

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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

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

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno 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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
058.585.314-23 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:	6 - CPF:		
Rogério Farias da Silva	058585314-23		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Revisor	R- Joaene Cavalcante de Albuquerque	43	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Mangabeira	João Pessoa	PB	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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <b>0739</b>	CONTA: <b>30579</b>	(Informar o dígito se existir)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: <b>0739</b>	CONTA: <b>30579</b>	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §12, 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim
teve filhos?	<input type="checkbox"/> Não	teve filhos?		nasceu (vermece)?	<input type="checkbox"/> Não	teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Não	irmãos?		pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta conciliação, 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	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data: <b>João Pessoa - PB 31/10/19</b>	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
		43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
058.585.314-23 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:	6 - CPF:		
Rogério Farias da Silva	058585314-23		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Revisor	R- Joaene Cavalcante de Albuquerque	43	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Mangabeira	João Pessoa	PB	58000-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (83) 99663-4900		

## 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0739	CONTA: 30579	(Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____ (Informar o dígito se existir)		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §12, 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascitur (vermeio): <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta conciliação, 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	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data: João Pessoa - PB 31/10/19	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
		43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Agencia



## CERTIDÃO

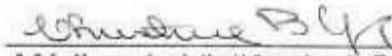
Nº. 1627/2019

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio 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 diafisaria 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, data 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 Regula:  
Data: 13/06/2019  
Hora: 01:05:06  
Recepctionista: ROSICLE BEZERRA DOS S<sup>I</sup>  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROGERIO FARIAS DA SILVA Num. de vezes atendido: 3  
Num. Prontuario: 2018.09.001850

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 GUARENÉ CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE, 43

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARLUCE FARIAS DA SILVA Pai: SEVERINO EMILIANO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERVENTE DE OBRAS

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ROGERIO FARIAS DA SILVA

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

Pr<sup>o</sup>cedencia: HOSPITAL TRAUMA

TC: *foral* Estado Civil: SOLTEIRO (A)

DATA: *17/06/19*

Hora:

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Victima de acidente por: COLISAO- MOTOCARRO- EM MATA REDONDA

Victima de violencia por: AS 19/00 HS

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

TIpo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispineia
G <sup>c</sup> emica:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	C2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
[ ] Vomito			

Q<sup>u</sup>al<sup>o</sup>xa Principal

TR<sup>at</sup> EM MSD E MID.

Observacao:

PACIENTE ENCAMINHADO DO HETSHL, CONFORME  
PACTUACAO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Alito seco*  
*Cor seco*

Diagnostico

*Frax Uva*

Prescricao

*Intox PTOC*

Conduta

Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVA [ ] IM

Assinatura do Paciente/Responsável

Aassinatura 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

MAFIA DAS GRAÇAS DOS SANTOS NASCIMENTO  
RAU: JACENE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE 43 - MANGABEIRA  
JUÍZ DE PESSOA / PB CEP: 58010000 (A.D.E.)

 energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B1290, KM 25, Cidade de Pombal - PB - CEP 58080-140  
CNPJ: 09.496.104/001-42 - Insc. Est. 15013-200

União do VONIFASCO  
Código: RES 5702-1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Páginas: 12 - L: 279 - T: 719 Referência: JUN/2019  
Última Tarifa: 2020/06/06

NotaFisa | Conta de Energia ENERGISA - B1290  
Cód. para DBs Automáticas: 0006029822

Jun / 2019 18/06/2019 19/07/2019 952.199.784-20  
rec. Est

UC (Unidade Consumidora):

- Informamos que no dia 06/06/2019, ocorreu um corte no fornecimento de energia  
e a demanda não pode ser atendida pelo sistema. Eventual  
entretenimento deve ser feito no dia 06/06/2019, em conformidade com o artigo 1º, parágrafo 1º, da  
Lei nº 8.040, de 11 de maio de 1990, que dispõe sobre a  
proteção ao consumidor, que determina que o fornecedor deve  
informar ao consumidor sobre a ocorrência de corte no fornecimento de energia.

5/402982-3

Data	Lef. Ant.	Data	Lectura	80	29
27/06/19	11:03	18/06/19	10287		
CCD Detalhe	Quantidade: Tarifa: Vlr. Rec.Cabo. Ais. Tomada. Rec.Cabo. Faz(RB) - Cdrm(RB)				
	Tarifa: Tarifa(RB) / CMG(RB) / CMG(RB) / CMG(RB) / CMG(RB) / CMG(RB)				
CC01 - Cupo de Desenvolvimento	39,88 24,58 75 632 74,99 0,27 1,24				
CC01 - Adm. B. Alimenta	0,20 9,20 25 0,16 0,20 0,00 0,31				
CC01 - LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS					
CC01 - PARCELAMENTO DE DEBTOS DE SERVIÇOS	76,40 1,20 2 3,33 1,10 0,00 0,40				

CCD: Código de Classificação Tributária - TOTAL 101,48 25,05 5,21 25,38 0,27 1,25  
Tarifa e Tributos 0,611733

**VENCIMENTO** 27/06/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 101,48

142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142	142
JUN/19	JUL/19	AGO/19	SEP/19	OUT/19	NOV/19	DEZ/19	JAN/19	FEB/19	MAR/19	ABR/19	MAY/19	

RESERVADO AO FISCO

0356.1700.267b.7a2e;c883fa4e.784e.2d48.

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Divisão de Com. da Energisa PB	61,48	60,4
Comunicação	1,25	1,25
Imposto de Renda	0,27	0,27
Imposto de Renda - Energisa PB	0,31	0,31
Imposto de Renda - Energisa PB - Outras	0,40	0,39
Total	101,48	100,00

VOLUME DE ENERGIA DE 27/06/2019

Faturas em atraso

PERÍODO DE VENCIMENTO: O Caso de fatura(s) ao seu endereço permaneceu  
em atraso, e faltou pagar, poderá ser suspenso a partir de 03/07/2019. Conforme  
Resolução 014/05 AEE, o pagamento após essa data não entra na composição das  
devedas suspenso, se houver atraso, o mesmo não será considerado as  
contas pagas não estarão no endereço suspenso para o cálculo do Ónus. Item  
atuado em 04/05/2019, hora 08:00, com consideração ao caso mencionado.  
Para a sua fatura é recomendado pagar o débito no caso de indenização.  
Importante: não adias as medidas

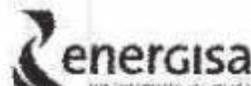
Mai/19 205,26

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento não é visto fiscal.

Documento não é segundário da conta.

Recibo para a entrega do pagamento da fatura fiscalizada de energia elétrica - N° 029.854.484



energisa PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 88.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.018.823-4

## DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/13710969-4

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)

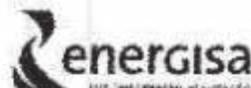
BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 252.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nossa-Número 31502440000229271	Nr Documento 001371099201908	Data Vencimento 27/08/2019	Valor do Documento R\$ 138,62	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário:3064-3/2447-3				
09.095.183/0001-40				

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento não é visto fiscal.

Documento não é segundário da conta.

Recibo para a entrega do pagamento da fatura fiscalizada de energia elétrica - N° 029.854.484



energisa PARÁBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 88.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.018.823-4

## DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02  
JOAO 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: 252.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nossa-Número 31502440000229271	Nr Documento 001371069201908	Data Vencimento 27/08/2019	Valor do Documento R\$ 138,62	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário:3064-3/2447-3				
09.095.183/0001-40				

## 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 da 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 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 sobre 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>1</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

Rogerio Farias da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.585.319-23

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rogerio Farias da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.585.319-23, 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>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(83) 98663-4900</u>

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

Assinatura do Declarante

Nome: <i>Rogério Farias da Silva</i>				Registro:	
Idade: 34 anos	Sexo: Mas	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 19/06/2019			Cirurgião: Alexandre Galvão		
1º Assistente: Jorge Augusto			2º Assistente: Filipe Lessa		
Anestesista: Dra Virgínia			Instrumentador:		

**DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO**

*Fratura diafisária da Ulna D*

CID

S52.2

**DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO**

*O mesmo*

CID

**PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)**

CÓDIGO

*Osteossíntese da Ulna D*

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

## DESCRÍÇÃO 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 úlna E

### Conduta:

Realizada manobra de redução para úlna E

Redução de fragmentos ósseos da úlna

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. Alessandro Galvão  
CRM 100000  
Médico / CRM 100000  
MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA			
<b>Rogério Farias da Silva</b> Idade: 34 anos Gênero: Mas DATA DE ADMISSÃO: 13/06/2019		COR: CLINICA DEPARTAMENTO: Ortopedia DATA DE ALTA: 19/06/2019	PERÍODO DE FERIADAS: 06 (seis) dias
<b>Fratura da úlna direita</b> Observação: demonstrando solução de continuidade óssea da úlna			
COLETA DE EMBALAGEM: CORPO: CORRADO   PREMOVIDO:   A-PEDIDO:   LOURO:			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
AGÊNCIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ROGERIO FARIA DA SILVA

POD. EMISSÃO / ONG. JURÍDICO: 3082734 SSP PB

CPF: 058.585.314-23 DATA NASCIMENTO: 21/05/1985

PAI: SEVERINO EMILIANO DA SILVA  
MÃE: MARLUCE FARIA DA SILVA

RESERVA: ADC CATANA AB

Nº REGISTRO: 06947547292 VÁLIDA: 06/04/2022 PRAZO: 07/11/2017

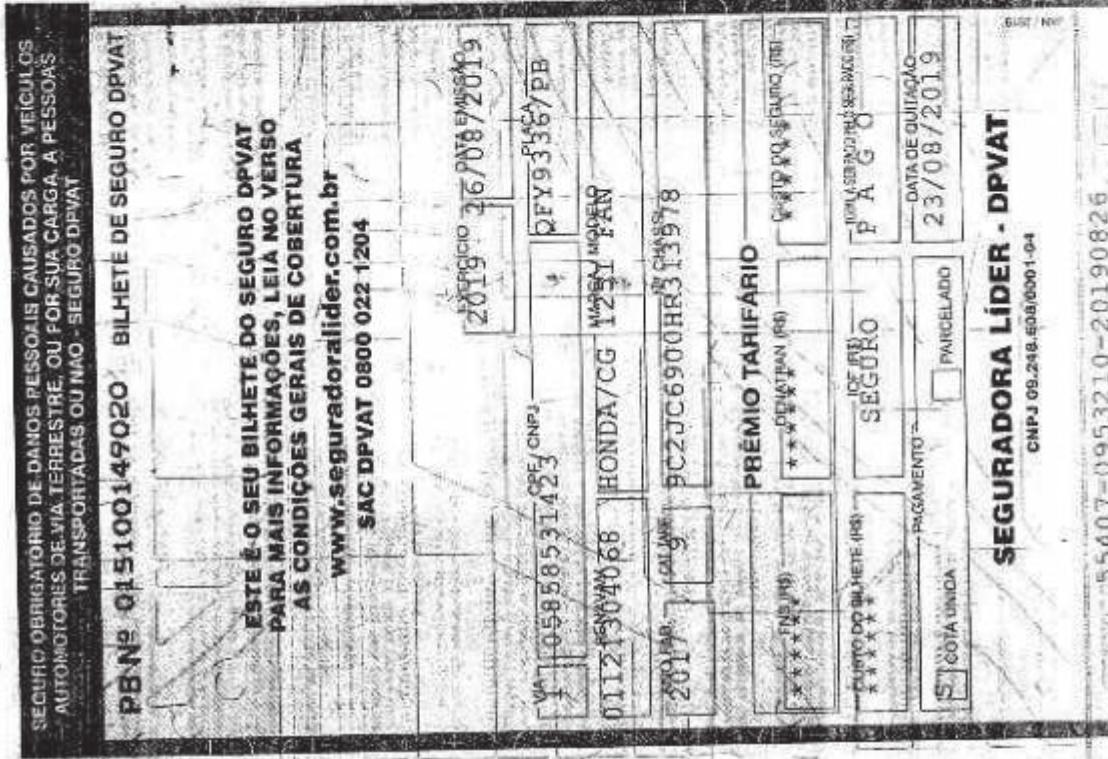
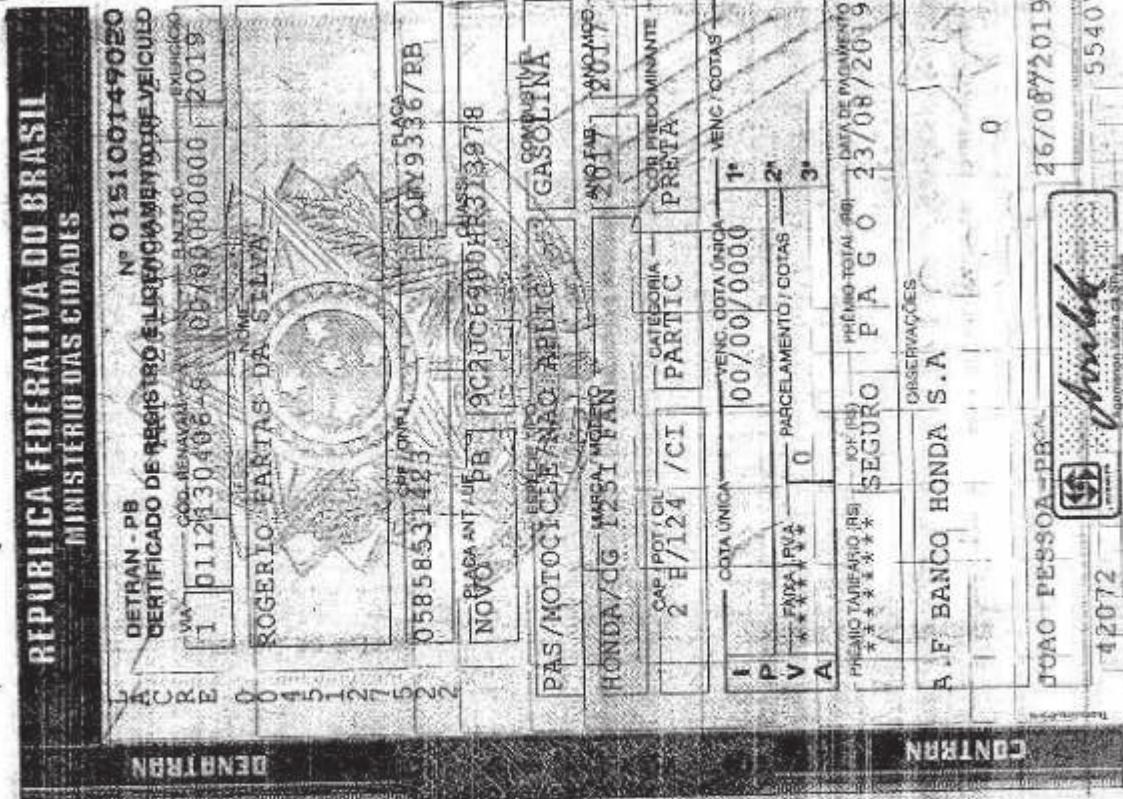
OBSERVAÇÕES:  
EAR:

*Rogerio Faria da Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 08/11/2018  
*marcelo*  
ASSINATURA DO ENVIADOR: 17110586600  
PB037659650

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1665508030  
PARAÍBA





**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 JOARENTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, 43 - Mangabeira - João Pessoa - PB - CEP 58057-220**

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 deficit de força motora.*

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

[ **X** ] 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)?

[ **X** ] 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 deficit 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  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

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

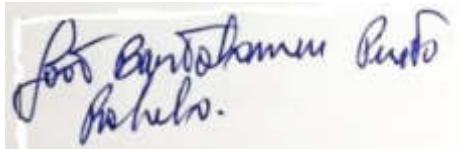
Região Corporal (Sequela):

% 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

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373528/19

**Vítima:** ROGERIO FARIAS DA SILVA

CPF: 058.585.314-23

**CPF de:** Próprio

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

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

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

## 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** Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no antebraço direito, limitação de mobilidade do punho direito com perda **físico:** 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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** Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no antebraço direito, limitação de mobilidade do punho direito com perda física: 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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 URNA (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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Rogerio Farias da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão servente de obra, residente e domiciliado à Rua Joaquim C. Albuquerque, nº 43, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do RG nº 30827734, SSP/PB e CPF nº 058.585.314-23

Outorgado: Alexandra Lepas Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Naval José Costa Duarte, nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-334, portador (a) do RG nº 962.7718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.759-74

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) Rogerio Farias da Silva, ocorrido em 13.1.19.19.13, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

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.

Sao Pedro, de 14/12/2019 de 2019.

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

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