

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, 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.

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 SUPLEMENTARIS) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo (à critério):

91724490478 Angelucio Fabiao Nunes

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

Nome completo:

Profissão:

RECUISO

Centro

E-mail:

Endereço:

**Av. Dom Pedro II
Guarabira**

Cidade:

CPF da vítima:

Número:

320

Complemento:

Estado:

PB

CEP:

58200-000

(83) 986634900

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUISO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$10.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo): Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (selecionar uma):

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2007

9

CONTA:

0200918

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, no menor valor da indenização, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e irrevogavelmente, a efetivação da cobertura quaisquer ônus ou custos de valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em renunciar à avaliação médica da seguradora Lider para verificação da existência e a quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, constante no art. 39, §1º, descrevendo que esta autorização não significa previsão concordância com a futura realização médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso houver, da sua maneira.

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de 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 acima citado, solicito o prosseguimento da avaliação médica para a concessão do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em renunciar à avaliação médica da seguradora Lider para verificação da existência e a quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, constante no art. 39, §1º, descrevendo que esta autorização não significa previsão concordância com a futura realização médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso houver, da sua maneira.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Viúvo Separado judicialmente Vtivo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compaixão? sim Não Se a vítima deixou compaixão(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vel nascituro)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alegação de morte falso/morte não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 354 do Código Penal.

Local e Data:

João Pessoa - PB 23/05/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º) Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A,

23 MAIO 2019

2º) Nome:

CPF:

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deve assinar ou assinar com auxílio de alfabetizado, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprova-se de se a declaração é correta (não do 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 N° 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 Rosangela 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

Matrícula de Investigação
Matrícula do Delegado

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 Rosangela 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.

Cr. Cr.
CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação



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 SUPLEMENTARIS) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo (à critério):

91724490478 Angelucio Fabiao Nunes

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

Nome completo:

Profissão:

RECUISO

Centro

E-mail:

Endereço:

**Av. Dom Pedro II
Guarabira**

Cidade:

CPF da vítima:

Número:

320

Complemento:

Estado:

PB

CEP:

58200-000

(83) 986634900

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUISO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$10.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo): Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (selecionar uma):

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

2007

9

CONTA:

0200918

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, no menor valor da indenização, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e irrevogavelmente, a efetivação da cobertura quaisquer ônus ou custos de valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em renunciar ao direito de recorrer ao juiz da Seguradora Lider para verificação da existência e/ou quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito constante do art. 39, §1º, da Lei nº 9.605/98, que esta autorização não significa previsão concordância com a futura realização médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso houver desacordo com seu resultado.

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de 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 acima citado, 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 renunciar ao direito de recorrer ao juiz da Seguradora Lider para verificação da existência e/ou quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito constante do art. 39, §1º, da Lei nº 9.605/98, que esta autorização não significa previsão concordância com a futura realização médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso houver desacordo com seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Viúvo Separado judicialmente Vtivo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compaixão? sim Não Se a vítima deixou compaixão(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vel nascit) Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alegação de morte falso/morte não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 354 do Código Penal.

Local e Data:

João Pessoa - PB 23/05/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º) Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

23 MAIO 2019

2º) Nome:

CPF:

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deve assinar ou assinar com auxílio de alfabetizado, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprova-se de si a sua eficácia e consentimento firme do 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. MARQUES DURANTE
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone:(83) 3214-1980
FAX:() - CNPJ:

Ficha Nr: 192829 Atd: Nao Regu...
Data: 24/12/2018
Hora: 22:36:50
Recepção: GABRIELA DA COSTA SE...
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANGELUCIO FABIAO NUNES

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.002951

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

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

End.: RUA DOM PEDRO II, 320

Bairro: CENTRO Cidade: GUARABIRA 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

Especialidade:

Resp.: IRMA

Tipo Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

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

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TPI:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave

Politraumatizado Convulsao

Imano **COMPREV** Dispineia

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/AGITADO

Regular Choquado

Vomito

Observação:

23 MAIO 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente ultima queda de moto R/ perda de consciencia e
vômito. Ao exame:
PBD. S/ alterações E Fratura exposta em MSE E
Quimose periorbital E

Diagnóstico

RX Adox NL

Anál. Ortopédia/BMF

Prescrita:

O: Alta CG

Dr. Thiago Costa
Cirurgião-Dentista/Urologista
CRM-PB 00001

Horário da medicação

Dr. Thiago Costa
Cirurgião-Dentista/Urologista
CRM-PB 00001

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

L. leucophloeos / *luteocaca*

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Patricia Fabián Francisco

Assinatura do Paciente/Responsável

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: 00000200918-8

Nr. Autenticação

BRADESCO05062019050000000002370200700000200918168750 PAGO

MANOEL BENTO FLOR
JARDIM NANGUAPES 194 - MACEDÔNIA
BAIEU - PB CEP 58300-001 (AG-1)

Cod. para Det. Automatizado: 00004183190

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
2015	26/07/2018	27/08/2018	702-95.514-15

UC (Unidade Consumidora): 5/418319-0

CC: Comisión de Coordinación TICs | TICs | 77 | 80 | 40 | 100 | 100

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO**
39 02/08/2018

Histórico de Consumo (kWh)

658a c20a 84e7 5f8e 87ea 21E- 02-46 0425

Indicadores de Sustentabilidade

Discriminators	Value (\$)	%
Services and Other Income	16,667	22.41
Capital Items	6,250	8.52
Interest Transfers	1,750	2.29
Change Estimate	1,000	1.36
Amended Schedule B	1,000	1.36
Other Services	1,000	1.36
Total	22,99	100.00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 SALA 05 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58055394 (AD. 1)



Emissão: 21/01/2019 Referência Jan/2019
Classe/Subclasse: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Rotativo: 12 - 5 - 292 - 450 NP medidor: 0002867525

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
B-291, Km 25 - Cinto Réderio - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ: 09.016.183/0001-43 - Insc Est: 16.015.923-3
Nota Fiscal/Contato de Energia Elétrica: N014904751
Cód. para Dib Automático: 0001688587

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.842.224-46 Int. Err.

UC (Unidade Consumidora): 6/1698368-7

Canal de contato:

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes. Não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, leve 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	Lectura	Data	Lectura		
19/12/18	3519	21/01/19	3728	1	-
				722	33

Demonstrativo

CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa/f	Valor Base Cnic	Aliqu. Icms(RB)	Basis Calc. Fim(RB)	Cotax(RB)
0601	Consumo em kWh	222,000	0,829610	184,17	184,17	25	48,04
0807	CONTROLE SERVILUM PÚBLICA			11,05	0,00	0	0,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						

CCN Código de Classificação do Item TOTAL 195,22 184,17 48,04 184,17 1,06 9,20

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

181 28/01/2019 R\$ 195,22

Histórico de Consumo (kWh)

44		30		4		100		221		223		107		200		182		234		232		222
Jan/18		Fev/18		Mar/18		Abr/18		May/18		Jun/18		Jul/18		Ago/18		Sep/18		Out/18		Nov/18		Dez/18

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 11/2018 - Mangabeira

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	5.19	0.00
DIG TRIMESTRAL	10.38	NOMINAL
DIG ANUAL	20.77	220
FIC MENSAL	3.73	0.00
FIC TRIMESTRAL	8.47	CONTRATADA
FIC ANUAL	12.95	LIMITE SUPERIOR
DMC	2.94	0.00
DCRI	12.22	LIMITE SUPERIOR

Consumo em kWh

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia PB	45,04	23,06
Companhia Energia	64,04	33,91
Serviço de Transmissão	10,01	5,25
Encargos Gerais	10,65	5,74
Impostos Diretos e Encargos	85,28	47,05
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	196,22	100,00

Vídeo do EUDE (Ref. 11/2018) R\$ 0,00

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.
23 MAIO 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/01/2019 R\$ 195,22

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELÔ CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
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 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):

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 16/07/99,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 054.702.994-22 com
domicílio na cidade de Arara, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Tourinho 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 Angelucio Fabiano Nunes cujo o condutor era
Angelucio Fabiano Nunes

Veículo: Moto
Modelo: YAMAHA / FACTOR XBR 125
Ano: 2011
Placa: NAC 7234
Chassi: GCBK51520B0045047
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 CÍVEL 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 RS 028 MPR\$ 016 FEPJRS 1.82

CARTÓRIO DO REGISTRO CÍVEL
ARARA - PARAÍBA
do Socorro Reis Caldeira
OFICIAL





CERTIDÃO

Nº. 0538/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO 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 ás 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 médica dia 10/01/2019.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data 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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João Pedro Mota</i>				Registro: <i>2018 12 29 51</i>
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP: _____ LR: _____
Data: <i>29/10/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Cesar Lemos</i>	1º Assistente: <i>(Assinatura)</i>		
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I: _____ T: _____

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Gastrite com hérnia de hiato</i>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<i>osseosseos com lâmina granos + flecos K</i>	

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Decúbito dorsal sobre oco
junto + fixação
para os rins com pinos
muitos ricos em tecido

Incisão:

Incisão paralela
deslizante justa ao
côndilo

Achados:

Ranho + friso com os
fissuras
obscuras excepto nos cr
tessos.

Conduta:

Cópula arredondada
com 60%.
Sobre o plato + sub
posteriormente
acesso
total suspenso.

