



Número: **0801217-34.2020.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **01/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31764 179	23/06/2020 11:04	2727969_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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 Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156468

Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

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

Carta nº 15723265

Pag. 00141/00142 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156468

Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002849-5

Conta: 0000035278-0

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 033.308.894-44 3 - CPF da vítima: 033.308.894-44 4 - Nome completo da vítima: Emmanuel Geovane de S. Fernandes

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

5 - Nome completo: Emmanuel Geovane de S. Fernandes 6 - CPF: 033.308.894-44
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: W. Dalva Fernalz 9 - Número: 170 10 - Complemento:
11 - Bairro: Sesi 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 98663-4900

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 2849 5 CONTA: 35278 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autoriza a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura
de quem
assina a
roga/a pedido
em nome do
beneficiário
ou representante

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 24/03/2020

Emmanuel S. de S. Fernandes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



B. Brasil
agência - 2849-5
com. - 35278-0
C/C.





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14577.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14577.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:54 horas do dia 23 de dezembro 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 Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Emanuel Geovane de Sousa Fernandes**, CPF nº 013.308.894-44, CNH nº 04625550917, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Contador, filho(a) de Lindalva de Sousa e Givanildo Fernandes da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/12/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa Dalva Ferraz, Nº 170, complemento Casa, bairro Sesi, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99606-5970.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Cremosim, Santa Rita/PB, bairro Varzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/11/19 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

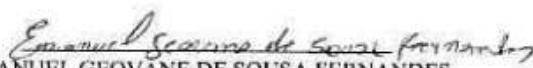
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava com seu veículo, a motocicleta YAMAHA/EZ25 FAZER ano/mod. 2018/2019. Cor: PRETA, placa: QSK1070/PB,- Chassi: 9C6RG5010K0018455 parado na rua Celina Marques da Fonseca, B. Santo Amaro/ Cidade de Santa Rita/PB, devido ao fluxo de veículo, quando foi surpreendido por outro veículo, conduzido por uma pessoa com sintomas de embriagues, uma motocicleta HONDA/TITAN - PLACA: OFA4507/PB que colidiu na traseira do veículo do noticiante fazendo com que o noticiante caísse no local, onde terceiros conduziu o noticiante para o Complexo Hospitalar Hospital - Mangabeira Gov. Tarcísio Burity - onde foi diagnosticado com fratura dos ossos do Antebraço ESQUERDO - CID: S 5.2. conforme Laudo Medico - emitido pelo Dr. EDUARDO PAZ LIRA - CRM

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, 23 de dezembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES
Noticiante

Procedimento Policial: 14577.01.2019.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

033.308.894-44

Emmanuel Geovane de S. Fernandes

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPOANÇA (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: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autoriza a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 24/03/2020

Emmanuel S. de S. Fernandes

Assinatura da vítima/beneficiário

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



B. Brasil
agência - 2849-5
com. - 35278-0
C/C.



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

Ficha Nr: 279583 Atd: Nao Regul
Data: 17/11/2019
Hora: 20:17:23
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 013.308.894-44 Num. Prontuario: 2019.11.002008
CNS: 706808250074420 Sexo: F IDENTIDADE: 2846458 SSP PB Fone: 986180036
Natural: GUARABEIRA/PB Data Nasc.: 16/12/1985 Id: 33 ano(s)
End.: TRAVESSA DALVA FERRAZ, 170
Bairro: SESI Cidade: BAYEUX UF: PB
Mae: LINDALVA DE SOUSA

Pai: GIVANILDO FERNANDES DA SILVA

Raça: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: CONTADOR(CURSO SUPERIOR)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Tel/Doc. Responsavel: 986180036 / IDENTIDADE: 2846458 SSP PB

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipó de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Pe: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

Observacao

QUEDA DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de colisão motorista com pavimento em antebraço
esquerdo. ACV 66 bpm. AR 12 bpm. G. 15. Alívio à penicilina.

Diagnostico

Conduta

① Raxo-x antebraço ⑤ Ape perf
② Raxo-x de punho ⑥ Ape aluqu
③ Raxo-x de torax PA e perfil
④ Avaliação do ortopedista

Prescrição

Horario

Dr. Aziz Davi Lemos
Médico Residente
Cirurgia Geral



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:	04/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02849-5

CONTA: 000000035278-0

Nr. da Autenticação 217CC599C17EBDA1





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

INFORME ESTIMATIVO

MATRÍCULA

6196861

REFERÊNCIA

FEV/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LINDALVA DE SOUZA

IV DALVA FERRAZ, 170 - Sesi BAYEUX PB 58305-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residência	Comércio	Indústria	Outro	
002.002.086.1140.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
Y16N120375	09/11/2016	EXT MURD. LIGADO	POTENCIAL				
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA			
513	530	17	31	27/03/2020			
HIST. CONS./ANOR. LEIT.							QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
JAN/2020	23	PARÂMETROS EXIG.		ANÁLIS.		CONFORMES	
DEZ/2019	18	TURBIDEZ		0	0	0	
NOV/2019	13	CLORO		0	0	0	
OUT/2019	14	CO. TERMOT		0	0	0	
SET/2019	15	COR		0	0	0	
AGO/2019	16	COL. TOTALIS		0	0	0	
MEDIA(M)	16	DADOS REFERENTES A: DEZ/2019					

DATA DA IMPRESSÃO: 28/02/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 08:52:00

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

ESGOTO

10 M3

37,91

7 M3

34,23

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,67 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

15/03/2020

Total a Pagar:

R\$ 72,14



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
6196861	FEV/2020	15/03/2020	R\$ 72,14

82660000003 2 72140010002 1 00619686101 4 02202020003 0



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via da conta

Requisito para emissão e pagamento da conta: fornecedor de energia elétrica Nº 031.427.896



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.185/0001-40 Ins. Est. 16.015.023-0

DADOS DO CLIENTE

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

CDG - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2019	19/09/2019	144	26/09/2019	R\$ 131,50

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGAR - Data de Pagamento: 26/09/2019				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000590489	001371069201909	26/09/2019	R\$ 131,50	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2020 11:04:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062311042209500000030455571>

Número do documento: 20062311042209500000030455571



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: 0800-1556 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-02-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-022-51-35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINALASPK?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 pessoais, 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 COAP.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 6.131/88.

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

Emanuel Giovane de S. Fernandes Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.308.894-44

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Emanuel Giovane de S. Fernandes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.308.894-44 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de recusa, 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 Jose C. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Cidade: <u>Marabá</u>	Estado: <u>PA</u>	CEP: <u>05056-384</u>
E-mail: _____		Tel (DDD): <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 24/03/2020

Assinatura do Declarante

DLBRL001 V001/2017



DMO: Inteira dos olhos
de afecções (E)

Exposto.
cd: Ao BL

Dr. Pedro Thiago
TSO: 16258
CRM-P: 6032

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência ()
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado ()





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Euonny Karane Data da Admissão: 17/11/74
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: Exposto dos olhos do antecampo
neurovascular meningeo
at. Ao BL

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 ☐ 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-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Líbido ☐ Humor



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito
supino. Sale a medula -
A aneur + Antimig
Após a cirurgia

Incisão:

Incisão longitudinal em
Anterior - Anterior - visão de
Thompson

Achados:

Incisão longitudinal em
Medial Anterior - No plano
Visão da Fratura de a
as ossos de Anterior

Conduta:

Anterior - Anterior - Anterior
Fixação interna com 8
8 parafusos + 6 parafusos
+ Fixação interna de
com Placa 1/3 tubular
Anterior

Vinagem com SF

Fechamento:

Sutura
com A. Anterior - Anterior

de controle

OBS:

Data: 25/11/19

Dr. Elias P. B. B.
CRM 11.953 PP
Ortopedista-T.

MÉDICO/C





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Emmanuel de Jesus</i>		Registro:			
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>19/11/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Rodrigo Thiago</i>		1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesiologista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ex. exposto dos ossos do</i>					
<i>averte bexiga</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>LC + DL</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () 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					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- *Eucromif* ~~bezoar~~
- *DDM* sob anest.
- *Prup* + *antifungo* + *larvas*

Incisão:

Apresentação do Fardo trans-

Achados:

*Partes frangíveis e 1000
de ovidos externos*

Conduta:

- *1.500 gms cm.*
- *Desbridamento.*

Fechamento:

Por plastos

OBS:

Data: *17/11/23*

MÉDICO/C

Rua As. Fiscal José Cayo Duarte, S/N, CEP 58066-364, Maceió - Al, Início de Assinatura





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 33 A	SEXO M	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 17/11/2019		DATA DE ALTA: 26/11/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos do Antebraço ESQUERDO</i>				CID S52	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio e ulna</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 antebraço esquerdo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas, parafusos. 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 45 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: ATB, AINE E ANALGÉSICO

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (DE TÍBIRICA)

Eduardo Paz Lyra
Médico
CRM 11487

26/11/2019
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
AUTOMOTORES DO BRASIL

