

---

**Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190383482**

**Vítima: WILMA AMORIM DE SOUZA**

**Data do Acidente: 08/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), WILMA AMORIM DE SOUZA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190383482

Vítima: WILMA AMORIM DE SOUZA

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), WILMA AMORIM DE SOUZA**

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\$ 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: **WILMA AMORIM DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003348**

Conta: **0000002853-6**

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **081 566 564 40** Nome completo da vítima: **Wilma Amorim de Souza**

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

Nome completo: **Wilma Amorim de Souza** CPF: **081 566 564 40**

Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua Santa Terezinha** Número: **36** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **Tibiri** Cidade: **Santa Rita** Estado: **PB** CEP: **58302-200**

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD) **(83) 986634900**

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **3348** ☐ CONTA: **02853** **6** ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(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.

## 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 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 ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB 17/06/19**

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Wilma Amorim de Souza**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 06285.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06285.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:23 horas do dia 06 de junho 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 José Rodrigues da Silva Júnior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Wilma Amorim de Souza**, CPF nº 081.566.564-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Frentista, filho(a) de Maria do Livramento Amorim e Jose Hilton de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/04/1987 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Virgínio da Gama e Melo, Nº 200, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98760-8823.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Paralela a Br 230, Posto de Combustíveis, Santa Rita/PB, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/12/18 01:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 08/12/2018, POR VOLTA DAS 01:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2014, PLACA QFA-8498/PB, CHASSI 9C2KC1680ER588500, REGISTRADA EM NOME DE WIDEILSA AMORIM DE SOUZA, NA RUA PARALELA A RODOVIA BR 230, ALTURA DO BAIRRO DE VARZEA NOVA, SANTA RITA/PB, QUANDO FOI ULTRAPASSAR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO E NO MEIO DA MANOBRA O MESMO MUDOU DE DIREÇÃO REPENTINAMENTE VINDO PARA FRENTE DESTA NOTIFICANTE E PROVOCANDO UMA COLISÃO; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR PARTICULARES ATÉ A UPA DE TIBIRI E EM SEGUIDA ENCAMINHADA AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM FRATURA DE DIAFISARIA DA ULNA ESQUERDA, CONFORME CERTIDÃO 0729/2019 ASSINADA PELA MEDICA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA.

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, 06 de junho de 2019.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR  
Agente de Investigação

COMPREV

WILMA AMORIM DE SOUZA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. Noticiante

17 JUN. 2019

**PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **081 566 564 40** Nome completo da vítima: **Wilma Amorim de Souza**

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

Nome completo: **Wilma Amorim de Souza** CPF: **081 566 564 40**

Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua Santa Terezinha** Número: **36** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **Tibiri** Cidade: **Santa Rita** Estado: **PB** CEP: **58302-200**

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD) **(83) 986634900**

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **3348** CONTA: **02853** **6**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

## 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 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 ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB 17/06/19**

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Wilma Amorim de Souza**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Ficha Nr: 188491 Atd: Nao Regul  
Data: 08/12/2018  
Hora: 04:06:39  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.000897

Nome: WILMA AMORIM DE SOUZA

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3311011 Fone: 987000812

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/04/1987 Id: 31 ano(s)

End.: RUA/ VIRGINIO GAMA E MELO, 200

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: MARIA DO LIVRAMENTO AMORIM

Pai: JOSE HILTON DE SOUZA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: FRENTISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: WILMA AMORIM DE SOUZA

Tel/Doc. Responsavel: 987000812 / IDENTIDADE: 3311011

Pedencia: UNIDADE DE SAUDE UPA DE SANTA RITA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +CARRO HJ AS

Vitima de violencia por: 01:50, EM VARZEA NOVA - SANTA RITA

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

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

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

Observacao

Q a Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Jr. Fidas G. F. Borborema  
CRM-PB: 5395  
CRM-PE: 14654  
SBOT: 9876

# 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: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: WILMA AMORIM DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000002853-6

---

Nr. da Autenticação 45518C305686F274



Nota Fiscal? Carta de Energia Elétrica Nº025-437-400  
Cód. para Deb. Automático: 600015005 10

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RAR |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------|
| Mai / 2019        | 24/05/2019   | 25/06/2019                       | 010.196.344-60 |

UC (Unidade Consumidora): 5/155861-8

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em [saude.gov.br/vacina-brasil](http://saude.gov.br/vacina-brasil)

| Anterior |         | Atual    |         | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data     | Lectura | Data     | Lectura |           |         |      |
| 24/06/10 | 10077   | 24/06/10 | 11119   | 1         | 142     | 20   |

### Demonstrative

| Demonstrativo          |                              |            |                        |                                    |                                |                          |                                |                                   |                                |                                   |                                |
|------------------------|------------------------------|------------|------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| CO                     | Descrição                    | Quantidade | Taxa de Tributação (%) | Valor Base Calc. 4to Tributo (R\$) | Valor Base Calc. 4to CNS (R\$) | Valor Base Calc. 4to CNS | Valor Base Calc. 4to PIS (R\$) | Valor Base Calc. 4to COFINS (R\$) | Valor Base Calc. 4to PIS (R\$) | Valor Base Calc. 4to COFINS (R\$) | Valor Base Calc. 4to PIS (R\$) |
| 0001                   | Consumo de VWR               | 141,000    | 0,048                  | 990                                | 119,94                         | 119,94                   | 27                             | 32,22                             | 119,94                         | 1,19                              | 5,34                           |
| 0001                   | Ass. B. Amarelo              |            |                        | 1,87                               | 1,87                           | 27                       | 0,45                           | 1,87                              | 0,03                           | 0,07                              |                                |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                              |            |                        |                                    |                                |                          |                                |                                   |                                |                                   |                                |
| 0007                   | CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA  |            |                        | 0,43                               | 0,00                           | 0                        | 0,00                           | 0,00                              | 0,00                           | 0,00                              | 0,00                           |
| 0004                   | JUROS DE VORA 03/2019        |            |                        | 1,10                               | 0,00                           | 0                        | 0,00                           | 0,00                              | 0,00                           | 0,00                              | 0,00                           |
| 0005                   | MULTA 30/2019                |            |                        | 2,00                               | 0,00                           | 0                        | 0,00                           | 0,00                              | 0,00                           | 0,00                              | 0,00                           |
| 0006                   | PARCELAMENTO DE DEBITO 25/11 |            |                        | 25,92                              | 0,00                           | 0                        | 0,00                           | 0,00                              | 0,00                           | 0,00                              | 0,00                           |

|                                        |          |       |        |       |        |      |      |
|----------------------------------------|----------|-------|--------|-------|--------|------|------|
| COI - Cridado de Classe Aceite do Item | TOTAL    | 99022 | 101.01 | 30.07 | 101.01 | 1.17 | 5.49 |
| Taxa de Inscrição                      | 0.071770 |       |        |       |        |      |      |

|                                  |                   |                      |
|----------------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Média últimos meses (kWh)</b> | <b>VENCIMENTO</b> | <b>TOTAL A PAGAR</b> |
| 30                               | 31/05/2019        | R\$ 160.22           |

Historico de Consumo (kWh)

|        |         |         |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 26     | 30      | 30      | 0      | 0      | 0      | 0      | 30     | 0      | 37     | 145    | 194    |
| May 10 | July 10 | July 13 | Aug 10 | Sep 10 | Oct 10 | Nov 10 | Dec 10 | Jan 11 | Feb 11 | Mar 11 | Apr 11 |

