



Número: **0862736-77.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/10/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34540 268	21/09/2020 11:41	<a href="#">2750530_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

**Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190528913**

**Vítima: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 29/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000042**

**Conta: 0000027192-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528913

Vítima: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

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 14942258

Pag. 00569/00570 - carta\_01 - INVALIDEZ



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 074.770.654-96 4 - Nome completo da vítima: Joseilson Duarte dos Santos

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

5 - Nome completo: Joseilson Duarte dos Santos 6 - CPF: 074.770.654-96  
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Rua Belo Horizonte 9 - Número: 229 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Alegorinha 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58390-000  
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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 27192 AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo 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 (assinalar 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (seu nascituro)? ☐ 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
12 SET. 2019  
Assinatura da testemunha  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 11/09/2019

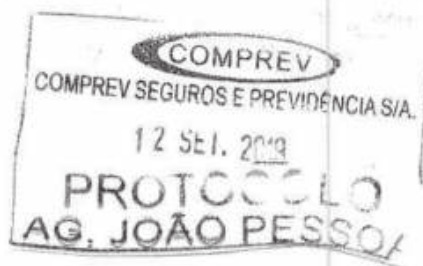
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

agência







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 09938.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09938.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 29 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Josenilson Duarte dos Santos**, CPF nº 074.770.654-96, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Autônomo, filho(a) de Emidia Duarte dos Santos e José Antonio dos Santos, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 23/06/1981 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Belo Horizonte, Nº 229, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Samu., na cidade de Alagoinha/PB, telefone(s) para contato (83) 98661-7230.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Sítio Jacaré., Alagoinha/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 29/04/19 16:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

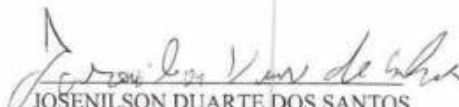
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 29/04/2019 por volta das 16:15 horas quando transitava, pelo Zona Rural do município de Alagoinha-PB; nas proximidades do sítio Jacaré, com o veículo tipo HONDA/POP 110i ano/mod: 2017/2017, de cor vermelha de placa: QFD3252/PB CHASSI: 9C2JB0100HR240510 pertencente ao Sr. JOSEMBERG DOS SANTOS SOARES; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando ao reduzir a marcha o pneu dianteiro travou. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, por terceiros ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1287/2019, FRATURA DE ESCAFÓIDE + LUXAÇÃO SMILUNA, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA CRM/PB 3883.

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

João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2019,

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

  
JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS  
Noticiante





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

074.770.654-96 Joséilson Duarte dos Santos

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Joséilson Duarte dos Santos

074.770.654-96

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Recuso Informar

Rua Belo Horizonte

229

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Centro

Alegre

PB

58390-000

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0042

CONTA: 27192

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo 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 (assinalar 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 6.154/74, 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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 (seu 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura 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:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
12 SET. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 11/09/2019

Joséilson Duarte dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:41:43

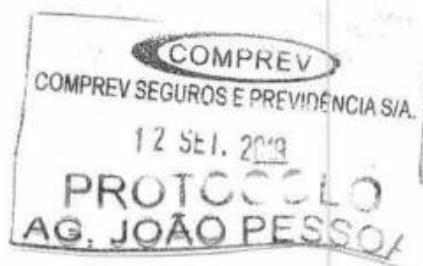
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111414321600000033026021

Número do documento: 20092111414321600000033026021

Num. 34540268 - Pág. 6



*agência*





UF: PE - HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
Paciente: JOSE COSTA DUARTE S/N  
Endereço: 356-384 JOA. PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
CNPJ:

Ficha Nr: 225482 Atd: Nao Regulado  
Data: 29/04/2019  
Hora: 17:57:44  
Recepcionista: ANA PAULA ALMEIDA PEREIRA  
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS  
Id: 707401038299274 Sexo: M IDENTIDADE: 3166582 Fone: 988128612  
Município: ALAGOIA GRANDE/PB Data Nasc.: 23/06/1981 Id: 37 ano(s)  
Endereço: BELO HORIZONTE, 229

