



Número: **0841385-48.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ISAC HENRIQUE DE VASCONCELOS (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38404 120	14/01/2021 15:13	<u>Petição</u>	Petição
38404 123	14/01/2021 15:13	<u>2661612_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
38404 124	14/01/2021 15:13	<u>2661612_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:13:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415131333500000036623704>
Número do documento: 21011415131333500000036623704

Num. 38404120 - 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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267157 **Vítima: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS**

Data do Acidente: 13/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14163850

Pag. 01519/01520 - carta_01 - INVALIDEZ



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

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267157 **Vítima: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS**

Data do Acidente: 13/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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

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: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 0000010379-1

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, retorno 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.

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00046.01.2019.1.02.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00046.01.2019.1.02.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:56 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 2^ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por José Romero Cavalcanti de Albuquerque Lobo, Agente de Investigação, matrícula 809861, ao final assinado, compareceu **Isac Henriques de Vasconcelos**, conhecido(a) por Isac, CPF nº 109.716.074-27, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Luzinete Henriques Vasconcelos e Antonio Marcos de Vasconcelos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/07/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Absalão Marques da Fonseca, Nº 195, complemento CASA, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Próximo Ao Cemitério, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98742-0919.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Cagepa, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/12/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE O NOTICIANTE NO DIA 13/12/2018, POR VOLTA DAS 08:00 HORAS SE ENCONTRAVA NA BR-230, PRÓXIMO A CAGEPA, CONDUZINDO O VEÍCULO DE MARCA/MODELO HONDA CG 125 FAN KS, DE PLACA QFL-7429/PB, DE COR PRETA, ANO/MODELO 2015/2015, CHASSI 9C2JC4110FR307035, REGISTRADA NO DETRAN/PB EM NOME DO NOTICIANTE, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CAMINHÃO QUE NÃO TEM COMO DESCREVER AS CARACTERÍSTICAS, TENDO EM VISTA O MESMO NÃO TER PARADO PARA PRESTAR AUXILIO (FUGIU DO LOCAL) REALIZOU MANOBRA INDEVIDA E SEM A ATENÇÃO, TENDO TRANCADO O NOTICIANTE QUE CHEGOU A CAIR AO SOLO CAUSANDO VARIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO, ONDE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA E POSTERIORMENTE PARA O TRAUMINHA, E INCLUSIVE TEVE DE SE SUBMETER A DUAS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS CONFORME LAUDO MÉDICO, MOTIVO PELO QUAL VEM REGISTRAR O FATO.

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, 05 de abril de 2019.


Jose Romero Lobo
AGT. Investigação
Mat. 80.986-1

**JOSE ROMERO CAVALCANTI DE
ALBUQUERQUE LOBO**
Agente de Investigação


ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS
Noticiante

 **COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

09 ABR. 2019

PROTOCOLO
Procedimento Policial: 00046.01.2019.1.02.000
AG. JOÃO PESSOA

1/1





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 ASI: 10971607427 Nome completo da vítima: Isaac Henrique de Vasconcelos
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012
 Nome completo: Isaac Henrique de Vasconcelos CPF: 109.716.074-27
 Profissão: Recusado Número: 195
 Bairro: Tibiri Endereço: Rua Alvalaõ Marques da Fonseca
 Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58000-000
 E-mail: Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.101,00 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\$3.001,00 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: 10379

(Inserir o dígito de exame)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito de exame)

(Inserir o dígito de exame)

Autorizo a Seguradora Lider 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, autorização 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 da Seguro DPVAT, ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 60 (sessenta) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, sem a apresentação da documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica da Seguradora Lider para varredura da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei n.194/74, art. 59, §1º, devendo o que esta autorizada, assinar o termo de revista concordânia com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso decorre do seu cumprimento.

COMPREV PREVIDÊNCIAS/A

09 ABR. 2019

PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado. Juiz de Direito: _____ Vara: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não | Se tinha filhos, informar quantos, vivos: _____ Falecidos: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morta éguais beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que cumprirá a lei, os devidos procedimentos para gerir a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 26 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 09/04/19
 Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura
 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

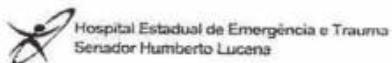
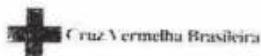
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018



AV. DRESTES LISBOA, 51 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1128873



Identificação do paciente				
ID 1355407	Nome ISAC HENRIQUE DE VASCONCELOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 14/07/1996	Idade 22 anos 4 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe LUZINETE HENRIQUE VASCONCELOS				Pai ANTONIO MARCOS DE VASCONCELOS
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987420919	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3934314	Nº Crs		
Local de procedência BR 230		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58300103	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro DOUTOR FONSECA	
Número 195	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 13/12/2018 08:46:17	Número da pulseira 100006840906	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos Pct exs, esguicho, crenita, segue os eudiotos.				
Diagnóstico				CID
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA				Tempo 02min 01seg

Imprimir



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: 24/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000010379-1

Nr. da Autenticação 594A6B4CB34C74A5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:13:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415131420800000036623707>
Número do documento: 21011415131420800000036623707

Num. 38404123 - Pág. 6

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento via e-mail. Fazenda
Documento via e-mail. Fazenda
Pode ser impresso e enviado para impressão ou impressão.



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 89.095.183 / 0005-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO MARCOS DE VASCONCELOS
RUA ABSALAO MARQUES DA FONSECA 195
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/838849-8

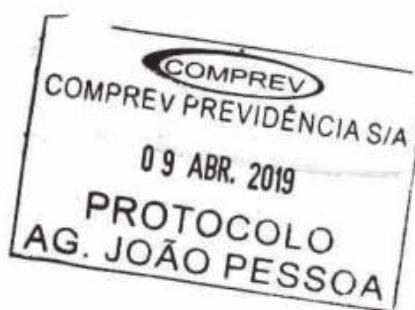
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2019	26/03/2019	190	02/04/2019	R\$ 135,99

Acesse: www.energisa.com.br



ANTONIO MARCOS DE VASCONCELOS
Roteiro: 16-009-327-5120
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/04/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
02/04/2019	R\$ 135,99	838849-2019-00-0



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:13:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415131420800000036623707>
Número do documento: 21011415131420800000036623707

Num. 38404123 - Pág. 7

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA ADRIEN F. JOSÉ COSTA DA ARTE, 757 SALA 05 - MANDACARU
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58060-094 (AC: 1)

Emissão: 27/01/2019 - Referência: 1007019
Classe/Série: COMERCIAL / COMERCIAL / MONOCÍRCICO
Número: 1245-172-451 - Periodo: 01/01/2019/26/01/2019

ENERGISA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B200 KM2 Centro/Bento/CEP 58070-000
CNPJ: 06.163.000/0014-40 - INE: 16.018.625-0
Sociedade de Planejamento e Gestão (SPG) - CNAE: 5047-0
Cód para Out. Automático: 00016382887

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

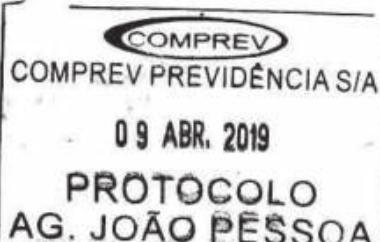
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.842.224-45

UC (Unidade Consumidora): **5/1698358-7**

Canal de contato
Quer resultados da conta de Luz? Acesse nossos canais digitais, não se preocupe com a conta de gás! Eletrônico e digital sem necessidade de sair de casa! O máximo de resultados possíveis de uma só vez é só! Se esquecer de pagar as luzes ou gás dos ambientes.



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
15012196	3616	3710	702	31
Demonstrativo				
CD - Descrição	Quantidade Total:	Verificada:	Av. (m³/h) Básicas: 70,00; Cotação:	
	Tributo Total:	0,00	Av. (m³/h) Básicas: 70,00; Cotação:	
0001 - Consumo kWh	202.000,00	164.17	164.17 36 46,04 164.17 138 920	
0007 - CONTRIBUIÇÃO SERVIÇO	1108	190 4 666 902 000 010		



CD: Código Classificação do item - TOTAL

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
161	28/01/2019	R\$ 195,22

Histórico de Consumo (kWh)

44	1.25	1.46	1.59	2.21	1.222	1.307	1.421	1.784	1.224	1.222	1.222
Jan/18	Fev/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18

85f1 69f1 dd42,d3c2 aaed 644b.9cc1 f932

Indicadores de Qualidade (100% Marca)

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIAMONIAL	6,10	0,60
DIATRIMESTRAL	10,36	NORMAL
DIANUAL	22,44	220
FIOMONIAL	3,75	CONTRATADA
FIOTRIMESTRAL	6,45	LIMITES INFERIORS
FIANUAL	12,45	LIMITES SUPERIOR
TIOMONIAL	2,94	0,02
TIANUAL	12,22	

Descrição	Valor (R\$)	%
Carregador de Celular - 110V	00,24	22,00
Comodinheira	04,74	97,91
Carregador de Celular	7,01	1,65
Envelopamento	11,65	1,45
Impressora - 110V	22,92	94,59
Tomada	0,00	0,00
Total	196,22	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Faturas em atraso

PERÍODO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28/01/2019	R\$ 195,22	

83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8





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 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Isaac Henrique de Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.716.074, 27,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Isaac Henrique de Vasconcelos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.716.074, 27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

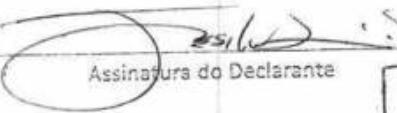
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José C. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>Changabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>
E-mail:							

Local e Data:

João Pessoa - PB 09/04/2019

Assinatura do Declarante


COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DLDR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:13:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415131420800000036623707>
Número do documento: 21011415131420800000036623707

Num. 38404123 - Pág. 9



CERTIDÃO

26/05
Nº. 0517/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de 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 189995 e Prontuário nº 2018.12.001528 pertencente ao ISAC HENRIQUE DE VASCONCELOS foi atendido dia 13/12/2018 ás 18h31min, vítima de colisão de moto x moto, apresentando trauma em membro inferior esquerda e direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de radio distal esquerdo fratura do olecrano direito. Realizado procedimento cirúrgico no dia 19/12/2018 e 22/12/2018 com alta médica dia 18/12/2018.

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

João Pessoa, 11 de abril de 2019

Dr. Fabiana Fernandes de Araújo
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



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

Ficha Nr: 189995
Data: 13/12/2018
Hora: 18:31:03
Repcionista: G
Clinica: ORTOPED

DADOS DO PACIENTE

Nome: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 10971607427 Fone: 987833004

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/07/2006 Id: 12 ano(s)

End.: RUA ABSALAO MARQUES DA FONSECA, 195 PACIENTE SEM CARTAO SUS

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

Mae: LUZINTE HENRIQUES VASCONCELOS Pai: ANTONIO MARCOS DE VASCONCELOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU C

Resp.: MAE

Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pratica: HOSPITAL TRAUMA HUMBERTO LUCENA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE

PA: FR: [X] Aparentemente Bem [

FC: TP: [] Politraumatizado [

Peso: Altura: [] Hemorragia [

Glicemia: IMC: [] Diarreia [

Circ. Abd: O2%: [] Regular [

[] Vomito [

Queixa Principal Observacao

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEEETSHL COM FRATURA MMSS, CONFORME PACTUACAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Encontrado do trauma, fractura do punho e o cotovelo

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

|

|



DATA E HORA | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Psicologa - 19/12/2018

Realizo aconselhamento no teste
anti-HIV divulgado acidente, pacifico - visitante
com opiniões de saúde.


Renata Camilini Barros
Psicóloga
CRF 13/5324

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 11/01/2021

Nome: ISAC Henrique
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: Dono de casa (E) e casado

HDA: Presente dor de mal de cabeça
Presente dor, estreus e
dores em punhos (E) e costas

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epi-tonsílites []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia []Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Respiração []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematemese []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de peso []

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hidrope []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade []Amnésia []Libido []Humor _____

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:13:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415131420800000036623707>
Número do documento: 21011415131420800000036623707

Num. 38404123 - Pág. 13

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg

FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

*+ Tumor reto distal (E)**+ Tumor óbvio (D)*

Conduta:

Intervento D/ Cirurgia.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<i>Isac Henrique de Souza</i>			Registro:			
Idade:	22	Sexo:	<i>M</i>	Cor:	Clinica:	EMP:	
Data:	19/12/18	Cirurgião:	<i>Dr. Tourilhão</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:	<i>Aurélio</i>			3º Assistente:	Instrumentação:		
Anestesista:				Tipo Anestesia:	<i>Blom</i>		Horário:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Ex da olecrano

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CTFI (Banda de Tagore)

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante

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



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição DDTI sobre anestesia Negr.
Aspiração e Bisturíscopos
Aspiração e campos ester.

Incisão:

Incisão clínica da clínica

Achados:

fx do colágeno comum

Conduta:

Realizado maórtex à Redução
e passagem de 2 fios de Kirschner
ao aberto à altura de realizada Banda
de Tensão.

Procedimento feito por escopos

Fechamento: Fecho metálico com sutura e sutura
e tala.

OBS:

Falta aferidor rádio distal (C)

Data: 19/12/18

Dr. Valdebar Carvalho Jr.
Médico - CRM 7692
CNS 200046990960019
MÉDICO CRM

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Iree		Hort'apue	Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:
Data:	Cirurgião:	H. Félix		1º Assistente: 2
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

H. Félix

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

6 ur

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

Ressecção + fixo
Dore.

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o A		

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



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

P. deitado frontal

Incisão:

Red. incisão

Achados:

fix. ven. fórm. c/ hér. (1)

Conduta:

Cirurgia + Colhe

Fechamento:

OBS:

Data: 22/12/18

DR. SUELIO MOREIRA TORRES
CRM-PB 53954
14654
9876

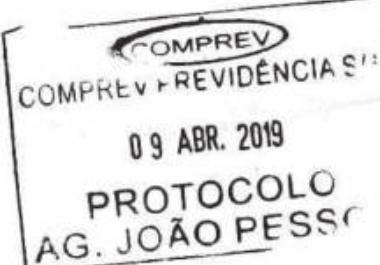
MÉDICO/CRM

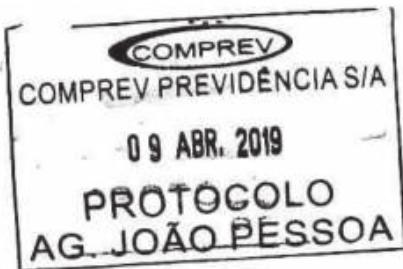
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:13:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415131420800000036623707>
Número do documento: 21011415131420800000036623707

Num. 38404123 - Pág. 18





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:13:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415131420800000036623707>
Número do documento: 21011415131420800000036623707

Num. 38404123 - Pág. 20

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PÓR SUA CARGA,
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVA
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.saguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	19971607427	CPF / CNPJ	2018 05/09/																					
RENAVAM	1067694673	HONDA/CG 125 FAN KS	DE17120																					
ANO PAD	2015	Nº CHASSI	9C2JC4110FR307035																					
<p align="center">PRÊMIO TARIFÁRIO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">PREMIO</td> <td style="width: 33%;">SEGURO</td> <td style="width: 33%;">PAGAMENTO</td> </tr> <tr> <td>*****</td> <td>*****</td> <td>*****</td> </tr> <tr> <td>VALOR DO BILHETE: R\$</td> <td>ICP (R\$)</td> <td>VALOR DA FOLHA:</td> </tr> <tr> <td>*****</td> <td>SEGURO</td> <td>*****</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO</td> <td>PAGAMENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">COTA ÚNICA</td> <td>DATA DE PAGAMENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>04/09/2018</td> </tr> </table>				PREMIO	SEGURO	PAGAMENTO	*****	*****	*****	VALOR DO BILHETE: R\$	ICP (R\$)	VALOR DA FOLHA:	*****	SEGURO	*****	PAGAMENTO		PAGAMENTO	COTA ÚNICA		DATA DE PAGAMENTO			04/09/2018
PREMIO	SEGURO	PAGAMENTO																						
*****	*****	*****																						
VALOR DO BILHETE: R\$	ICP (R\$)	VALOR DA FOLHA:																						
*****	SEGURO	*****																						
PAGAMENTO		PAGAMENTO																						
COTA ÚNICA		DATA DE PAGAMENTO																						
		04/09/2018																						



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267157 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS **Data do acidente:** 13/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO OLÉCRANO DIREITO. (P5)
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. (P5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (BANDA DE TENSÃO NO OLÉCRANO /FIOS DE KIRSCHNER NO RÁDIO)
E ALTA MÉDICA. (P6 P7 P8 P9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO DIREITO E
MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267157 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS **Data do acidente:** 13/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO OLÉCRANO DIREITO. (P5)
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. (P5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (BANDA DE TENSÃO NO OLÉCRANO /FIOS DE KIRSCHNER NO RÁDIO)
E ALTA MÉDICA. (P6 P7 P8 P9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO DIREITO E
MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267157 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS **Data do acidente:** 13/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DA URNA DIREITA. (P6)
FRATURA BILATERAL DISTAL DO RÁDIO. (P3)

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVÍABILIZOU ESTABELECIER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

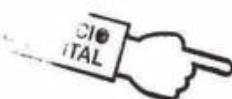
Outorgante: Isaac Henrique de Vasconcelos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão estudante, residente e domiciliado à Rua Abreus Marques de Freitas, nº 195, bairro Tibiri, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58800-000, portador(a) do RG nº 3134314, SSP/PB e CPF nº 309.716.074-27

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão agricultor, residente e domiciliado(a) à Rua Almirante Faria L. Costa Duarte, nº 357, bairro Macambira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58156-384, portador (a) do RG nº 3054562 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) Isaac Henrique de Vasconcelos, ocorrido em 13/12/18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza involuntário.

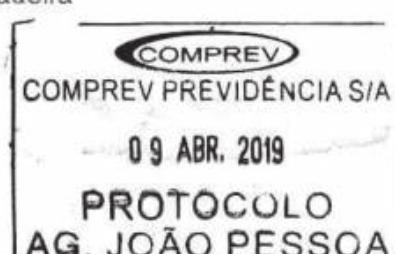
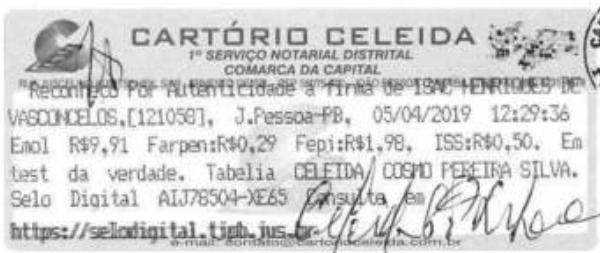
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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, 05, de abril de 2019.



Isaac Henrique de Vasconcelos
Outorgante
CPF Nº 309.716.074-27

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121070/19

Vítima: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

CPF: 109.716.074-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/12/2018

Titular do CPF: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS : 109.716.074-27

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 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: 09/04/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

JOSE EDUARDO DA SILVA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:13:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415131420800000036623707>
Número do documento: 21011415131420800000036623707

Num. 38404123 - Pág. 26

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121070/19

Número do Sinistro: 3190267157

Vítima: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

CPF: 109.716.074-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/12/2018

Titular do CPF: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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 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: 16/05/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:13:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415131420800000036623707>
Número do documento: 21011415131420800000036623707

Num. 38404123 - Pág. 27



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08413854820198152001

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ISAC HENRIQUE DE VASCONCELOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 21 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:13:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415131495600000036623708>
Número do documento: 21011415131495600000036623708

Num. 38404124 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:13:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415131495600000036623708>
Número do documento: 21011415131495600000036623708

Num. 38404124 - Pág. 2