RESERVAÇÃO AO FISCO

b310.1ea4.d558.7978.36ef.9a67.ce95.c5d7

## Indicadores de Qualidade 7-2012-Santa Rosa

|               | Limites<br>da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão<br>(V)          |
|---------------|---------------------|---------|----------------------------------|
| 20 MENORES    | 6,40                |         |                                  |
| 20 TRIMESTRAL | 0,00                | 0,00    | NOMINAL 220                      |
| 20 ANUAL      | 21,72               |         |                                  |
| 20 MENORES    | 3,36                |         |                                  |
| 20 TRIMESTRAL | 0,72                | 0,00    | CONTRATO DE<br>LARGA ALIMENTAÇÃO |
| 20 ANUAL      | 23,04               |         | UNIDADE SUPERIOR                 |
| 20 MENORES    | 2,40                | 0,00    |                                  |
| 20 TRIMESTRAL | 0,00                |         |                                  |
| 20 ANUAL      | 2,40                |         |                                  |

Comunicato da: **Comitato**

| Discriminação                     | Valor (R\$)   | %             |
|-----------------------------------|---------------|---------------|
| Benefícios do Dist. da Energia/PS | 78,51         | 17,60         |
| Contrib. de Energia               | 42,37         | 28,28         |
| Benefícios de Transmissão         | 4,43          | 3,76          |
| Energia Setorial                  | 6,15          | 4,21          |
| Impostos Diretos e Encargos       | 52,77         | 32,64         |
| Outros Benefícios                 | 25,88         | 18,93         |
| <b>Total</b>                      | <b>160,22</b> | <b>100,00</b> |

Value in parentheses is 90% bias corrected CI

## ATENÇÃO

- PRAGMÁTICA EMENÇÃO: Cas. de retirada do indivíduo do local de trabalho, em caráter definitivo, a fim de evitar que se torne um obstáculo para a continuidade da atividade. Exemplo: "O Sr. João, devido a problemas de saúde, foi afastado do trabalho por 30 dias, a partir de 10/05/2024, e retornará no dia 09/06/2024, com o intuito de manter a produtividade e a qualidade do trabalho." (Fonte: Relatório de Gestão, 2024, p. 15).

### Faturas em atraso

Apr/19 149.61

**BANCO DO BRASIL** PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 02624 912008 01954 136170.1 79080000016022

PAGADOR: RICARDO FERREIRA SANTOS - CPF/CNPJ: 010.188.344-50  
RUA SANTA TEREZINHA, 35 - TIÉRI - SANTA RITA / PE CEP: 58312-200

|                   |                 |                     |                     |             |
|-------------------|-----------------|---------------------|---------------------|-------------|
| Recibo Nº:        | Nº Documento:   | Data de Vencimento: | Valor do Documento: | Valor Pago: |
| 20248120001854136 | 300155851201905 | 31/05/2019          | R\$ 160,32          |             |

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 02.096.183/0001-40  
Br 230, Km 26 - Chorrinho - João Deodato / PR - CEP 52071-890

Agencia / Código beneficiario: 2084-3/2447-3



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal emitida de energia elétrica. Nº 025.235.534



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Centro Rodador - João Pessoa / PB - CEP 58071-600  
CNPJ 09.096.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.016.823-6

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

### REFERÊNCIA

MAI/2019

### APRESENTAÇÃO

20/05/2019

### CONSUMO

212

### VENCIMENTO

27/05/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 191,04

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



0150074 0011

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotelro: 12-005-292-9450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/05/2019

### VENCIMENTO

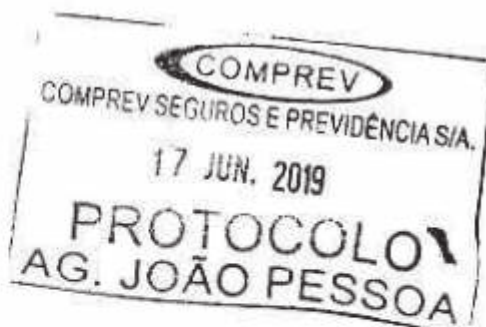
27/05/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 191,04

### MATRICULA

1698358-2019-95-4



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1556 / 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 95

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

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

\* 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 9.613/98.