P B

NOME
EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / CNH
2946458 887 PB

CPF
013.309.894-44

DATA NASCIMENTO
16/12/1985

FUNÇÃO
GIVANILDO FERNANDES DA SILVA
LINDALVA DE SOUSA

PERMISSÃO
ACB CND 2009

ACE
CND 2009

SALVA
AB

Nº REGISTRO
04625556917

VIGÊNCIA
09/03/2023

1ª EMISSÃO
28/04/2009

PROIBIDO PLASTIFICAR
1638583697

PROIBIDO PLASTIFICAR
1638583697

ASSINATURA
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
12/03/2018

ASSINATURA
85767068461
PB036463051

PARAÍBA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DETRAN - PB		Nº 015456572994	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		EXERCÍCIO	
PLA	000-4725	2019	0000000000
0117604577	00/00000000	2019	
EMANUELL GEORGE DE S. FERNANDES			
01330889444		QSK1070/PB	
NOVO		PB 906RG5010KD018455	
P/S/MOTOCICLETA/NOV APLIC		ALCO/GASOL	
YAMAHA/TZ25 FAZER		2018-2019	
2 P/249 /CI		ARTIC PRETA	
0000/0000		0000/0000	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
*****		*****	
DATA DE PAGAMENTO		12/11/2019	
SEGURADOR OBRIGATORIO			
YAMAHA MOTOCICLISMO			
TRANSPORTE			
LOCAL		DATA	
30/12/2019		34432	
3449999		34432	
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
PB Nº 015456572994		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2019		23/12/2019	
01330889444		QSK1070/PB	
YAMAHA/TZ25 FAZER		2018-2019	
906RG5010KD018455			
PREMIO TARIFARIO			
PREMIO TOTAL (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****		*****	
BILHETE DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****		*****	
PREMIO TOTAL (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****		*****	
DATA DE EMISSÃO		12/11/2019	
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
344524524588-20191223			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156468 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156468 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 02 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 04 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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







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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-02-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-022-51-35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINALASPK?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 pessoais, 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.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 6.131/88.

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

Emanuel Giovane de S. Fernandes Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.308.894-44

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Emanuel Giovane de S. Fernandes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.308.894-44 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova da recusa, 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 Jose C. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Cidade: <u>Marabá</u>	Estado: <u>PA</u>	CEP: <u>08056-384</u>
E-mail: _____		Telefone: <u>(83) 986634990</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 24/03/2020

Assinatura do Declarante

DLBRL001 V001/2017



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Requisito para emissão e pagamento da conta: fornecedor de energia elétrica - Nº 031.427.896



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.185/0001-40 - Insc. Est. 16.015.023-0

DADOS DO CLIENTE

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

CDG - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2019	19/09/2019	144	26/09/2019	R\$ 131,50

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGAR - Data de Pagamento: 26/09/2019				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000590489	001371069201909	26/09/2019	R\$ 131,50	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR238 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2020 11:04:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062311042209500000030455571>

Número do documento: 20062311042209500000030455571



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

INFORME ESTIMATIVO

MATRÍCULA

6196861

REFERÊNCIA

FEV/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LINDALVA DE SOUZA

IV DALVA FERRAZ, 170 - Sesi BAYEUX PB 58305-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Outros	
002.002.086.1140.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16N120375	09/11/2016	EXT MURD E CADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
513	530	17	31	27/03/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JAN/2020	23	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2019	18	TURBIDEZ		0	0	0
NOV/2019	13	CLORO		0	0	0
OUT/2019	14	CO. TERMOT		0	0	0
SET/2019	15	COR		0	0	0
AGO/2019	16	COL. TOTALIS		0	0	0
MEDIA(M)	16	DADOS REFERENTES A: DEZ/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 28/02/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 08:52:00

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

ESGOTO

10 M3

37,91

7 M3

34,23

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,67 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

15/03/2020

Total a Pagar:

R\$ 72,14



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA

6196861

REFERÊNCIA

FEV/2020

VENCIMENTO

15/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 72,14

82660000003 2 72140010002 1 00619686101 4 02202020003 0



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2020 11:04:22

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062311042209500000030455571>

Número do documento: 20062311042209500000030455571



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 033.308.894-44 3 - CPF da vítima: 033.308.894-44 4 - Nome completo da vítima: Emmanuel Geovane de S. Fernandes

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

5 - Nome completo: Emmanuel Geovane de S. Fernandes 6 - CPF: 033.308.894-44
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: W. Dalva Fernalz 9 - Número: 170 10 - Complemento:
11 - Bairro: Sesi 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 98663-4900

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 2849 5 CONTA: 35278 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autoriza a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura
de quem
assina a
roga/a pedido
em nome do
segurado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 24/03/2020

Emmanuel S. de S. Fernandes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



B. Brasil
agência - 2849-5
com. - 35278-0
C/C.



EFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 279583

Atd: Nao Regul

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 17/11/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 20:17:23

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVA

FAX: - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Num. Prontuario: 2019.11.002008

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 013.308.894-44

CNS: 706808250074420 Sexo: F IDENTIDADE: 2846458 SSP PB Fone: 986180036

Natural: GUARABEIRA/PB Data Nasc.: 16/12/1985 Id: 33 ano(s)

End.: TRAVESSA DALVA FERRAZ, 170

Bairro: SESI Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: LINDALVA DE SOUSA

Pai: GIVANILDO FERNANDES DA SILVA

Raça: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: CONTADOR(CURSO SUPERIOR)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Tel/Doc. Responsavel: 986180036 / IDENTIDADE: 2846458 SSP PB

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipó de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Pe

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de colisão motorista com pavimento em antebraço esquerdo. ACV 66 bpm. AR 32 bpm. G. 15. Alívio à penicilina.

Diagnostico

Conduta

① Raxo-x antebraço ② Raxo-x de punho ③ Raxo-x de torax PA e perfil
④ Avaliação do ortopedista

Prescrição

Horario

Dr. Aziz Davi Lemos
Médico Residente
Cirurgia Geral



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

033.308.894-44

Emmanuel Geovane de S. Fernandes

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autoriza a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura
de quem
assina a
roga/a pedido
em nome do
beneficiário

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 24/03/2020

Emmanuel S. de S. Fernandes

Assinatura da vítima/beneficiário

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



B. Brasil
agência - 2849-5
com. - 35278-0
C/C.





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14577.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14577.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:54 horas do dia 23 de dezembro 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 Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Emanuel Geovane de Sousa Fernandes**, CPF nº 013.308.894-44, CNH nº 04625550917, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Contador, filho(a) de Lindalva de Sousa e Givanildo Fernandes da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/12/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa Dalva Ferraz, Nº 170, complemento Casa, bairro Sesi, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99606-5970.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Cremosim, Santa Rita/PB, bairro Varzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/11/19 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

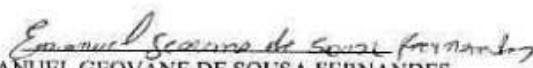
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava com seu, veículo, a motocicleta YAMAHA/EZ25 FAZER ano/mod. 2018/2019. Cor: PRETA, placa: QSK1070/PB,- Chassi: 9C6RG5010K0018455 parado na rua Celina Marques da Fonseca, B. Santo Amaro/ Cidade de Santa Rita/PB, devido ao fluxo de veículo, quando foi surpreendido por outro veículo, conduzido por uma pessoa com sintomas de embriagues, uma motocicleta HONDA/TITAN - PLACA: OFA4507/PB que colidiu na traseira do veículo do noticiante fazendo com que o noticiante caísse no local, onde terceiros conduziu o noticiante para o Complexo Hospitalar Hospital - Mangabeira Gov. Tarcísio Burity - onde foi diagnosticado com fratura dos ossos do Antebraço ESQUERDO - CID: S 5.2. conforme Laudo Medico - emitido pelo Dr. EDUARDO PAZ LIRA - CRM

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, 23 de dezembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES
Noticiante

Procedimento Policial: 14577.01.2019.1.00.401

1/1





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, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156468

Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002849-5

Conta: 0000035278-0

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.

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 Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156468

Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

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

Carta nº 15723265

Pag. 00141/00142 - carta_01 - INVALIDEZ



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:	04/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02849-5

CONTA: 000000035278-0

Nr. da Autenticação 217CC599C17EBDA1



PROCURAÇÃO

Outorgante: Emmanuel Geovane de Sousa Fernandes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão contador, residente e domiciliado à Rua IV. Dalva Farias, nº 110, bairro Muri, Município de Baveia, Estado de (o) PA, Cep.: 58305-000, portador(a) do Rg nº 2846458, SSP/PA e CPF nº 013.308.894-24.

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agm. S. Carlos Costa Duarte, nº 57, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-304, portador (a) do RG nº 1054562 SSP/PA e CPF nº 455.536.001-91.

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) Emmanuel Geovane de Sousa Fernandes ocorrido em 17/11/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. 016
Processo de natureza imvelidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 04 de março de 2020

Emmanuel G. de Sousa Fernandes
Outorgante
CPF Nº 013.308.894-24

CARTÓRIO
WEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121697/20

Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNAND

CPF: 013.308.894-44

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES : 013.308.894-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/04/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156468 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Emanuel Geovane de Sousa Fernandes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão contador, residente e domiciliado à Rua IV. Dalva Farias, nº 110, bairro Muri, Município de Baveia, Estado de (o) PA, Cep.: 58305-000, portador(a) do Rg nº 2846458, SSP/PA e CPF nº 013.308.894-24.

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Sinalista Costa Duarte, nº 57, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-304, portador (a) do RG nº 1054562 SSP/PA e CPF nº 455.536.001-91.

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) Emanuel Geovane de Sousa Fernandes ocorrido em 17/11/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. 016
Processo de natureza imvelidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 04 de março de 2020

Emanuel G. de Sousa Fernandes
Outorgante
CPF Nº 013.308.894-24

CARTÓRIO
WEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156468 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 04 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



DMO: Inteira dos olhos
da infecção (E)

Exposto

cd: Ao BL

Dr. Pedro Thiago
TSO: 16258
CRM-P: 6032

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência ()
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado ()





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Euonny Karine Data da Admissão: 17/11/79
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: Exposto dos olhos do antecampo
neurovascular meningeo
at. Ao BL

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 ☐ 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-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Líbido ☐ Humor



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito
supino. Sale a medula -
A aneur + Antimig
Após a cirurgia

Incisão:

Incisão longitudinal em
Anterior - Anterior - visão de
Thompson

Achados:

Incisão longitudinal em
Medial Anterior - No plano
Visão da Fratura de a
as ossos de Anterior

Conduta:

Anterior - Anterior - Anterior
Fixação interna com 8
8 parafusos + 6 parafusos
+ Fixação interna de
com Placa 1/3 tubular
Anterior

Vinagem com SF

Fechamento:

Sutura
com A. Anterior - Anterior

de controle

OBS:

Data: 25/11/19

Dr. Elias P. B. B.
CRM 11.953 PP
Ortopedista

MÉDICO/C





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Emmanuel Beavre Junior</i>		Registro:			
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>19/11/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Rêdo Thiago</i>		1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesiologista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ex. exposto dos ossos do</i>					
<i>averte bupço</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>LC + DL</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () 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					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- *Eutomico*
- *DM sob anest.*
- *Prup + antineop + lapso*

Incisão:

Apresentando Feição trans-

Achados:

*Partes fraturas e 1000
de o uero exten*

Conduta:

- *1.000 gms cm.*
- *Desbridamento.*

Fechamento:

Por plastos

OBS:

Data: *17/11/23*

MÉDICO/C

Rua As. Fiscal José Cury: Duarte, S/N, CEP 58066-364, Maceió/Al - Info: 3099-1111





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 33 A	SEXO M	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 17/11/2019		DATA DE ALTA: 26/11/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos do Antebraço ESQUERDO</i>				CID S52	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio e ulna</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 antebraço esquerdo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas, parafusos. 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 45 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: ATB, AINE E ANALGÉSICO

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (DE TÍBIRICA)

Eduardo Paz Lyra
Médico
CRM 11487

26/11/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



PROCURAÇÃO

Outorgante: Emmanuel Geovane de Sousa Fernandes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão contador, residente e domiciliado à Rua IV. Dalva Farias, nº 110, bairro Muri, Município de Baveia, Estado de (o) PA, Cep.: 58305-000, portador(a) do Rg nº 2846458, SSP/PA e CPF nº 013.308.894-24.

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agmte. Sincel. Costa Duarte, nº 57, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-304, portador (a) do RG nº 1054562 SSP/PA e CPF nº 455.536.001-91.

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) Emmanuel Geovane de Sousa Fernandes ocorrido em 17/11/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. 016
Processo de natureza imvelidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 04 de março de 2020

Emmanuel G. de Sousa Fernandes
Outorgante
CPF Nº 013.308.894-24

CARTÓRIO
WEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Emmanuel Geovane de Souza Fernandes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão contador, residente e domiciliado à Rua IV. Dalva Farias, nº 110, bairro Muri, Município de Baveia, Estado de (o) PA, Cep.: 58305-000, portador(a) do Rg nº 2846458, SSP/PA e CPF nº 013.308.894-24.

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agmte. Sincel. Costa Duarte, nº 57, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-304, portador (a) do RG nº 1054562 SSP/PA e CPF nº 455.536.001-91.

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) Emmanuel Geovane de Souza Fernandes ocorrido em 17/11/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. 016
Processo de natureza imvelidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 04 de março de 2020

Emmanuel G. de Souza Fernandes
Outorgante
CPF Nº 013.308.894-24

CARTÓRIO
WEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121697/20

Vítima: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNAND

CPF: 013.308.894-44

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

EMANUEL GEOVANE DE SOUSA FERNANDES : 013.308.894-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/04/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