Endereço: CENTRO Cidade: ALAGOINHA UF: PB  
Nome: EMIDIA DUARTE DOS SANTOS

Profissão: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: SERVENTE SEM ESPECIFICACAO  
Formações de Entrada

Nome: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS  
Médico Responsável: 988128612 / IDENTIDADE: 3166582  
Residência: RESIDENCIA

Pai: JOSE ANTONIO DOS SANTOS

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: PRIMARIO COMPLETO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Causa de acidente por: NAO

Causa de violência por: NAO

Caso Policial

EX-CONSULTA

Gravidade de Classificação de Risco: AMARELO

FR:

TP:

Altura:

IMC:

Q2%:

Obs. Abd:

Obs. Principal

Obs. EM MSE

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
12 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AQ. JOAO PESSOA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Traumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vômito  
Observacao

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Alimentação - se as 12h.  
Deixo em jejum p/ redução  
as 20h.

Horário da medicação

Dexametasona 1mg + ADIV  
Tramadol 1mg + 10ml SF 0.9%  
Inala biver

Dr. Alisson F. F. Vieira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 69128 CRM-PE 17509  
20/07/2014



0138: Este leu o texto tem 10 dias de  
de elucidação. Foi no laboratório  
de 20/01/19 e o paciente ad  
primeiro médico (Ficou evitando ir ao  
médico) Hoff

Nota: PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Reflexo de uma a medicação  
em arotabite agudo

Foi encaminhado para trauma.

Os familiares a dete a esphe foi  
Folam informada de possível lesão de

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

Não cobrir resultado de  
ponto de  
medicamentos

AG. JOÃO PESSOA  
PROTOCOLO  
12 SET. 2019  
COMPANHIA DE SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A  
Assinatura

Dr. Rômulo Soares de Castro  
033.002833-00 JP8 2833  
CPF: 131.533.594-68

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

TIPO DO PACIENTE

Residência

☐ Transferido

☐ Desistência

☐ UTI

Alta a pedido

☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



# 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: 25/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000027192-7

---

---

Nr. da Autenticação F70B33824CB29A05





**PAULA FRANSSINETTI DOMINGOS DA**  
**RUA BELO HORIZONTE, 228 - CENTRO**  
**ALAGOINHA / PB CEP: 58390000 (AG: 22)**

Ligação: MONOFÁSICO  
 Cls/Sbc: RES MTCB1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
 Roteiro: 16 - 42 - 715 - 6100  
 Medidor: 00001045385

Referencia: Jun / 2019  
 Emissao: 26/06/2019

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 08**

Conta referente a **Jun / 2019** Apresentação **26/06/2019**

**UC (Unidade Consumidora):**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002. Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saúde.gov.br/vacinaBrasil

Anterior

Data 27/06/19

Leitura 5556

Atual

Data 26/06/19

Leitura 5556

Constante

**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**  
**12 SET. 2019**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

*cliente*



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Índice para simples pagamento na sua fatura de energia elétrica - Nº 029.864.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.923-0

## DADOS DO CLIENTE

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

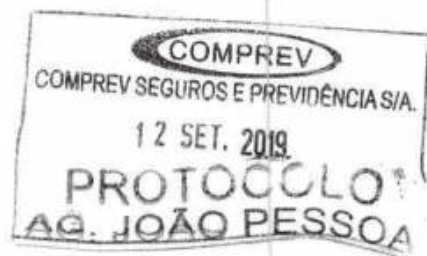
## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	150	27/08/2019	R\$ 138,62

Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 00229.271176 9 79940000013862				
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	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	
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				







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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

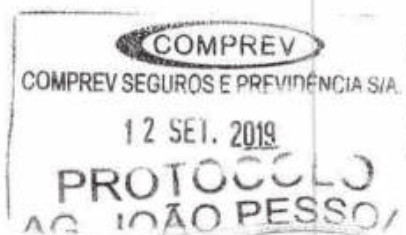
Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Jeremilson Duarte dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.770.654 / 96  
do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Jeremilson Duarte dos Santos  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.770.654 / 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Parangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:		CEP:	<u>58056-384</u>	Telefone (DDD):	<u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB; 12/09/2019

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante



DLDR.LC01 V001/2017





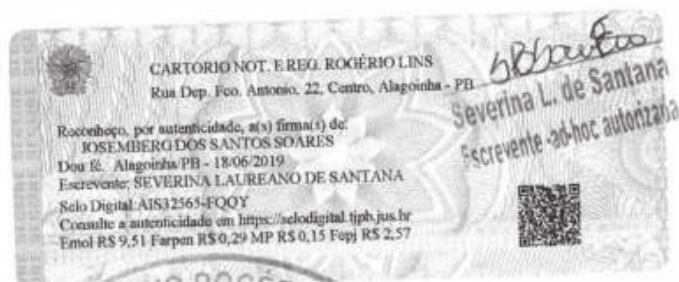
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josemberg dos Santos Soares,  
RG nº 3.569.962 data de expedição 30/09/15,  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 089.095.414-31 com  
domicílio na cidade de Alagoinha, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Colas Barbosa, 218 - Centro, nº 218,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Josemilson Duarte dos Santos cujo o condutor era  
Josemilson Duarte dos Santos

Veículo: moto  
Modelo: HONDA 160 F 1601  
Ano: 2017  
Placa: QFD3252  
Chassi: 9C2JB0100 HR29 05 10  
Data do Acidente: 29-04-19  
Local e Data: Alagoinha, 18-06-19

Josemberg dos Santos Soares  
Assinatura do Declarante

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





## CERTIDÃO

Nº. 1287/2019

Atendendo solicitação de **JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº225482 e Prontuário Nº 2019.04.3529 pertencentes ao paciente **JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS** que foi atendido dia 29/04/2019 às 17H57min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

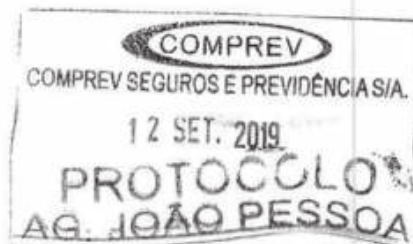
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de escafóide + luxação semilunar esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/05/2019. Com alta médica dia 23/05/2019.

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

João Pessoa, 08 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médico Intensivista  
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Frederick Duarte do Nascimento Data da Admissão: 29-4-2019  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1  
Escolaridade: \_\_\_\_\_  
QPD: o pte. apresenta  
HDA: palidez e taquicardia há 10 dias  
antes, já foi examinada  
antes como a esposa que é  
bem saudável com instabilidade com  
febre, portanto não cabia  
resultado de  
medico  
Medicações em uso: \_\_\_\_\_  
Dr. Rômulo Soares de Castro  
033.012833 / CRP 128-2833  
CPF: 181.553.594-88  
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 PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor \_\_\_\_\_  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
12 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA - PB

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:41:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111414321600000033026021>

Número do documento: 20092111414321600000033026021

Num. 34540268 - Pág. 16



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF  
[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa  
[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo  
[ ] Alcoolismo  
Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

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

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg  
FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_  
Geral: \_\_\_\_\_  
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_  
Gânglios: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

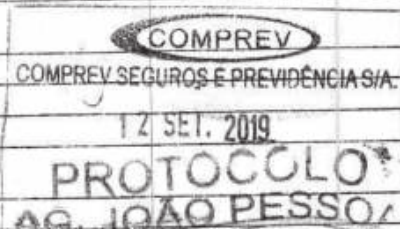
SME: \_\_\_\_\_

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

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

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

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







## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

1. Pac em DDH sob bloqueio do flexo inguinal esquerdo
2. Anestesia, antiespasmódica, colocação campos estéreis

### Incisão:

3. Incisão dorsal no ponto tipo Mercedes
4. Dissecção de planos
5. Libertação capsule articular

### Achados:

6. Fratura fragmentada do polo proximal da escápula com perda de substância
7. Luxação do corpo C1 articulação externa

### Conduta:

8. Limpeza articular
9. Redução do corpo + fixação do escápula de 4 pontos Herbert. 2.3x2.4mm C1 articulação externa
10. Fixação do corpo C1 fixo K.
11. Fechamento de planos
12. Curativo
13. Rx controla
14. Talo calcanhar esquerdo

### Fechamento:

### OBS:

Data:

22/05/19

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 37	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF. 02	LEITO 112
DATA DE ADMISSÃO 29/04/2019		DATA DE ALTA 23/05/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE ESCAFOIDE + LUX SEMILUNAR				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx da Mão e punho esquerda demonstrando solução de continuidade óssea					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL ( ) SIM (X) NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)  
Paciente portador(a) fratura de escafóide esquerdo e luxação do semilunar, submetido a tratamento cirúrgico por redução aberta e fixação interna com parafuso de herbt e fio khirchiner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

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

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

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** PROFENID, CEFALEXINA

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

23/05/2019

DATA

Dr. Yury Cordeiro  
Ortopedia e Traumatologia

COMP. 13507  
ASS. MÉDICO / C.R.M.

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





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.166.582 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 14/11/2011

NOME JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSE ANTONIO DOS SANTOS  
EMÍLIA DUARTE DOS SANTOS

NATURALIDADE ALAGOA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 23/06/1981

DCC ORIGEM NASC. N. 8207 FLS. 50 LIV. 9  
CARTÓRIO ALAGOINHA/PB

CPF 074.770.654-96

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 7.116 DE 09/08/83

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 SET. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA



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

NOME  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC IDENTIDADE / CNH EMISSOR Nº  
2627718 SSP RJ

CPF  
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO  
21/08/1982

PERIÇÃO  
ALEXANDRE DE ARAUJO  
DUARTE  
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO ACC CATEGORIA  
B

Nº REGISTRO  
01851289660

VALIDADE  
16/01/2019

1ª EMISSÃO  
29/06/2001

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
894056231

DESCRIÇÃO

*Alexandra Cesar Duarte*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB

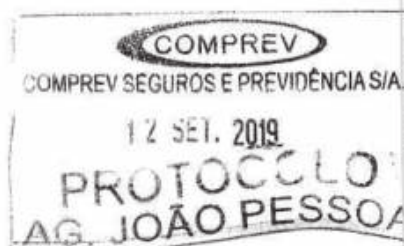
DATA EMISSÃO  
17/01/2014

*Rodrygo Carneiro*  
ASSINATURA DO EMISOR

66588356744  
7B027919595

DETRAN - PB CARABEIRA

PROIBIDO PLASTIFICAR  
894056231





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190528913 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 20/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.5)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190528913 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 19/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.5)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Josnilson Duarte dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Belo Horizonte, nº 229, bairro Centro, Município de Alagoinha, Estado de(o) PI, Cep: 58390-000, portador(a) do Rg nº 3.166.582, SSP/ PI e CPF nº 074.770.654-96

**Outorgado:** Alexandra Bessa Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agent Euzal J. Costa Duarte, nº 157, bairro Marinheiros, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 2627718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-74

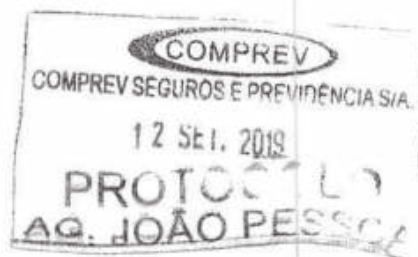
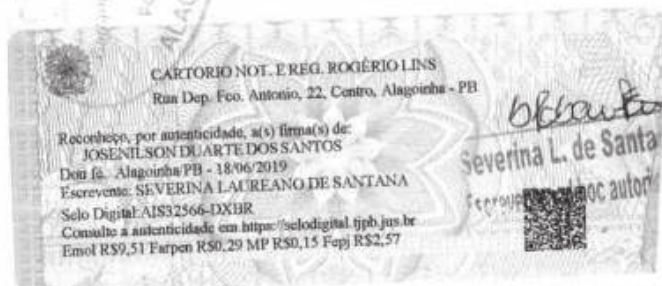
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Josnilson Duarte dos Santos, ocorrido em 29/09/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. 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.

Alagoinha, 18 de Junho de 2019.

Josnilson Duarte dos Santos  
Outorgante  
CPF Nº 074.770.654-96

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316377/19

**Vítima:** JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

**CPF:** 074.770.654-96

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/04/2019

**Titular do CPF:** JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

#### JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS : 074.770.654-96

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