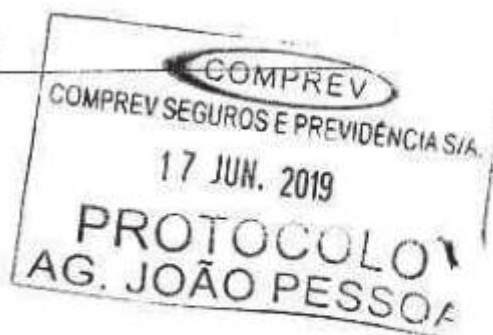
Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 453.536.024 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Wilma Amarim de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.566.564 / 40  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Wilma Amarim de Souza  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.566.564 / 40 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 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>Mangabeira</u>                         | Cidade: <u>João Pessoa</u>                                | Estado: <u>PB</u>  |
| E-mail: _____                                     | CEP: <u>58056-384</u><br>Tel (DDD): <u>(83) 986634900</u> |                    |

Local e Data: João Pessoa - PB 31/06/19

Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Widália Amorim de Sousa,  
RG nº 2424121, data de expedição 06/03/2016  
Órgão PB, portador do CPF nº 035.482.294-25, com  
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Santa Lourença, nº 36,  
complemento Loba, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Widália Amorim de Sousa, cujo o condutor era  
Widália Amorim de Sousa.

Veículo: moto  
Modelo: HONDA FAN  
Ano: 2014  
Placa: QFA 8498/PB  
Chassi: 9C2KC1680 ER 588500  
Data do Acidente: 08-12-18  
Local e Data: João Pessoa, 06-06-19



Widália Amorim de Sousa  
Assinatura do Declarante

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

 **CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA AUGUSTO KUBITZKE, 53A - PRÉSTIO DESEJO - CEP 50254-000 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TEL/FAX: (81) 3224-0003

Reconheço ato gratuito por autenticidade a firma de  
MEDELSA AMORIM DE SOUSA, [123079], J. Pessoa-PB,  
06/06/2019 11:00:11 Emol R\$0,00 Farpens R\$0,00 Fepis R\$0,00  
ISS R\$0,00. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO  
PEREIRA SILVA. Selo Digital AIR27674-XJ7T Consulte em  
<https://celestia.fst-fst.com.br>



## CERTIDÃO

Nº. 0729/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 188491 e Prontuário nº 2018.12.0897 pertencentes a paciente **WILMA AMORIM DE SOUZA** requerente que foi atendida dia 08/12/2018 às 04h06min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisária da ulna (antebraço) esquerda. Realizado procedimento cirúrgico no dia 14/12/2018 com alta médica no dia 15/12/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de maio de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



PREFEITURA 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: 188491 Atd: Nao Regul  
Data: 08/12/2018  
Hora: 04:06:39  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.000897

Nome: WILMA AMORIM DE SOUZA

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3311011 Fone: 987000812

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/04/1987 Id: 31 ano(s)

End.: RUA/ VIRGINIO GAMA E MELO, 200

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: MARIA DO LIVRAMENTO AMORIM

Pai: JOSE HILTON DE SOUZA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: FRENTISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: WILMA AMORIM DE SOUZA

Tel/Doc. Responsavel: 987000812 / IDENTIDADE: 3311011

Pedencia: UNIDADE DE SAUDE UPA DE SANTA RITA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +CARRO HJ AS

Vitima de violencia por: 01:50, EM VARZEA NOVA - SANTA RITA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

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

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

Observacao

Q a Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Jr. Fidas G. F. Borborema  
CRM-PB: 5395  
CRM-PE: 14654  
SBOT: 9876

2

-----

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

-----

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |

-----

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

-----

*Assinatura do Paciente/Responsavel*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi

-----



|                              |
|------------------------------|
| <b>DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</b> |
|------------------------------|

|                           |
|---------------------------|
| <b>Posição e Preparo:</b> |
|---------------------------|

PACIENTE EM DVA SEM ANESTESIA

ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS

**Incisão:** LONGITUDINAL POSIÇÃO MEDIAL EM ANTERIOR  
POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA

**Achados:** FX DIAPISADA DE ULNA.

**Conduta:** DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS  
REALIZADO MANOBRA DE REDUÇÃO SOB AX - ESCOPIA  
APOSEIÇÃO DE PLACA E PARAFUSO SOB AX - ESCOPIA  
LIMPEZA COM SF 0,9%  
SUTURA DE PELE.  
CURATIVO  
RX CONTROLE.

**Fechamento:**

**OBS:** SE PACIENTE SEM QUEIXAS, ALTA P/ AMANHÃ.

**Data:** 14/12/18

Dr. Yury Cordeiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 11507

MÉDICO/CRM

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Data da Admissão:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_

**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_

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

**HDA:** \_\_\_\_\_

*Paulo de  
seu nete*

*Dr. Edias G. F. Borborema*  
CRM-PB 5395  
CRM-PE 14654  
SBOT 8826

**Medicações em uso:** \_\_\_\_\_

### **Interrogatório Sintomatológico:**

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

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

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

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

**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematên.  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aume.

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

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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA NACIONAL DE PENITENCIÁRIO  
SECRETARIA NACIONAL DE PENITENCIÁRIO

NOME  
WILMA AMORIM DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / CNP / RG / CPF / R  
3311011 ESP PB

CPF  
081.566.564-40 DATA NASCIMENTO  
22/04/1987

FUNÇÃO  
JOSE HILTON DE SOUZA  
MARIA DO LIVRAMENTO  
AMORIM

PERMISSÃO  
ACC  
CAI Nº  
718

PRIMEIRO  
0056031 15.15

VALOR  
1.300 / 000,0

1ª VALIDADE  
11/02/2016

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1497748093

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1497748093

ASSINATURA DO POLÍCIA

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
28/08/2017

60151150109  
PB035260700

PARAÍBA

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
17 JUN. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190383482 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILMA AMORIM DE SOUZA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 26/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 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:** 3190383482 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILMA AMORIM DE SOUZA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 25/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/6

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 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:** Wilma Amorim de Souza, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Freemista, residente e domiciliado à Rua Santa Teresinha, nº 38, bairro Teburu, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58300-200, portador(a) do Rg nº 3311033, SSP/PB e CPF nº 081.566.564-40.

**Outorgado:** José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente S. Carlos Costa Duarte, nº 157, bairro Hamagubura, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 1054562 SSP/PB e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Wilma Amorim de Souza, ocorrido em 06/06/18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza im validade.

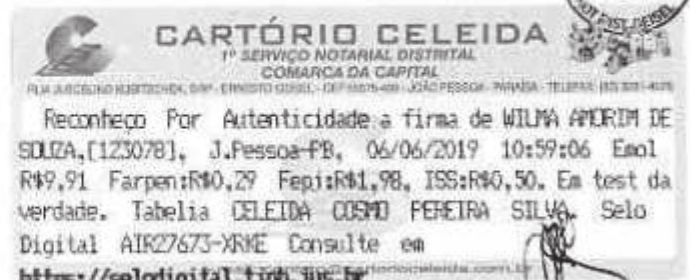
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim 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, 06 de Junho de 2018.



Wilma Amorim de Souza  
Outorgante  
CPF Nº 081.566.564-40

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0204676/19

**Vítima:** WILMA AMORIM DE SOUZA

**CPF:** 081.566.564-40

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/12/2018

**Titular do CPF:** WILMA AMORIM DE SOUZA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

### WILMA AMORIM DE SOUZA : 081.566.564-40

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: 17/06/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA