---------|-----------------------------------------|
| DQ MENOR    | 5,10             | 0,00    | NORMAL 220                              |
| DQ TRANSFER | 10,20            |         |                                         |
| DQ ANUAL    | 42,71            |         |                                         |
| FC MENOR    | 9,59             | 0,00    | CLASSIFICAÇÃO: LÍMITE SUPERIOR 200 92,5 |
| FC TRANSFER | 39,57            |         |                                         |
| FC ANUAL    | 17,00            |         |                                         |
| DM          | 2,94             | 0,01    |                                         |
| DMR         | 12,22            |         |                                         |

| Discriminação                | Valor (R\$)   | %             |
|------------------------------|---------------|---------------|
| Carregador de Carga (Carreg) | 66,04         | 33,86         |
| Carregador de Energia        | 64,74         | 33,11         |
| Carregador de Tensão         | 10,00         | 5,12          |
| Carregador de Energia        | 22,12         | 11,33         |
| Carregador de Energia        | 0,00          | 0,00          |
| <b>Total</b>                 | <b>196,22</b> | <b>100,00</b> |

Valor Base (R\$) 110,50 e 140,50

#### ATENÇÃO

Faturas em atraso

Atividade: 00000000

| PARA: SA                                                   | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| Roteiro: 12-5-292-451<br>Mangabeira: 5/1698358-7 2019-01-3 | 28/01/2019 | R\$ 195,22    |

83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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 Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Isaac Henrique de Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 109716074 / 27

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Isaac Henrique de Vasconcelos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.716.074 / 27, 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: Rua Agente Fiscal José B. Duarte

Número: 157

Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Trangabeira

Cidade: João Pessoa

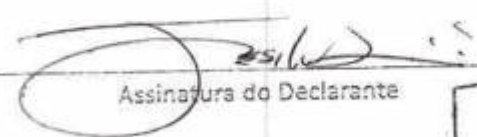
Estado: PB

CEP: 58056-384

E-mail: \_\_\_\_\_

Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

Local e Data: João Pessoa - PB 09/04/2019

  
Assinatura do Declarante

  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**09 ABR. 2019**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

CERTIDÃO

Nº. 0517/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA 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 Ambulatorial nº 189995 e Prontuário nº 2018.12.001528 pertencente ao ISAC **HENRIQUE DE VASCONCELOS** foi atendido dia 13/12/2018 às 18h31min, vítima de colisão de moto x moto, apresentando trauma em membro inferior esquerda e direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de radio distal esquerdo fratura do olecrano direito . Realizado procedimento cirúrgico no dia 19/12/2018 e 22/12/2018 com alta médica dia 18/12/2018.

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

João Pessoa, 11 de abril de 2019

  
Fabiana Fernandes de Araújo  
CARDIOLOGIA  
CRM/PB 4516  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
16 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, GOV. T. BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 189995  
Data: 13/12/2018  
Hora: 18:31:03  
Recepcionista: G  
Clinica: ORTOPE

DADOS DO PACIENTE

Nome: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.0

CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 10971607427 Fone: 987833004

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/07/2006 Id: 22 ano(s)

End.: RUA ABSALAO MARQUES DA FONSECA, 195 PACIENTE SEM CARTAO SUS

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: LUZINTE HENRIQUES VASCONCELOS

Pai: ANTONIO MARCOS DE VAS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU CC

Resp.: MAE

/Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA HUMBERTO LUCENA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE ACIDENTE DE ,MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AC

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEEETSHL COM FRAT EM  
MMSS, CONFORME PACTUACAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Encaminhado do Trauma,  
fratura do pulso @ e cotovelo @*

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao

DATA e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Psicologia - 19/12/2013

Realizo aconselhamento pré teste  
anti-HIV devido acidente, perfuro - cortante  
com exposição de sangue.

  
Renata Camini Barros  
Psicóloga  
CRF 13.6324  
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |

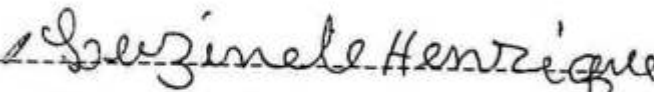
Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberaçao

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: ISAC Henrique Data da Admissão: 1  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
QPD: Dor em punho (E) e cotovelo

HDA: \_\_\_\_\_

Transtorno de ansiedade  
Apresenta suor, estresse e  
dores em punho (E) e cotovelo

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Pr  
[ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epi  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] E  
[ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematê  
[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aum

**AGU:** [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] H  
[ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposou  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ]

**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:

Tratamento medicamentoso (E)  
+ Tratamento cirúrgico (D)

Conduta:

Tratamento cirúrgico



|                                     |                                |                |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------|
| Nome: <i>Isac Henrique de Jesus</i> |                                | Registro:      |
| Idade: <i>22a</i>                   | Sexo: <i>M</i>                 | Cor: <i>Br</i> |
| Clínica: <i>Or</i>                  |                                | EMP:           |
| Data: <i>13/12/18</i>               | Cirurgião: <i>Dr. Tourinho</i> | 1º Assistente: |
| 2º Assistente: <i>Aurelio</i>       | 3º Assistente:                 | Instrumenta:   |
| Anestesista:                        | Tipo Anestesia: <i>Blanco</i>  | Horário:       |

Fr de Oberano (Q)

O mesmo

RAF" (Banda de Toga)

|                                                                               |                        |           |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Acidente durante Ato Cirúrgico                                                | 1 ( ) Sim<br>2 ( ) Não | Descreva: |
| Biópsia de Congelação:                                                        | 1 ( ) Sim<br>2 ( ) Não |           |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:                                |                        |           |
| 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante |                        |           |

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em D.O.H. sobre a mesa de  
Assepsia + Antissepsia  
Aparição de campos ester

Incisão:

Incisão curva da ulna (D)

Achados:

Fx do cotovelo comuna

Conduta:

Realizado manobra de Reduções  
e passagem de 2 fios de Kirschner  
analgésicos à ulna e realizada Banda  
de Tensão.

Procedimento guiado por escopo

Fechamento:

Fechamento com sutura + curativo  
e Tala.

OBS:

Falta abordar rádio distal (E)

Data: 19/12/18

Dr. Valdebar Carvalho Jr.  
Médico - CRM 7692  
CNS 200246990960019  
MÉDICO/CRM



|                                                                                   |                               |                         |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|----------|
| Nome: <u>Tree Antunes</u>                                                         |                               | Registro:               |          |
| Idade:                                                                            | Sexo:                         | Cor:                    | Clínica: |
| Data:                                                                             | Cirurgião: <u>Dr. Fedeiro</u> | EMP:                    |          |
| 2º Assistente:                                                                    | 3º Assistente:                | 1º Assistente: <u>2</u> |          |
| Anestesista: <u>B. Sousa</u>                                                      | Tipo Anestesia: <u>gaul</u>   | Instrumentador          |          |
| Horário: I:                                                                       |                               |                         |          |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO                                                    |                               |                         |          |
| <u>pt. nobre</u>                                                                  |                               |                         |          |
|                                                                                   |                               |                         |          |
|                                                                                   |                               |                         |          |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO                                                    |                               |                         |          |
| <u>6 w</u>                                                                        |                               |                         |          |
|                                                                                   |                               |                         |          |
|                                                                                   |                               |                         |          |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)                                                    |                               |                         |          |
| <u>Des. me + fist</u>                                                             |                               |                         |          |
| <u>Desce.</u>                                                                     |                               |                         |          |
|                                                                                   |                               |                         |          |
|                                                                                   |                               |                         |          |
| Acidente durante Ato Cirúrgico                                                    |                               | Descreva:               |          |
| 1 ( ) Sim                                                                         |                               |                         |          |
| 2 ( ) Não                                                                         |                               |                         |          |
| Biópsia de Congelação:                                                            |                               |                         |          |
| 1 ( ) Sim                                                                         |                               |                         |          |
| 2 ( ) Não                                                                         |                               |                         |          |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:                                    |                               |                         |          |
| 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o A |                               |                         |          |





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR DE: 1054562 SSP 1/8

CPF: 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO: 02/04/1967

FEIÇÃO: JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CALHA: /J/

Nº REGISTRO: 00724153182 VALIDEZ: 10/11/2019 1ª EMISSÃO: 06/04/1989

Observações: A 7

Assinatura do Portador: *Jose Eduardo da Silva*

Assinatura do Emissor: *Rodrigo Carneiro*

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 11/11/2014

60378988469  
PB029545609

1009001575

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº 014201265630

VIA 1 DDD RENAVAM 0106769467-3 RNTC 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

CPF / CNPJ 10971607427

PLACA QFL7429/PB

PLACA ANT NOVO PB 9C2JC4110FR307035

TIPO VEÍCULO / MOTOCICLO / NAO APLIC

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANOS 2015 2015

CAP. POT 2 P/124 /CI

PARTIC

PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1º VENC. / COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) \*\*\*\*\* ICF (R\$) \*\*\*\*\* PRÊMIO TOTAL (R\$) \*\*\*\*\* DATA DE PAGAMENTO 04/09/2018

OBSERVAÇÕES F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

ANTA RITA - PB

14303



*Anta Rita*

DATA 05/09/2018

42650

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014201265630 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA 05/09/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 10971607427

RENAVAM 01067694673 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO PAZ 2015 9 9C2JC4110FR307035

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR (R\$) \*\*\*\*\* DETRAN (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* ICF (R\$) \*\*\*\*\*

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE PAGAMENTO 04/09/2018

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 08.240.803/0001-04

42650-1204267-20180905

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190267157 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS **Data do acidente:** 13/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 21/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO OLÉCRANO DIREITO. (P5)  
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. (P5)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (BANDA DE TENSÃO NO OLÉCRANO /FIOS DE KIRSCHNER NO RÁDIO) E ALTA MÉDICA. (P6 P7 P8 P9)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO DIREITO E MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos**

**complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 cotovelos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos    | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                            |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190267157 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS **Data do acidente:** 13/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 21/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO OLÉCRANO DIREITO. (P5)  
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. (P5)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (BANDA DE TENSÃO NO OLÉCRANO /FIOS DE KIRSCHNER NO RÁDIO) E ALTA MÉDICA. (P6 P7 P8 P9)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO DIREITO E MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos**

**complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 cotovelos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos    | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                            |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190267157 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS **Data do acidente:** 13/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 11/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DA ULNA DIREITA. (P6)  
FRATURA BILATERAL DISTAL DO RÁDIO. (P3)

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

# PROCURAÇÃO

Outorgante: Isaac Henrique de Vasconcelos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão estudante, residente e domiciliado à Rua Abraão Marques de Sousa nº 195, bairro Tubini, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58800-000, portador(a) do Rg nº 3534314, SSP/PB e CPF nº 109.716.074-27

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão adherido, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 357, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 1054562 SSP/ PB e CPF nº 455.536.074-91

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) Isaac Henrique de Vasconcelos, ocorrido em 13/12/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza involuntária.

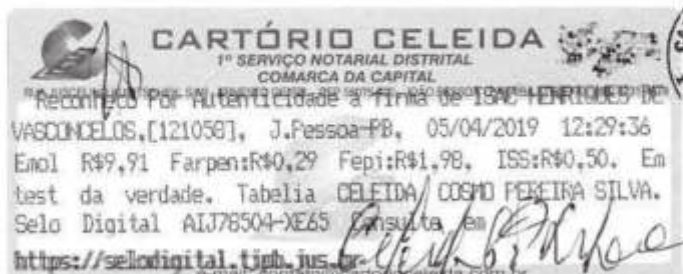
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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.

João Pessoa, 05 de abril de 2019.



x Isaac Henrique de Vasconcelos  
Outorgante  
CPF nº 109.716.074-27

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121070/19

**Vítima:** ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

**CPF:** 109.716.074-27

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 13/12/2018

**Titular do CPF:** ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

### ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS : 109.716.074-27

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: 09/04/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121070/19

**Número do Sinistro:** 3190267157

**Vítima:** ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

**CPF:** 109.716.074-27

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/12/2018

**Titular do CPF:** ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 16/05/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA