

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180101269 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONIEDSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 12/05/2016 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180101269 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONIEDSON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 12/05/2016 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura de rádio distal esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Paciente com déficit de força e movimentos no punho esquerdo.

Paciente com déficit força grau 4/5 de punho esquerdo, dorsiflexão 0-40°, flexão volar 0-60°, desvio ulnar 0-10° e desvio radial 0-10°. Hipersensibilidade punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Paciente com história de fratura de rádio distal esquerdo. Tratado conservadoramente. Evoluiu com dor e diminuição de força punho esquerdo.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

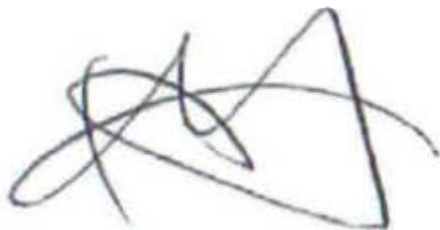
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 06 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **RONIEDSON DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180101269**

Vitima: **RONIEDSON DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: **12/05/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180101269**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12472722



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **RONIEDSON DA SILVA SANTOS**

Sinistro: **3180101269**
Vítima: **RONIEDSON DA SILVA SANTOS**
Data do Acidente: **12/05/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180101269** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

Carta nº: 12603231

A/C: RONIEDSON DA SILVA SANTOS

Nº Sinistro: 3180101269
Vítima: RONIEDSON DA SILVA SANTOS
Data do Acidente: 12/05/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **RONIEDSON DA SILVA SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000904**

Conta: **0000044357-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

051.133.484-22

Nome completo da vítima

Roniedson da Silva Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Roniedson da Silva Santos		CPF titular da conta 051.133.484-22	Profissão autônomo
Endereço Francisco Trajano da Silva		Número 402	Complemento
Bairro Padre Ze	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58026-005
Email alexandracarduarte@hotmail.com		Telefone (DDD) 98663-4900	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residência endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

09104

D/V

CONTA

NRO.

44-357 0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 24 de março de 2017

Local e Data

Roniedson da Silva Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 07/02/2018

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0904 EPITACIO PESSOA OPER: 013 CONTA: 44.357-0
PERIODO: 18012018 ATE: 07022018 CPF: 051.133.484-22
NOME: RONIEDSON DA SILVA SANTOS VLR.BLQ.JUD. :

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
01/02/2018	000000	REM BASICA	0,000000000		

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. F12 FINALIZAR
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. TEW1E4B6





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00560.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00560.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:39 horas do dia 20 de março de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Roniedson da Silva Santos**, CNH nº 03858406460, CPF nº 051.133.484-22, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Joana D'arc dos Santos Silva e Ronaldo de Oliveira Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 15/02/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Trajano da Silva, Nº 402, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Próximo a Barraca da Lenita, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98814-5299.

Dados do(s) Fatos:

Local: Campus Universitário Iii, nº SN, UfPB, Bananeiras/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/05/16 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 12.05.2016, por volta das 18h00, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA/FACTOR YBR125 K, COR PRETA, ANO 2010/2011, PLACA NQF8497/PB, CHASSI 9C6KE1520B0011007, REGISTRADA EM NOME DE RONALDO DE OLIVEIRA SANTOS, por uma rua dentro do CAMPUS III DA UFPB, localizado no Campus Universitário III, S/N - Cidade Universitária, Bananeiras/PB, quando ao passar por um quebra-molas perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao solo e lesionar-se, conforme CERTIDÃO Nº 1142/2016, EXPEDIDA PELA DRª CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 04.08.2016; Que o noticiante foi auxiliado por colegas e informa que não conseguiu atendimento médico em Bananeira, onde no dia 13.05.2016, dirigiu-se em veículo particular ao HETSHL, sendo encaminhado ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos; Que não deseja solicitar requisição para exame traumatológico.

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, 20 de março de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


RONIEDSON DA SILVA SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 00560.01.2017.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Romiedson Silva Santos

CPF da Vítima

051.133.484-22

Data do Acidente

12-05-16

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

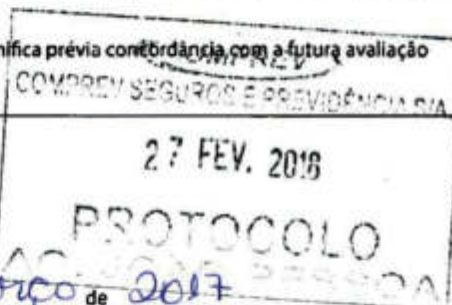
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia contestação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Romiedson Silva Santos de março de 2017

Local e Data

João Romiedson Silva Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONIEDSON DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000044357-0

Nr. da Autenticação 786B63A1A993F25A

RONALDO DE OLIVEIRA SANTOS
RUA FRANCISCO TRAJANO DA SILVA, 402 - PADRE ZÉ
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58028-005 (A.Q. 1)

Emissão: 11/01/2018 Referência: Jan / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km 25 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-690
Roteiro: 6 - 1 - 384 - 6440 Nº medidor: 0000084373

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.085.103/0001-40 Ins. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica nº 000.416.827
Cód. para Dth. Automática: 0000140883

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 / 2018 11/01/2018 08/02/2018 56966008400
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/148686-9

Canal de contato

- Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com.br/energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
13/12/17	30110	11/01/18	35201		51	28
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Taxa/R\$	Valor Base Calc. Aliq. Icms(R\$)	Base Calc. Pto(R\$)	Cotm(R\$)
				Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS	Pto/Cotm(R\$) (1,0052%) (4,7697%)	
0801	Consumo em kWh	51,000	0,714770	36,46 85,04 25	18,26 65,04	0,87 3,10
0801	Adic. B. Vermeço			2,42 2,42 25	0,83 2,42	0,02 0,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA			2,70 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2017			1,00 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2017			0,45 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0805	MULTA 11/2017			2,00 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0805	MULTA 12/2017			1,43 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017			0,47 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017			0,22 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL		75,73 67,46	18,86 67,46	3,21

Média últimos meses (kWh)
106

VENCIMENTO
18/01/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 75,73

Histórico de Consumo (kWh)

94 | 115 | 105 | 120 | 120 | 99 | 85 | 94 | 98 | 128 | 105 | 109
Dez/17 | Nov/17 | Out/17 | Set/17 | Ago/17 | Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17

RESERVADO AO DISCO

0cf3.dab1.11d8.ec98.413f.b085.c5bd.8df7.

Indicadores de Qualidade

11/2017 - Cruz do Peixe

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,07	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,15		
DIC ANUAL	20,30		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,30	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,60		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	13,20		
DMC	2,86	0,00	
DICRI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	17,89	23,61
Compra de Energia	21,13	27,90
Serviço de Transmissão	2,74	3,62
Encargos Setoriais	4,95	6,54
Impostos Diretos e Encargos	29,03	38,33
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	75,73	100,00

Valor de EUSD (Ref. 11/2017) R\$ 30,46

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo 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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Romualdo da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.133.484-22 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Romualdo da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.133.484-22 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>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento -
Bairro <u>Mamaira</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandracarduarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99342-1170</u>

Boa Vista, 19 de Fevereiro de 2018
Local e Data
Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



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

NOME
RONIEDSON DA SILVA SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF
3119508 SSP PB

CPF
051.133.484-22

DATA NASCIMENTO
15/02/1988

FUNÇÃO
RONALDO DE OLIVEIRA
SANTOS
JOANA D ARC DOS SANTOS
SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAIXA
AB

Nº REGISTRO
03858406460

VALIDADEZ
04/07/2021

1ª HABILITAÇÃO
08/06/2006

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1280754696

PROIBIDO PLASTIFICAR
1280754696

DESTAQUES

Roniedson da Silva Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
05/07/2016

40488552495
PB032632134

DETRAN - PB (PARAIBA)





07833220

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura do Titular da Carteira



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

046.502.754-74

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nascimento

11/03/1983



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



UNião dos Advogados do Brasil

- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.
(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

Ordem dos Advogados do Brasil

Seção de

da Paraíba

Inscrição 1ª

14435

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

País

ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Naturalidade

RO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Data de Nascimento

21/03/1983

Data de Comparação no O.A.B.

12/12/2008

Data de Cessão de Direção

30/07/2007

Data de Exatidão

12/01/2009

Jose Mario Porto Junior

JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

27 FEV. 2013

PROTOCOLO

AC. JOAC

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180101269**

Nome do(a) Examinado(a): **RONIEDSON DA SILVA SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

R FRANCISCO TRAJANO DA SILVA, 402 - Padre ZE - João Pessoa - PB - CEP 58026-005

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3119508**

Data e local do acidente: [**12/05/2016**]

Data e local do exame: [**19/03/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de rádio distal esquerdo

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

Paciente com história de fratura de rádio distal esquerdo. Tratado conservadoramente. Evoluiu com dor e diminuição de força punho esquerdo.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Paciente com déficit de força e movimentos no punho esquerdo.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Paciente com déficit força grau 4/5 de punho esquerdo, dorsiflexão 0-40°, flexão volar 0-60°, desvio ulnar 0-10° e desvio radial 0-10°. Hipersensibilidade punho esquerdo.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB