



Número: **0855806-38.2022.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/10/2022**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANUEL QUIRINO DA SILVA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71708 816	12/04/2023 12:05	2882072_CONTESTACAO_Anexo_03	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, 11 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200392699

Vítima: MANUEL QUIRINO DA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANUEL QUIRINO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00983/00984 - carta_03 - INVALIDEZ

00030492



Carta nº 16298827



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/04/2023 12:05:03

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041212050277300000067627580>

Número do documento: 23041212050277300000067627580

Num. 71708816 - Pág. 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, 02 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200392699

Vítima: MANUEL QUIRINO DA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANUEL QUIRINO DA SILVA

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\$ 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: **MANUEL QUIRINO DA SILVA**

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

Banco: **341**

Agência: **000008757**

Conta: **0000047671-1**

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: ☐ DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 056.743.174-61 4 - Nome completo da vítima: Manuel Quirino da Silva

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

5 - Nome completo: Manuel Quirino da Silva 6 - CPF: 056.743.174-61
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Sitio Lafula 9 - Número: SN
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pedro Regis 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58273-000
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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 ATE R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, do meu 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:

- ☐ 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 provimento 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 do IML da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a causa decorrente do acidente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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(s) (parceiro)? ☐ 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 decida a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro 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

35 - Nome legível de quem assina a rúbrica/pedido

36 - CPF legível de quem assina a rúbrica/pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

056.743.174-61 Manuel Quirino da Silva

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

5 - Nome completo:

Manuel Quirino da Silva

6 - CPF:

056.743.174-61

7 - Profissão:

Recusoso

8 - Endereço:

Sítio Lafula

9 - Número:

5N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Pedro Regis

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58273-000

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

☐ R\$2.501,00 A 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. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resgate do Seguro DPVAT e que eu vivo, 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 procedimento da indenização pelo Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, ficando eu, desde já, em me submetendo à avaliação médica do Instituto da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.134/74, art. 19, § 1º, do qual fica esta autorização não significando prévia concordância com a futura avaliação médica em uma ou mais ocasiões de consulta, caso haja necessidade.

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?

☐ Sim

☐ Falecidos

30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tinha irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos?

☐ Sim

☐ Falecidos

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aceita, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou omissão na declaração não acarretará nenhuma 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 nota/pedido

36 - CPF legível de quem assina a nota/pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa 03/11/2020

Manuel Quirino da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





Itaú Unibanco S.A.

Informações Essenciais - Conta Universal Itaú

C/E

Ag - 8157
Conta - 42671-1

Este documento apresenta determinadas informações essenciais sobre a Conta Universal Itaú. Outras informações importantes para sua decisão de abrir uma conta conosco não estão transcritos ou sumarizados neste documento. Caso você tenha interesse em abrir uma conta no Itaú, deverá ler e aceitar a íntegra das Condições Gerais da Conta Universal Itaú ("Condições Gerais"), disponível em nossas agências e em itau.com.br.

1. Regras básicas: A Conta Universal Itaú ("conta") permite a movimentação, com um único número, de sua conta-corrente e conta-poupança. Você pode movimentar sua conta na agência e pelos canais de conveniência, tais como caixas eletrônicos, internet, telefone, celular ou tablet ou estabelecimentos conveniados. Sua conta acolherá depósitos, saques e débitos, bem como créditos ou débitos provenientes de transferências. A movimentação da conta pode ser feita mediante cartões, cheques, senhas de acesso e identificação biométrica, mas o fornecimento de folhas de cheques está sujeito à análise e aprovação pelo Itaú. Você pode abrir uma conta conjunta com outra pessoa, decidindo no momento da abertura se a movimentação da conta dependerá da autorização de ambos os titulares ou de apenas um deles. O Itaú pode debitar valores de sua conta nas situações autorizadas por você, inclusive para pagamento de operações de crédito. A utilização de serviços está sujeita à cobrança de tarifas, que podem ser consultadas na Tabela Geral de Tarifas afixada nas agências e em nosso site. São assegurados a você os serviços essenciais gratuitos, que são serviços básicos de movimentação e consulta da conta. Você tem a opção de contratar um pacote de serviços, que contempla uma quantidade adicional de serviços bancários. A utilização de serviços que exceder os essenciais ou aqueles incluídos no pacote eventualmente contratado será cobrada de forma individualizada.

2. Riscos, Medidas de Segurança e Controle: O Itaú adota tecnologias de segurança para ajudar a proteger sua conta, incluindo cartões com chip, que não permitem clonagem por serem criptografados, sistemas de identificação pessoal baseados em assinaturas, senhas, impressões digitais, códigos e outras informações de seu exclusivo conhecimento. No entanto, muitos dos riscos associados à manutenção de sua conta podem ser mitigados com a sua cooperação. a) Em caso de perda ou roubo de cartão, cheque ou senha, comunique imediatamente o Itaú por meio de nossos canais de atendimento. b) Guarde sua senha em local seguro, nunca a revele a terceiros e utilize equipamentos com sistemas de segurança atualizados em operações realizadas em canais eletrônicos. c) Quando necessário, solicite ao Itaú o imediato registro de oposição, contraordem a pagamento e cancelamento de cheques, observando a lei. Além disso, uma gestão consciente de seus recursos pode reduzir riscos de possíveis descontroles na movimentação de sua conta. Assim, (i) para evitar a emissão de cheques sem provisão de fundos e sua inclusão no CCF - Cadastro de Emitentes de Cheques sem Fundos, sempre mantenha saldo disponível para liquidar cheques ainda não apresentados para pagamento e outros débitos pendentes; (ii) para lidar com indisponibilidades sistêmicas, bloqueios momentâneos e outras limitações de movimentação da conta, procure dispor de meios alternativos para pagamento de suas despesas imediatas; e (iii) caso opte pela contratação do serviço de adiantamento a depositante, use-o somente em situações emergenciais.

3. Informações Cadastrais: Você deverá manter seu cadastro atualizado, informando ao Itaú, sempre que solicitado, ou sempre que houver alteração, seus dados de renda, patrimônio, estado civil, telefone, endereço comercial, residencial e eletrônico e documentos de identificação apresentados na abertura da conta. As atualizações poderão ser efetuadas em qualquer agência Itaú. Seu endereço, telefone e e-mail podem ser atualizados também pela internet e pelo telefone. O Itaú poderá bloquear total ou parcialmente a movimentação de sua conta caso identifique a existência de dados desatualizados.

4. Contratação e rescisão: Para abrir sua conta, você deverá ler atentamente as Condições Gerais e preencher e assinar uma Proposta de Abertura de Conta, concordando com tais condições e escolhendo os serviços e autorizações disponíveis. Deverá apresentar os seguintes originais: (i) documento de identificação aceito pelo Itaú; (ii) comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); e (iii) comprovante de residência. A conta poderá ser encerrada, a qualquer tempo, por escrito, por você ou pelo Itaú. No ato da solicitação de encerramento, você deverá entregar ao Itaú as folhas de cheque que possuir ou apresentar declaração de que as inutilizou. Além disso, deverá manter na sua conta saldo suficiente para pagamento dos compromissos assumidos. O Itaú enviará a você, por correio ou por meio eletrônico, aviso com a data do efetivo encerramento da conta. Saiba mais sobre como tratamos dados pessoais nas Condições Gerais e na Política de Privacidade.

Consultas, informações e transações, acesse itau.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais ligue para o SAC: 0800





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03740.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro da Ocorrência Policial Nº 03740.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:46 horas do dia 15 de setembro de 2020, 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 Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Manuel Quirino da Silva**, CPF nº 056.743.174-61, nacionalidade brasileira, identidade de gênero masculino, filho(a) de Terezinha Neuman da Silva e Jose Quirino da Silva, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 02/02/1978 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cafula, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Pedro Régis/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-6168.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Cafula, Zona Rural, Pedro Régis/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/11/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

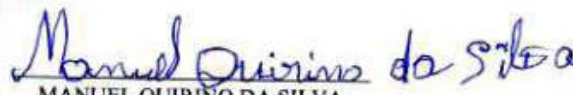
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 02/11/2019, POR VOLTA DAS 17:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2011, PLACA NQA-1694/PB, REGISTRADA EM NOME DE SEVERINO QUIRINO DA SILVA, NO SÍTIO CAFULA, PEDRO RÉGIS/PB, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DE SUA MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MESMA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE RADIO DISTAL, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JORGE AUGUSTO.

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, 15 de setembro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


MANUEL QUIRINO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 03740.01.2020.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 056.743.174-61 4 - Nome completo da vítima: Manuel Quirino da Silva

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

5 - Nome completo: Manuel Quirino da Silva 6 - CPF: 056.743.174-61
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Sitio Lafula 9 - Número: SN
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pedro Regis 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58273-000
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\$1.001,00 ATE R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 8754 CONTA: 47671

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 sem limite de tempo, 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 provimento 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 do IML da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a causa decorrente do acidente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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(s) (anexar)? ☐ 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 decida a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro 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 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rúbrica pedido
36 - CPF legível de quem assina a rúbrica pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rúbrica pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 03/11/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

01/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320039269901

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANUEL QUIRINO DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

CONTA: 000000047671

Número da Autenticação

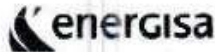
E75879B8B228D0D6EC4ABE5303548B767B5114185DD285F0092856E7931AC4C4



CELENO LUMPIROS DA SILVA
RUA ACIDENTE 424 - INSTALADORA 11 - VILA JOSE MARQUES
JORD/PESSOAFISICA 58296384-51

CPF/CNPJ 362 343 244-54

Grupo COMERCIAL BALSA TENDÃO / Sanguin, RJ
Classe COMERCIAL Subclasse OUTROS SERVIÇOS
Ligação MONOFÁSICA
Ratão 12,5 - 240 - 430 - 110/220V/50Hz



CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 90010710694

VALOR DA FATURA R\$ 110,15	VENCIMENTO 27/10/2020
REFERÊNCIA Out / 2020	CONSUMO 133kWh 3,16 kWh MÉDIA DIÁRIA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

CC	DESCRIÇÃO	Quant	Tarifa	Valor	Base	Alíq.	Alíq.	ICMS Base	Clas.	PS (R\$)	dfm (R\$)
			Totale	Total	ICMS	ICMS	ICMS	(R\$)	PS (R\$)	dfm (R\$)	
001	CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	133,00	0,88	117,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
002	CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINAÇÃO	1,00	0,24	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCT Código de Criação da Fatura do Item: 10710 13 104 81 26 22 104 81 0 88 3 22
Tarifa de Transmissão: 0,882118

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Período	Consumo (kWh)	Descrição	Valor (R\$)
Out/19	201	Serviço de Out da Energisa PE	20,80
Nov/19	216	Compra de Energia	32,81
Dez/19	186	Serviço de Transmissão	2,80
Jan/20	214	Serviço de Transmissão	3,37
Fev/20	196	Serviço de Transmissão	3,37
Mar/20	126	Serviço de Transmissão	3,37
Abr/20	126	Serviço de Transmissão	3,37
Maio/20	111	Serviço de Transmissão	3,37
Jun/20	111	Serviço de Transmissão	3,37
Jul/20	119	Serviço de Transmissão	3,37
Ago/20	95	Serviço de Transmissão	3,37
Sep/20	119	Serviço de Transmissão	3,37
Out/20	133	Serviço de Transmissão	3,37
Méda	156	Serviço de Transmissão	3,37

INDICADORES DE QUALIDADE			
Métrica	Atualizado	Meta	Limite
Índice de Qualidade de Energia Elétrica (IQEE)	99,99	99,99	99,99
Índice de Qualidade de Serviço (IQS)	99,99	99,99	99,99
Índice de Qualidade de Atendimento (IQA)	99,99	99,99	99,99
Índice de Qualidade de Instalação (IQI)	99,99	99,99	99,99

ATENÇÃO
Para preservar sua saúde e a dos outros, evite aglomerações e evite sair de casa sem máscara.
WhatsApp: (81) 99126-6040

ENERGISA PARABÉNS! O PRECÍDUO DE ENERGIA S/A - 50.720-410-25 - Cota de Produção - João Pessoa/PB - CEP 58071-620
CNPJ 09.915.000/0001-40 - Ins. Est. 16.015.173-5
João Pessoa/Conta de Energia Elétrica 12522.315-40 - Em vigor 20/10/2020
O VALOR DA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA fica disponível para consulta e pagamento a partir de 20/10/2020

PARABÉNS! O PRECÍDUO DE ENERGIA S/A - 50.720-410-25 - Cota de Produção - João Pessoa/PB - CEP 58071-620
CNPJ 09.915.000/0001-40 - Ins. Est. 16.015.173-5
João Pessoa/Conta de Energia Elétrica 12522.315-40 - Em vigor 20/10/2020

PARABÉNS! O PRECÍDUO DE ENERGIA S/A - 50.720-410-25 - Cota de Produção - João Pessoa/PB - CEP 58071-620
CNPJ 09.915.000/0001-40 - Ins. Est. 16.015.173-5
João Pessoa/Conta de Energia Elétrica 12522.315-40 - Em vigor 20/10/2020

PARABÉNS! O PRECÍDUO DE ENERGIA S/A - 50.720-410-25 - Cota de Produção - João Pessoa/PB - CEP 58071-620
CNPJ 09.915.000/0001-40 - Ins. Est. 16.015.173-5
João Pessoa/Conta de Energia Elétrica 12522.315-40 - Em vigor 20/10/2020

PARABÉNS! O PRECÍDUO DE ENERGIA S/A - 50.720-410-25 - Cota de Produção - João Pessoa/PB - CEP 58071-620
CNPJ 09.915.000/0001-40 - Ins. Est. 16.015.173-5
João Pessoa/Conta de Energia Elétrica 12522.315-40 - Em vigor 20/10/2020





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 83 | 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/BIBLIOTECABEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PÊNAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 99.618/98.

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

Manuel Quirino da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.743.174/61

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Manuel Quirino da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.743.174/61, 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 Pixal 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>	Tel (DDD):	<u>(83) 986634900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB

Assinatura do Declarante



URA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO EURITY

RUA FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX:) - CNPJ:

Ficha Nr: 275578

Atd: Nao Regul

Data: 02/11/2019

Hora: 20:58:36

Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MANUEL QUIRINO DA SILVA

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 708003823487426 Sexo: M IDENTIDADE: 2546104 Fone: 991557867

Natural: JACARAU/PB Data Nasc.: 02/02/1978 Id: 41 ano(s)

End.: SITIO CAFULA, 00

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PEDRO REGIS UF: PB

Mae: TEREZINHA NEUMAN DA SILVA

Pa: JOSE QUIRINO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MANUEL QUIRINO DA SILVA

St. Resp. Responsavel: 991557867 / IDENTIDADE: 2546104

Procedencia: HOSPITAL DE PEDRO REGIS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

TRAUMA NO FUNHO E

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

GF: EGA curvado, curvado

Diagnostico: GIKO ABIL, JUDICIA Conduta

Prescricao:

BSUA PESSOA E ESTADIA

Horario da medicacao

cd: Rx

Dr. Flávio Henrique Loyola
Traumatologia / Ortopedia
CRM-PB 10.215



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>MANUEL GOMES</u>		Data da Admissão: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Prontuário: <u> </u>	Idade: <u> </u>	Enfermaria: <u> </u>	Leito: <u> </u>
Nome da Mãe: <u> </u>			
Endereço: <u> </u>		Bairro: <u> </u>	
Cidade: <u> </u>	Estado: <u> </u>	Fone: <u> </u>	Profissão: <u> </u>
Sexo: F () M ()	Cor: <u> </u>	Estado Civil: <u> </u>	Religião: <u> </u>
Escolaridade: <u> </u>		Data de Nascimento <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
QPD: <u> </u>			
HDA: <u> </u>			
<u>POD + REFORMAÇÃO PUNHO (350)</u>			
<u>RE + PUNHO (350)</u>			
Medicações em uso: <u> </u>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso <u> </u> Kg em <u> </u> ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: <u> </u>			
Pele: <u> </u>			
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: <u> </u> Visão: <u> </u>			
AR e ACV: ☐ Dor <u> </u> ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema <u> </u> Outros: <u> </u>			
ABD: ☐ Dor <u> </u> ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume <u> </u>			
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: <u> </u>			
SME: ☐ Dor <u> </u> ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos <u> </u>			
SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade <u> </u> ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor <u> </u>			





ie: Manoel Quirino da Silva		Registro:	
e: 41A	Sexo: M	EMP:	LR:
Cor:		Clínica: Traumatologia	
Data: 13/11/2019		Cirurgião: Jorge Augusto	
Assistente: Alexandre Galvão		2º Assistente:	
Instrumentador:			
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
Fratura do Rádio Distal		S52.5	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
O mesmo			
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)		CÓDIGO	
Redução Cruenta + Fixação Interna			
cidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não			
escreva:			
lópia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não			
ncaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:			
(X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato			
Cirúrgico			

Rua Ag. Frital José Costa Duarte, 384, CEP 58066-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Gartoteamento de membro superior ao nível do 1/3 médio do braço
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:
Incisão em região volar e distal para acesso ao rádio
Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do rádio distal

Conduta:

Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos
Aposição de 01 placa + 4 parafusos

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho
Fechamento por planos
Curativo
Retirada de gartoteamento de membro superior
Observada boa perfusão periférica
Tala axilopalmar gessada

OBS:

Data: 13/11/2019

Dr. Jorge Augusto
Cirurgião
CRM 91727 - PB
30/10/2019
Médico/CRM

Rua Ag. Frital José Costa Duarte, 384, CEP 58066-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TANQUE BURITI



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME NOME	Quirino da Silva	PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA Ortopedia
DATA DE ADMISSÃO	02/11/2019	DATA DE ALTA	13/11/2019
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Fratura do Rádio Distal		CID S52.5
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	O mesmo		
OUTROS DIAGNÓSTICOS	OS		
PRINCIPAL EXAME	EX: punho demonstrando solução de continuidade óssea do rádio distal		
TERAPIA FARMACOLÓGICA	AMENTOSA		
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO DE FERIDA	() SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO
RESULTADO DE AVALIAÇÃO	LOGIA		
CONDIÇÃO DE ALTA	(X) MELHORIA () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()		
ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cirúrgica + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações em relação ao uso de medicação antiabiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade do tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOSIÇÃO:
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 local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar

MEDICAMENTOS PARA CASA: Vinovo ou Deocil

RETORNO:
Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão.

Dr. Jônatas Augusto
Ortopedia / Traumatologia
CRM 27.766
CPA 2010-PE

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 Ministério da Justiça
 Departamento Nacional de Identificação

VALORES DAS FOLHAS
 D IDENTIFICAÇÃO NACIONAL
 1009001575

NOME
 JOSE EDUARDO DA SILVA

RG
 1054582

CPF
 455.536.024-91

DATA NASCIMENTO
 02/04/1967

RESIDÊNCIA
 JOSEFA CERVASIO DA SILVA

PERMANÊNCIA
 10/11/2014

ACESSO
 10/11/2014

CLASSIFICAÇÃO
 AD

1º ENDEREÇO
 007241531R2

2º ENDEREÇO
 10/11/2014

3º ENDEREÇO
 06/04/1982

ASSINATURA

1009001575

PROCURADOR PLASTIFICAR

LOCAL
 ICAO PESSOA, PB

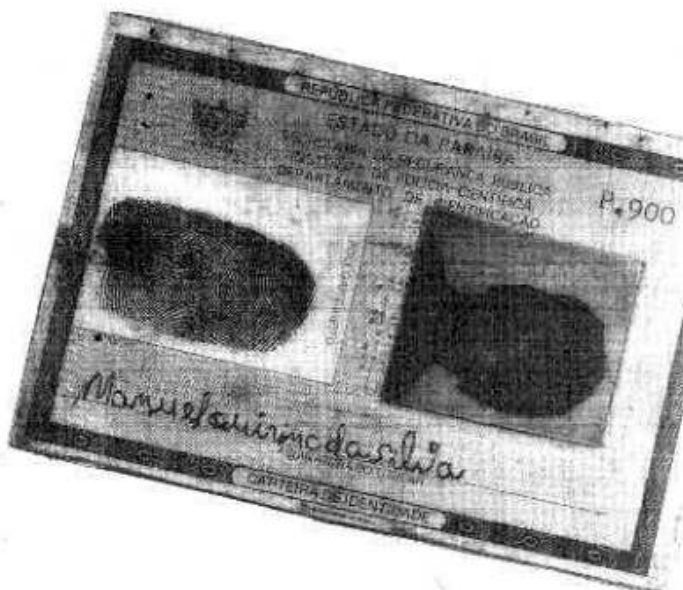
DATA EMISSÃO
 11/11/2014

60378988469

PB025545609









PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200392699 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANUEL QUIRINO DA SILVA **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. P.2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.3,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DE 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: 3200392699 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANUEL QUIRINO DA SILVA **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. P.2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.3,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DE 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: Manoel Quirino da Silva brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Sit. Cambaribe nº 518 bairro Centro Município de Pedro Régis Estado de (o) PA Cep 58278-000 portador(a) do Rg nº 2546304 SSP/ PA e CPF nº 056.743.174-61

Outorgado: João Eduardo da Silva brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agemê Fiscal J. Costa Duarte, 157 bairro Mangabeira Município de João Pessoa Estado de (o) PB Cep 58056-384 portador (a) do RG nº 3054562 SSP/ PB e CPF nº 455.536.009-93

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) Manoel Quirino da Silva ocorrido em 02/11/19 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza civilidade

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 29 de outubro de 2020

Manoel Quirino da Silva
Outorgante
CPF Nº 056.743.174-61

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311868/20

Número do Sinistro: 3200392699

Vítima: MANUEL QUIRINO DA SILVA

CPF: 056.743.174-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: MANUEL QUIRINO DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

MANUEL QUIRINO DA SILVA : 056.743.174-61

Autorização de pagamento

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: 18/11/2020

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311868/20

Vítima: MANUEL QUIRINO DA SILVA

CPF: 056.743.174-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: MANUEL QUIRINO DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
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

MANUEL QUIRINO DA SILVA : 056.743.174-61

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: 03/11/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