Fechamento:

CRM-PB 10.206 TEC 14328
Cirurgia de Mao Traumatologia
Traumatologia / Ortopedia
Dr. Luis Filipe Lessa

OBS:

Data: 04/01/19

MÉDICC

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Pedi ent em sentado
Dorsal trapezoidal sole suave
Araçá + 1º arco
Aponer corpos iguais

Incisão:

Achados:

Conduta: Realizou incisão extensa
com serra.
Realizou desinervamento reimplante
de via liga.
Sutura.
Curativo.

Fechamento:

Tol uvo

OBS:

L. 19 P. Bessa Neto
Doutor Residente
na Traumatologia
08/11/852

Data: 25/12/85

MÉDICO/CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Angélica Faleiro N.</i>				Registro:
Idade: <i>26</i>	Sexo: <i>Mare</i>	Cor:	Clinica: <i>0170 Papiz</i>	EMP:
Data: <i>26-12-16</i>	Cirurgião: <i>Dra Roberta Sampaio</i>	1º Assistente: <i>Dr. C</i>		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:		

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

ant. gout nódulo oral

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

A merr

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

L m c

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	

Eneaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 25/12/18

Nome: Ana Luis E oliveira
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento / /

QPD:

HDA: Pai foi vítima de tentativa de homicídio e morreu, e meu irmão está contagiado com Pmbo (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
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []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 []Banco 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: _____

Enrile gant rml (E)

Conduta: _____

Ara blaco am-

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

Dr. Nol

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>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, 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 áine.*

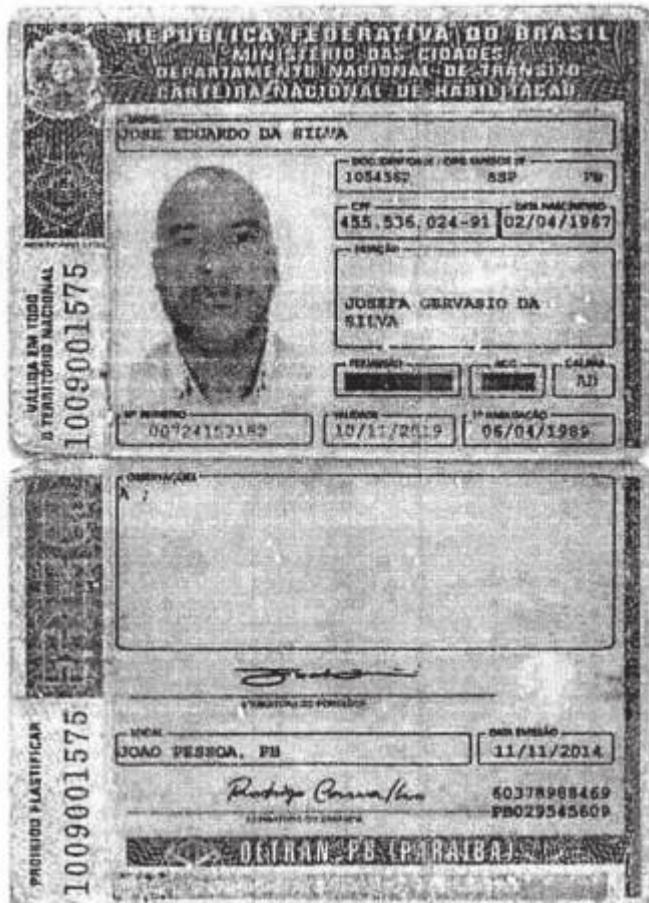
RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **7** dias para revisão. (DR. FELIPE LESSA)

10/01/2019

Dr. Edson da Paz Lyra
M.D.C.R.P.B
C.R.M. 1007
ASS. MÉDICO / C.R.M





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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE (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 - OSTEOSÍNTSE (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: Angelicio Fabiao Nunes, brasileiro(a), estado civil sposse, profissão chefe manutenção, residente e domiciliado à Rua Dom Pedro II, nº 320, bairro Centro, Município de Guarabira, Estado de(o) PB, Cep: 58200-000, portador(a) do Rg nº 1606046, SSP/PB e CPF nº 917.244.904-78.

Outorgado: Jose Eduardo da Silveira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão padeiro de doce, residente e domiciliado(a) à Rua Ag.m R. Fiscal J. Costa Duque, nº 157, bairro Marambeba, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58036-384, portador (a) do RG nº 1054562 SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91.

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) Angelicio Fabiao 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.



Angelicio Fabiao Nunes

Outorgante
CPF N° 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: 58200-006 - Fone: (83) 3271-2099
e-mail: cartorio@guarabira@yahoo.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de
ANGELICIO FABIAO NUNES

En test da verdade, Guarabira-PB 12/03/2019 10:04:14

Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto

[2019-001779]EMDR:R\$ 0,91 FARPEM:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AIG13994-8505

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/12/2018

Titular do CPF: ANGELUCIO FABIAO NUNES

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/12/2018

Titular do CPF: ANGELUCIO FABIAO NUNES

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO