

---

**Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190604502**

**Vítima: ROGERIO FARIAS DA SILVA**

**Data do Acidente: 12/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), ROGERIO FARIAS DA SILVA**

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, 30 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190604502**

**Vítima: ROGERIO FARIAS DA SILVA**

**Data do Acidente: 12/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ROGERIO FARIAS DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604502

Vítima: ROGERIO FARIAS DA SILVA

Data do Acidente: 12/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROGERIO FARIAS DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do 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 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: ROGERIO FARIAS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000735

Conta: 0000030579-9

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 058.585.314-23 4 - Nome completo da vítima: Rogério Farias da Silva

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

5 - Nome completo: Rogério Farias da Silva 6 - CPF: 05858531423  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Joazeiro Cavalcanti de Albuquerque 43  
9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0735 CONTA: 30579 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 após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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.

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 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 24/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



*agencia*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 058.585.314-23 4 - Nome completo da vítima: Rogério Farias da Silva

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

5 - Nome completo: Rogério Farias da Silva 6 - CPF: 05858531423  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Joazeiro Cavalcanti de Albuquerque 43  
9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0735 CONTA: 30579 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 após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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.

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 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 24/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



*agencia*

## CERTIDÃO

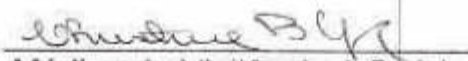
Nº. 1627/2019

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA** e 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 Nº237352 e Prontuário Nº 2018.09.1850 pertencentes ao paciente **ROGERIO FARIAS DA SILVA** que foi atendido dia 13/06/2019 às 01h05min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membros superior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisária da ulna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/06/2019. Com alta médica dia 19/06/2019.

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

João Pessoa, 25 Setembro de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137

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

Ficha Nr: 237352 Atd: Nao Regular  
Data: 13/06/2019  
Hora: 01:05:06  
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS S  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROGERIO FARIAS DA SILVA

CNS: 203328480050009 Sexo: M CNH: 3082734 SSP PB Fone: 986344100

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/05/1985 Id: 34 ano(s)

End.: RUA GUARENE CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE, 43

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARLUCE FARIAS DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERVENTE DE OBRAS

ORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ROGERIO FARIAS DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 986344100 / OUTROS: 3082734 SSP PB

Pr. gencia: HOSPITAL TRAUMA

Num. de vezes atendido: 3

Num. Prontuario: 2018.09.001850

Pai: SEVERINO EMILIANO DA SILVA

Escolaridade:

Testado Civil: SOLTEIRO(A)  
DATA: 13/06/19  
Hora:

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO- MOTOXCARRO- EM MATA REDONDA

Vitima de violencia por: AS 19/00 HS

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Gravidade: IMC:

Circ. Abd: Q2%:

Quixa Principal

Trat. EM MSD E MID.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEETSHL, CONFORME PACTUACAO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Aus. do ar  
Ao 20 e MS

Diagnostico

Conduta

Fr. e Um

Prescricao

Horario da medicacao

Ino PTOU

1

-----

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

-----

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

-----

Assinatura da Enfermagem

-----

Reservado p/ liberacao

-----

PROCEDIMENTO REALIZADO

-----

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia      [ ] Transferido      [ ] Desistencia      [ ] UTI

[ ] Alta a pedido      [ ] Enfermaria      Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IM

-----

-----

Assinatura do Paciente/Responsavel

-----

Assinatura e Carimbo do Medico

-----

# 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: 08/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ROGERIO FARIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000030579-9

---

Nr. da Autenticação 8C15661D8EF6F973



Univ. de Vigo - VIGOPASCO  
Carretera BUS-MT-211 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Polígono 12-E-2YE-1113 Referencia Jun/2019  
Código 3002048081 Criterios: RGW2019

ENERGISA S.A. - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 250 A - 25 - C/da Princesa - Jd. Pequeno - F. 0 - CEP 08571-600  
CNPJ: 09.096.784/0001-40 - Tel: 011 501.0200

Nota Final: 1 Conto de Energia Elétrica R\$ 210,732  
Cód. para Dib. Automático: 02004029023

Jun / 2018

18/06/2019

19/07/2019

952.199.784-20  
rsc EE

UC (Unidade Consumidora)

5/402982-3

[illegible]

DATA	LEI ANT.	DATA	LEITURA	30	29		
27/05/95	11/03/95	19/06/95	18387				
CD	Descrição	Quantidade	Fabrica	Valor Base Cota	Alq. Cota/R\$	Base Cota Fx/R\$	Cota/R\$
		Tel. Jcs	Tel. Jcs	(R\$) CM/R\$	(R\$) CM/R\$	(R\$) CM/R\$	(R\$) CM/R\$
001	Custo de Depreciação	24.88	24.88	75	5.72	14.86	0.27
002	Adm. B. Amante	0.20	9.29	25	0.24	0.23	0.20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
003	PARCELAMENTO DE DEBITOS	76.40	0.00	2	2.31	0.00	0.00

Cod. Cad. de Clasa 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839,

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**

27/06/2019

**R\$ 101,48**

100	122	SR	30	30	30	30	30	304	147	142	142
Jun 16	Jun 19	Aug 12	Sep 18	Oct 14	Nov 8	Dec 15	Jan 19	Feb 12	Mar 13	Apr 13	May 13

RESERVADO AO FISCO

0338 f700.267b.7a2e,c883 fa4e.784e.2d48.

### Composição do Consumo

				Discriminacao	Valor (R\$)	%
11-MENSAL	4,00	2,10	NOMINAL	220	220,00	100,00
12-TRIMESTRAL	12,10					
13-ANUAL	30,30					
14-QUINQUENAL	121,00					
15-TRIMESTRAL	12,10	2,10	CONTRA DADO LIMITE SUPERIOR	202	202,00	91,82
16-ANUAL	30,30					
17-QUINQUENAL	121,00					
18-TRIMESTRAL	12,10			221	221,00	100,00
				Total	600,48	100,00

WIDE US 101 423 3442

**ATENÇÃO**

### Faturas em atraso

**PRÉVISO DE VENCIMENTO** O Casosil é fornecido em 120 unidades de dosagem, em um frasco de 300 ml, com prazo de validade de 36 meses a partir de 03/01/2016. Conforme Regulamento ANVISA nº 443, o pagamento pela entrega não se caracteriza como ato de venda, portanto, o fornecimento não é considerado uma prestação de serviço. As despesas com o frete não entram no âmbito da prestação de serviço, portanto, o Casosil tem o preço pago pelo pagamento da taxa, portanto, o preço de venda é o preço pago pelo frete e a inclusão em alguns casos de preço no crédito no caso de não movimento. Impedido de ser acessado, mas

Mail/18	205,26
---------	--------

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do boleto.

Fórmula para sempre pagamento da rede elétrica: Nº 029.664.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.016.825-0

**DADOS DO CLIENTE**  
CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02  
JOÃO PESSOA

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**  
5/1371069-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	150	27/08/2019	R\$ 138,62

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do boleto.

Fórmula para sempre pagamento da rede elétrica: Nº 029.664.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.016.825-0

**DADOS DO CLIENTE**  
CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02  
JOÃO PESSOA

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**  
5/1371069-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	150	27/08/2019	R\$ 138,62

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradonalider.com.br](http://www.seguradonalider.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 06

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 do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECALWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rogério Farias da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.585.314/23

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Rogério Farias da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.585.314/23, 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 24/10/19

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

Nome: <i>Rogério Farias da Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>34anos</i>	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>19/06/2019</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Filipe Lessa</i>		
Anestesista: <i>Dra Virginia</i>			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura diafisária da Ulna D</i>					<i>S52.2</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Osteossíntese da Ulna D</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

*Paciente em decúbito dorsal sob anestesia*

*Realizado garroteamento de membro superior*

*Assepsia + Antissepsia*

*Aposição de campos cirúrgicos estéreis*

### Incisão:

*Incisão em região medial do antebraço E*

*Dissecção por planos até foco de fratura*

*Hemostasia com eletrocautério*

### Achados:

*Visualização de fratura da diáfise do ulna E*

### Conduta:

*Realizada manobra de redução para ulna E*

*Redução de fragmentos ósseos da ulna*

*Aposição de 01 Placa 3.5mm + 06 parafusos corticais*

*Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%*

### Fechamento:

*Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele*

*Curativo*

*Retirada de garrote de membro superior*

*Observada boa perfusão periférica*

*Tala axilopalmar gessada*

### OBS:

Data: 19/06/2019

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9870 9604  
MÉDICO/CRM



Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**

**LAUDO MEDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME <i>Rogério Farias da Silva</i>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>34 anos</i>	Sobrenome <i>Mas</i>	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	LENO
DATA DE ADMISSÃO <i>13/06/2019</i>	DATA DE ALTA <i>19/06/2019</i>	TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>06 (seis) dias</i>	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>Fratura da ulna direita</i>		CID <i>S52</i>	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO <i>O mesmo</i>			
EXAME FÍSICO <i>Exame demonstrando solução de continuidade óssea da ulna</i>			
EXAME DE LABORATÓRIO		EXAME DE IMAGEM	
EXAME DE HISTÓRIA		EXAME DE OUTROS	
EXAME DE HISTÓRIA <input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1665508030

NOME  
ROGERIO FARIAS DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / OUT. INTERCEP. 3082734 SSP PB

CPF 058.585.314-23 DATA NASCIMENTO 21/05/1985

FUNÇÃO  
SEVERINO EMILIANO DA  
SILVA  
MARLUCE FARIAS DA  
SILVA

SEXUALIDADE ADM. COTINHA AB

Nº REGISTRO 06947547292

VALIDADE 06/04/2022

1ª EMISSÃO 07/11/2017

OBSERVAÇÕES

FEAR:

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1665508030

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

08/11/2018

ASSINATURA DO EMISOR

17110586600

PB037859650

PARAIBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
UNIDADE NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE		
	DOC. IDENTIFIC. (CPF, RG, RNM, etc.) 2827718 SEP PB	
	CPF - DATA NASCIMENTO 046.502.754-74 21/08/1982	
	NOME DO PAI ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE	
PROFISSÃO [blank]	POSSUI [blank]	USUAL [blank]
Nº HABILITADO 01891242640	VALIDADE 16/05/2015	1ª EMISSÃO 29/06/2001
DESTINAÇÃO [blank]		
Assinatura do Titular <i>Alexandra Cesar Duarte</i> SIGNATÁRIO DO PROCESSO		
LOCAL JOÃO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 17/01/2014	
Assinatura do Emissor <i>Rodrigo Carneiro Lima</i>		65588356744 78027819595
[blank]		

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

894056231

PROFISSÃO PLASTIFICAR

894056231

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB  
Nº 015100149020  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 0112130408-8  
CÓD. RENAVAM 000000000  
EXERCÍCIO 2019

ROGERIO FARIAS DA SILVA



05858531423 / QFY9336/PB

NOVOA ANT / JUE / BB 9CZJC6900HR313978

PAS/MOTOCICLETA NÃO APURADA / GASOLINA

HONDA/CG 125T FAN 2019

CAP. POT. / CIL. 2 E / 124 / CI / PARTIC. 00/00/0000

CATEGORIA 1 PRATA

VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO 23/08/2019

A.F. BANCO HONDA S.A.

JOAO PESSOA - PB

26/08/2019

42072

55407

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OUTRAS - SEGURO DPVAT

PB Nº 015100149020 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 2019 26/08/2019

VA 105858531423 / QFY9336/PB

0112130408 HONDA/CG 125T FAN

2019 9CZJC6900HR313978

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO 23/08/2019

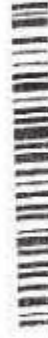
A.F. BANCO HONDA S.A.

JOAO PESSOA - PB

26/08/2019

42072

55407



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

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

Número do Sinistro: **3190604502**

Nome do(a) Examinado(a): **ROGERIO FARIAS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA JOARENE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, 43 - Mangabeira - João Pessoa - PB - CEP 58057-20**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3082734**

Data e local do acidente: [ **12/06/2019** ] **BR 101, a altura da Cidade de Alhandra PB**

Data e local do exame: [ **04/11/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura da Ulna Direita.*

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

*Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no antebraço direito, limitação de mobilidade do punho direito com perda de 45 graus de flexão e de 40 de extensão do punho e déficit de força motora.*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com placa e parafusos, fez fisioterapia.*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Apresenta limitação de mobilidade do punho direito com perda de 45 graus de flexão e de 40 de extensão do punho e déficit de força motora.*

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

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

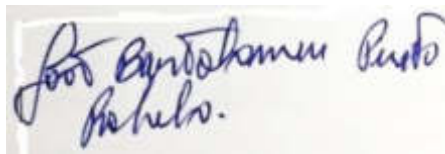
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):


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

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



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373528/19

**Vítima:** ROGERIO FARIAS DA SILVA

**CPF:** 058.585.314-23

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/06/2019

**Titular do CPF:** ROGERIO FARIAS DA  
SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### ROGERIO FARIAS DA SILVA : 058.585.314-23

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do Interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/10/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190604502

**Cidade:** Alhandra

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ROGERIO FARIAS DA SILVA

**Data do acidente:** 12/06/2019

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da Ulna Direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no antebraço direito, limitação de mobilidade do punho direito com perda de 45 graus de flexão e de 40 de extensão do punho e deficit de força motora.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com placa e parafusos, fez fisioterapia.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do punho D devido a redução da força muscular e limitação da flexo-extensão articular. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190604502

**Cidade:** Alhandra

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ROGERIO FARIAS DA SILVA

**Data do acidente:** 12/06/2019

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da Ulna Direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no antebraço direito, limitação de mobilidade do punho direito com perda de 45 graus de flexão e de 40 de extensão do punho e deficit de força motora.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com placa e parafusos, fez fisioterapia.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do punho D devido a redução da força muscular e limitação da flexo-extensão articular. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**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 punhos	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:** 3190604502 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROGERIO FARIAS DA SILVA **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 29/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE ULNA (LATERALIDADE DIVERGENTE).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 1/2/3\_CIRURGIA // BAM - COMPROVAÇÃO DE REGISTRO DE ACIDENTE (LATERALIDADE DIVERGENTE) - SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Rogério Farias da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Seguinte de obra, residente e domiciliado à Rua João de Deus, nº 43, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 308.2734, SSP/PB e CPF nº 058.585.314-23

**Outorgado:** Alexandra Laran Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Tor Costa Junior, nº 154, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 962.7718, SSP/PB e CPF nº 046.502.754-44

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) Rogério Farias da Silva, ocorrido em 13.1.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imvelidez.

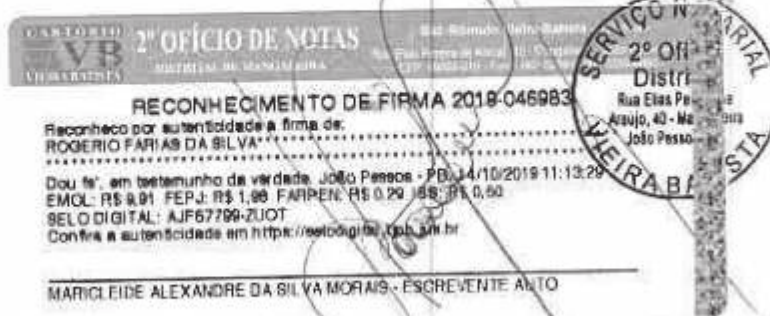
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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, de 14.1.2019 de 2019.

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Rogério Farias da Silva  
Outorgante  
CPF Nº 058.585.314-23

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373528/19

**Vítima:** ROGERIO FARIAS DA SILVA

**CPF:** 058.585.314-23

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/06/2019

**Titular do CPF:** ROGERIO FARIAS DA SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### ROGERIO FARIAS DA SILVA : 058.585.314-23

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/10/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA