

---

**Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190340493**

**Vítima: ANGELUCIO FABIAO NUNES**

**Data do Acidente: 24/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

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

**Senhor(a), ANGELUCIO FABIAO NUNES**

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, 24 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190340493**

**Vítima: ANGELUCIO FABIAO NUNES**

**Data do Acidente: 24/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANGELUCIO FABIAO NUNES**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190340493

Vítima: ANGELUCIO FABIAO NUNES

Data do Acidente: 24/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANGELUCIO FABIAO NUNES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um 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: ANGELUCIO FABIAO NUNES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002007-9

Conta: 000000200918-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **917.244.904-78** Nome completo da vítima: **Angelucio Fabiao Nunes**

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

Nome completo: **Angelucio Fabiao Nunes** Número: **917.244.904-78**  
Profissão: **Recuso** Endereço: **Av. Dom Pedra II** Complemento: \_\_\_\_\_  
Cidade: **Guarabira** Estado: **PB** CEP: **58.200-000**  
E-mail: \_\_\_\_\_ (83) 986634900

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

## REDA MENSAL:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo - Assinale uma opção):  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **2007 9** CONTA: **0200918 8**  
(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 irrevogavelmente, a efetivação do crédito, quitando a total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) de apresentar o laudo do 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou 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 submeter a avaliação técnica às decisões da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito ocorrido em 19/07/2018, art. 39, §1º, da Lei nº 13.147/2016 (Lei do Seguro DPVAT), a qual não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso necessário, da sua conduta.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Viúvo(a) ☐ Separado judicialmente ☐ Vítima Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devesse, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alteração ou omissão de informação não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 254 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB 23/05/19**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina a 1ª via

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Angelucio Fabiao Nunes**

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

**COMPREV**

**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

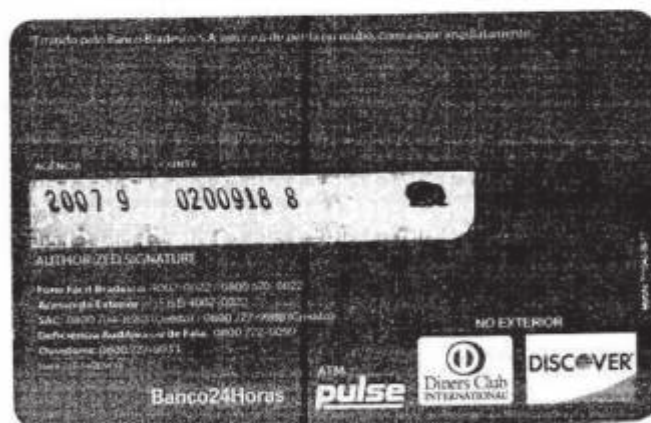
**23 MAIO 2019**

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Assinatura

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







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 05069.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05069.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:48 horas do dia 13 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Angelucio Fabião Nunes**, CPF nº 917.244.904-78, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Chefe de Manutenção, filho(a) de Vera Lucia Fabião Nunes e Genario Fernandes Nunes, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 24/10/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av. Dom Pedro II, Nº 320, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Bradesco., na cidade de Guarabira/PB, telefone(s) para contato (83) 98898-4244.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Pb 075, Comunidade Ribeiro Novo., Alagoa Grande/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 24/12/18 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 24/12/2018 por volta das 19:00 horas quando transitava, pela PB 075, Alagoa Grande-PB; com o veículo tipo YAMAHA/FACTOR YBR125 K ano e modelo: 2011/2011, de cor preta de placa: NQC7234/PB CHASSI: 9C6KE1520B0045047 pertencente a Sra. Kelly Dayane Silva dos Santos; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando surgiu uma no meio da estrada, que o declarante colidiu com a vaca, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo, Que o declarante foi socorrido pelo SAMU de Alagoinha e conduzido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY onde foi diagnosticado FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO, conforme Certidão de nº 0538/2019 assinada pela médica Rosângela Medeiros Escorel Almeida CRM/PB 3883.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 13 de maio de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

  
ANGELUCIO FABIÃO NUNES  
Noticiante

Procedimento Policial: 05069.01.2019.1.00.401



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 05069.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05069.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:48 horas do dia 13 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Angelucio Fabião Nunes**, CPF nº 917.244.904-78, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Chefe de Manutenção, filho(a) de Vera Lucia Fabião Nunes e Genário Fernandes Nunes, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 24/10/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av. Dom Pedro II, Nº 320, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Bradesco., na cidade de Guarabira/PB, telefone(s) para contato (83) 98898-4244.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Pb 075, Comunidade Ribeiro Novo., Alagoa Grande/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 24/12/18 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

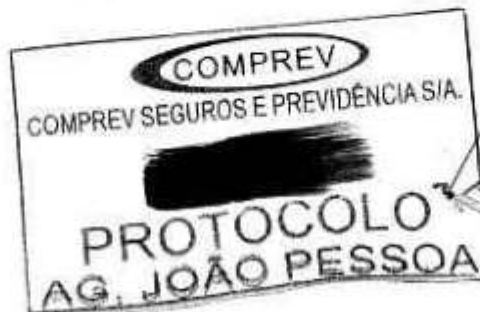
QUE, segundo o declarante no dia 24/12/2018 por volta das 19:00 horas quando transitava, pela PB 075, Alagoa Grande-PB; com o veículo tipo YAMAHA/FACTOR YBR125 K ano e modelo: 2011/2011, de cor preta de placa: NQC7234/PB CHASSI: 9C6KE1520B0045047 pertencente a Sra. Kelly Dayane Silva dos Santos; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando surgiu uma no meio da estrada, que o declarante colidiu com a vaca. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo, Que o declarante foi socorrido pelo SAMU de Alagoinha e conduzido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY onde foi diagnosticado FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO, conforme Certidão de nº 0538/2019 assinada pela médica Rosângela Medeiros Escorel Almeida CRM/PB 3883.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 13 de maio de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

ANGELUCIO FABIÃO NUNES  
Notificante



Procedimento Policial: 05069.01.2019.1.00.401



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **917.244.904-78** Nome completo da vítima: **Angelucio Fabiao Nunes**

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

Nome completo: **Angelucio Fabiao Nunes** Número: **917.244.904-78**  
Profissão: **Recuso** Endereço: **Av. Dom Pedra II** Complemento: \_\_\_\_\_  
Cidade: **Guarabira** Estado: **PB** CEP: **58.200-000**  
E-mail: \_\_\_\_\_ (83) 986634900

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

## REDA MENSAL:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo - Assinale uma opção):  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **2007 9** CONTA: **0200918 8**  
(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 irrevogavelmente, a efetivação do crédito, quitando a totalidade do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) de apresentar o laudo do 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou 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 submeter a avaliação técnica às decisões da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito ocorrido em 19/07/2018, art. 39, §1º, da Lei nº 249/1967, desde que esta autorização não signifique prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, decorrente do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Viúvo(a) ☐ Separado judicialmente ☐ Vítima Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devesse, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, concordando, ainda, de que qualquer alteração ou divergência não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 254 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB 23/05/19**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina a 1ª via

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

**COMPREV**

**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

**23 MAIO 2019**

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

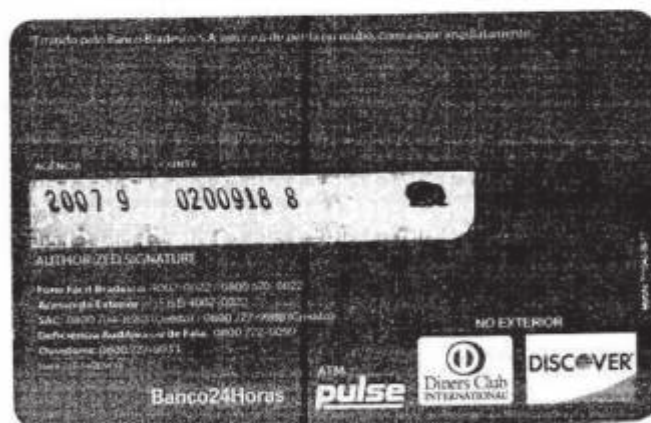
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





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

Ficha Nr: 192829 Atd: Nao Regula  
Data: 24/12/2018  
Hora: 22:36:50  
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA S  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ANGELUCIO FABIAO NUNES

Num. Prontuario: 2018.12.002951

CNS: 706408153108180 Sexo: M IDENTIDADE: 1606046 Fone: 987507455

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasco: 24/10/1971 Id: 47 ano(s)

End.: RUA DOM PEDRO II, 320

Bairro: CENTRO Cidade: QUARABIRA UF: PE

Mae: VERA LUCIA FABIAO NUNES

Pai: GENARIO FERNANDES NUNES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: COMERCIANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: IRME

T. Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 19:00/ALAGOINHA

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

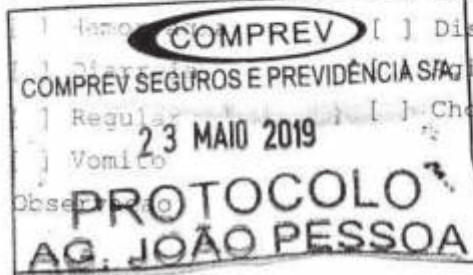
CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: Q2%:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Desmaio [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
[ ] Observo

Queixa Principal



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente sofreu queda de moto R/ perda de consciencia e vômito. Ao exame:


ABC. e/alterações E Fratura exposta em MSE E  
Quemose periorbita E

Diagnostico

R.X Ax/ax. NL

Aval. Ortopedia/BMT

Prescrição

O: Alta CG  Dr. Thiago Costa  
Cirurgia Geral/Urologia  
CRM-PB 8552

Horario da medicacao

 Dr. Thiago Costa  
Cirurgia Geral/Urologia  
CRM-PB 8552

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

05/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

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

CLIENTE: ANGELUCIO FABIAO NUNES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02007-9

CONTA: 000000200918-8

Nr. Autenticação

BRDESCO0506201905000000000023702007000000200918168750 PAGO

MANOEL BENTO FLOR  
JARDIM NANGUATOS 194 - ARAUCÁRIA  
BAYEUIL / PB CEP: 58208001-40-1

Emprego: 26/07/2018 Referência: 001/2018  
Cidade: BUAÇA - RESIDENCIAL MONDARÉ C/322 Km25 - Unidade: Raimundo José Pessoa PB - CEP: 58071-000  
Referência: 15-2-450-8642 - Referência: 000004183190

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ: 06.906.100/0001-40 - Inscrição: 15.215.623-0

Nº de Conta de Energia: 00004183190  
Cód. para Deb. Automático: 00004183190

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

Conta referente a 26/07/2018 Apresentação 26/07/2018 Data prevista da próxima leitura 27/08/2018 CPF/ CNPJ/ RAN 702 96.514-15

UC (Unidade Consumidora): 5/418319-0

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 26/07/18	Data 26/07/18			
Leitura 10295	Leitura 10295			
<b>Demonstrativo</b>				
Descrição				
Quantidade (kWh) Valor Base (R\$) Alíq. (R\$/kWh) Valor (R\$) Base (R\$) Alíq. (R\$/kWh) Valor (R\$) Valor (R\$) Valor (R\$)				
Tabela de Alíq. (R\$/kWh) (R\$/kWh) (R\$/kWh) (R\$/kWh) (R\$/kWh) (R\$/kWh) (R\$/kWh) (R\$/kWh) (R\$/kWh) (R\$/kWh)				
0001 Consumo em kWh	30,000	0,00	0,00	0,00
0002 Adic. Mensal	1,91	0,00	0,00	1,91
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	1,00	0,00	0,00	0,00
0008 JUROS DE MORA 08/2018	0,01	0,00	0,00	0,00
0005 MULTA 08/2018	0,42	0,00	0,00	0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Cód. de Classificação Item TOTAL 12,39 0,00 0,00 10,00 0,00 1,39

Média últimos meses (kWh) 39 **VENCIMENTO 02/08/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 22,39**

Histórico de Consumo (kWh)

42 | 33 | 38 | 40 | 36 | 48 | 37 | 41 | 31 | 46 | 36 | 37  
Jul17 | Ago17 | Set17 | Out17 | Nov17 | Dez17 | Jan18 | Fev18 | Mar18 | Abr18 | Mai18 | Jun18

658a.c20a.84e7.5f8e.87ea.715e.93df.8125

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI MENSAL 10,00	1,00	NORMAL 220
DI TRIMESTRAL 10,00	1,00	CONTRATADA 220
DI ANUAL 10,00	1,00	LIMITE INFERIOR 220
DI TRIMESTRAL 10,00	1,00	LIMITE SUPERIOR 220
DI ANUAL 10,00	1,00	
DI TRIMESTRAL 10,00	1,00	
DI ANUAL 10,00	1,00	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	10,00	44,74
Contribuição de Energia	1,91	8,53
Serviço de Transmissão	1,00	4,47
Serviço de Distribuição	1,00	4,47
Serviço de Transmissão e Distribuição	2,79	12,46
Custos Serviços	7,00	31,33
Total	22,39	100,00

Valor de Emissão de CO2: 10,00 kg

ATENÇÃO

Faturas em atraso

**JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA**  
RUA ADRIENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 - SALA 05 - MANGABEIRA  
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58055-394 (AO: 1)



Emissão: 21/01/2019 Referência: Jan/2019  
Classe/Serviço: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO  
Rotômetro: 12 - 5 - 292 - 450 Nº medidor: 0000867525

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R-250, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa/PB - CEP 58071-080  
CNPJ 09.006.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-3  
Inscrição Estadual de Energia Elétrica Nº 19.904.751  
Cód. para Dis. Automática: 0001883587

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.942.224-45 Inscr. Est.

UC (Unidade Consumidora): **6/1698358-7**

**Canal de contato**

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

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
19/12/18	3519	21/01/19	3738	1	-		222		33
Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq.	ICMS(R\$)	Base Calc.	Fp(R\$)	Cóts(R\$)
		Tributos Totais(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS			Fp(Consumo(R\$))	(1,0465(R\$))	(4,9655(R\$))
0601	Consumo em kWh	222,000	0,829610	184,17	184,17	25	48,04	184,17	1,89 9,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTR. SERV. LUM. PÚBLICA			11,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 185,22 184,17 48,04 184,17 1,89 9,20

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
181	<b>28/01/2019</b>	<b>R\$ 195,22</b>

**Histórico de Consumo (kWh)**

48 | 20 | 4 | 193 | 221 | 223 | 107 | 100 | 192 | 224 | 220 | 222  
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

**RESERVAÇÃO AO FISCO**

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

**Indicadores de Qualidade - 11/2018 - Mangabeira**

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,19	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,38	
DIC ANUAL	20,77	CONTRATADA 200
FC MENSAL	3,23	
FC TRIMESTRAL	0,47	LIMITE SUPERIOR 221
FC ANUAL	12,35	
DMC	2,94	
DICRI	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	45,04	23,06
Compra de Energia	64,24	32,91
Serviço de Transmissão	7,61	3,89
Encargos Setoriais	10,85	5,40
Impostos Diretos e Encargos	85,22	43,29
Custos Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>195,22</b>	<b>100,00</b>

Valor em Euros Ref: 11/2018 (R\$ 1,00 = € 0,54)

**ATENÇÃO**

- Leitura confirmada

**Faturas COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**  
**23 MAIO 2019**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

ENERGISA PARAIBA  
Rotômetro: 12 - 5 - 292 - 450  
Medição: 1698358-2019-01-3

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
<b>28/01/2019</b>	<b>R\$ 195,22</b>

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





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva

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

Angelucio Fabiano Nunes inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.244.904 78

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Angelucio Fabiano Nunes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.244.904, 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

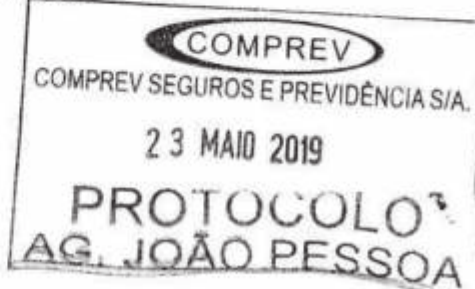
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tei.(DDD): _____

Local e Data:

João Pessoa - PB 23/05/19

Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Kelly Dayane Silva dos Santos,  
RG nº 2697547, data de expedição 16/07/199,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 054.702.994-22 com  
domicílio na cidade de Arara, no Estado de  
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Taurino Moreno, nº 376,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Angelicio Fabiao Nunes, cujo o condutor era  
Angelicio Fabiao Nunes

Veículo: moto  
Modelo: YAMAHA / FACTOR YBR 125  
Ano: 2011  
Placa: NAC 7234  
Chassi: 9C6KE1520B0045047  
Data do Acidente: 29-12-18  
Local e Data: Arara, 08-02-19

Kelly Dayane Silva dos Santos  
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO DO REGISTRO CÍVIL DE ARARA  
Rua Solon de Lucena, 49, CENTRO, Arara - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
KELLY DAYANE SILVA DOS SANTOS  
Dou fé. Arara/PB - 08/02/2019  
Notário: MARIA DO SOCORRO REIS CALDEIRA  
Selo Digital: AIC44630-330P  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$ 9,91 FARREN R\$ 0,28 MP R\$ 0,16 FEP J R\$ 1,82

CARTÓRIO DO REGISTRO CÍVIL  
ARARA - PARAÍBA  
OFÍCIO do Socorro Reis Caldeira





## CERTIDÃO

Nº. 0538/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 192829 e Prontuário nº 2018.12.2951 pertencente ANGELUCIO FABIAO NUNES que foi atendido dia 24/12/2018 às 22H36min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

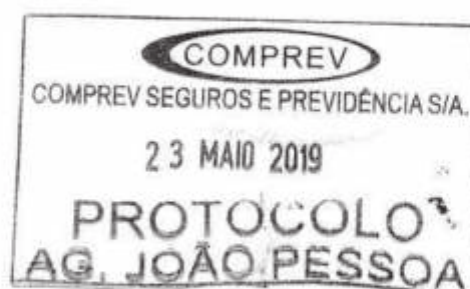
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal esquerdo. Realizado cirurgia dia 09/01/2019 e alta medica dia 10/01/2019.

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

João Pessoa, 11 de abril de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883







## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

paciente em decúbito dorsal, braço  
desprotegido + anestesia  
profunda de ambos os membros  
superiores com antebraço (E)

### Incisão:

curva por placas  
independente distal, ligam. do pulso  
capitum

### Achados:

2 curvas + placas com os 5  
placas 3, 4 e 5 + 1 de  
cartilagem  
obscuro ligam. do pulso cr-  
tenuosa-

### Conduta:

Redução + fixação com  
lockwire com 5,3 curvas  
ligam. com 2,09.  
Sutura em pontos + Sutura  
pós-capsular 20  
curvas  
tela axioplax.

### Fechamento:

### OBS:

Dr. Luis Filipe Lessa  
Traumatologia / Ortopedia  
Cirurgia da Mão / Microcirurgia  
CRM-PB 10.206 TEOT 14328

Data: 04/01/19

MÉDICO

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito  
Dorsal horizontal sobre a mesa  
Aparelho + Antibio -  
Aparelho com o ar

Incisão:

Achados:

Conduta:

Realizar LMC e exatidão  
com S.O.P.

Realizar procedimento de incisão  
descritiva  
sobre

curativa

Fechamento:

com LMC

OBS:

Data: 25/12/18

LEGIS P. Bessa Neto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11852

MÉDICO/CRM





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 25/12/18

Nome: Angelica Edison  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1

QPD: \_\_\_\_\_

HDA: Paciente vítima de acidente de trânsito - gravemente ferido - com fraturas múltiplas e com contusão na cabeça (E)

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

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

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

**AR e ACV:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

**AGU:** ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-reposuço ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSQ:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de T

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

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

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

Jr. Eneas P. Bessa Neto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 11852



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ANGELUCIO FABIAO NUNES				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 47A	SEXO: M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 24/12/2018		DATA DE ALTA: 10/01/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal ESQUERDO</i>				CID S52.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio distal ESQUERDO foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação interna com placa, parafusos e fio de kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** antibiótico, analgésicos e aine.

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. FELIPE LESSA)

Dr. Edson da Paz Lyra  
Médico  
CRM 10.114/7

10/01/2019

ASS. MÉDICO / C.R.M

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ASSISTÊNCIA SOCIAL  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL  
 CAGED - DOCUMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**Nome:** ANGELUCIO FABIANO NUNES

**DOC IDENTIDADE / CND ENFERMAGEM:** 1606046 **CPF:** 217.244.904-78 **DATA NASCIMENTO:** 24/10/1971

**Função:** GENARIO FERNANDES NUNES  
 VERA LUCIA FABIANO NUNES

**Função:** ☐ **Atividade:** ☐ **Outra:** ☐

**1ª Assinatura:** 23/03/2005

**Assinatura do Portador:** *Angelucio Fabiano Nunes*

**Local:** GUARABIRA, PB **Data Emissão:** 25/07/2017

**Assinatura do Emissor:** *[Assinatura]* **19712801514**  
**PS034989994**

**PARAÍBA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1494359186

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1494359186

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 23 MAIO 2019  
 PROTOCOLO  
 AQ. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  1009001575	NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	DOC. EMITIDA EM / CDS. EMISSOR DE 1054362 SSP PB	
	CPF 455.536.024-91	DATA NASCIMENTO 02/04/1967
	FOTOGRAFIA 	
	NOME DO CONJUGADO JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
SEX M	COR P	ALTURA 1,70
Nº DE HABILITAÇÃO 00724163182	VALIDADE 10/11/2019	1ª EMISSÃO 06/04/1989
PROIBIDO PLASTIFICAR  1009001575	OBSERVAÇÕES A	
	ASSINATURA DO TITULAR 	
	LOCAL JOÃO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 11/11/2014
	ASSINATURA DO EMITENTE 	
	IDENTIFICADOR DO EMITENTE 60378988469 PB029545609	
DETRAN - PB (PARAÍBA)		

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190340493 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANGELUCIO FABIAO NUNES **Data do acidente:** 24/12/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 03/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER + PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos 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:** 3190340493 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANGELUCIO FABIAO NUNES **Data do acidente:** 24/12/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 30/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER + PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2 P3 P8)

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Angelucio Fabião Nunes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão chef marqueteiro, residente e domiciliado à Rua Dom Pedro II, nº 320, bairro Centro, Município de Guarabira, Estado de(o) PA, Cep: 58200-000, portador(a) do Rg nº 5606046, SSP/PA e CPF nº 917.244.904-78.

**Outorgado:** José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão aproveitado, residente e domiciliado(a) à Rua Agm R. Fiscal J. Costa Dufó, nº 157, bairro Guarabira, Município de Guarabira, Estado de (o) PA, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 2054562 SSP/PA e CPF nº 255.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Angelucio Fabião Nunes, ocorrido em 24/12/18, 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.

Guarabira, 12 de março de 2019.



Angelucio Fabião Nunes  
Outorgante  
CPF Nº 917.244.904-78

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**FP** FÁTIMA PAULINO  
Serviço Notarial

**FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial**  
Praça Lima e Moura, 165 - Centro - Guarabira - PB  
CEP: 58.200-000 - Fone: (83) 3271 2090  
e-mail: cart3ofguarabira@yahoo.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de  
ANGELUCIO FABIANO NUNES  
 \*\*\*\*\*  
 En test.da verdade. Guarabira-PB 12/03/2019 10:04:14  
 Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto  
 [2019-001779]ENDL:R\$ 9,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50  
 SELO DIGITAL: AIG13994-850S  
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0173917/19

**Número do Sinistro:** 3190340493

**Vítima:** ANGELUCIO FABIAO NUNES

**CPF:** 917.244.904-78

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 24/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANGELUCIO FABIAO NUNES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0173917/19

**Vítima:** ANGELUCIO FABIAO NUNES

**CPF:** 917.244.904-78

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 24/12/2018

**Titular do CPF:** ANGELUCIO FABIAO NUNES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

### ANGELUCIO FABIAO NUNES : 917.244.904-78

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO