



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
38404120	14/01/2021 15:13	<a href="#">Petição</a>	Petição
38404123	14/01/2021 15:13	<a href="#">2661612_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
38404124	14/01/2021 15:13	<a href="#">2661612_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14163850

Pag. 01519/01520 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

**Rio de Janeiro, 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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





**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 2ª 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 AUXÍLIO (FUGIU DO LOCAL) REALIZOU MANOBRA INDEVIDA E SEM A ATENÇÃO, TENDO TRANCADO O NOTICIANTE QUE CHEGOU A CAIR AO SOLO CAUSANDO VÁRIAS 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.

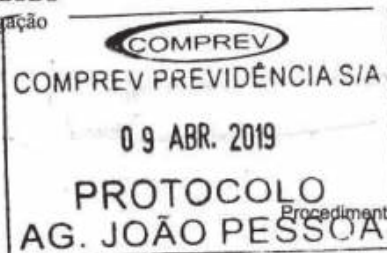
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2019.

José Romero Lobo  
AGT. Investigação  
Mat. 80.985-1

JOSÉ ROMERO CAVALCANTI DE  
ALBUQUERQUE LOBO  
Agente de Investigação

ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS  
Notificante



Procedimento Policial: 00046.01.2019.1.02.000







## 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: \_\_\_\_\_ CPF de vítima: 109.716.074-27 Nome completo da vítima: Isaac Henrique de Vasconcelos  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Isaac Henrique de Vasconcelos CPF: 109.716.074-27  
Profissão: Recusado Rua Albalade Marques da Fonseca Número: 195 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Tibiriri Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58000-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

RENTA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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): ☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 10379 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica e custos da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.194/74, art. 5º, § 1º, declarando que esta autorização é irrevogável e concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso decorrer do seu resultado.

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 ABR. 2019

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente

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

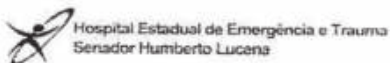
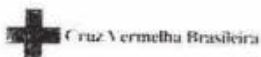
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Filhos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Pais/avós vivos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte iguais beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que atribuir o direito de declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 302 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 09/04/19  
Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.


FPS.001 V001/2018



AV. ORESTES LISBOA, sn - 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 Cns		
Local de procedência BR 230	Tipo 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	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos: <i>Relato, prontamente, executado, segue os exames.</i>  COREN-PB 132215-ENF				
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





# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não é exigência via de conta

Pesquisa para consulta pagamento em nosso site: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br) Nº 022.449.537

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-680  
CNPJ 09.695.183/0001-40 Insc.Est. 16.615.623-0

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/838849-8

## REFERÊNCIA

MAR/2019

## APRESENTAÇÃO

26/03/2019

## CONSUMO

190

## VENCIMENTO

02/04/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 135,99

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



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

## VENCIMENTO

02/04/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 135,99

## MATRÍCULA

838849-2019-03-0



Call para mais informações: 0800 40 40 40  
Site: [www.dia.com.br](http://www.dia.com.br)

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

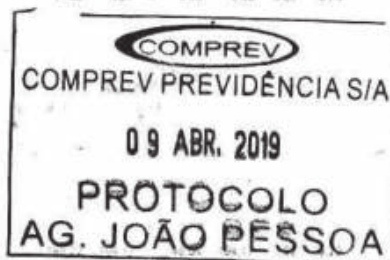
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Quer resultar a curta de Lú? Apode faturar considerável faturação e a porta da glória se abrirá sem necessidade de intervenção humana. Não é de bom alvore que a maioria dos músicos não consegue fazer isso, e se não, se esqueça de apagar as luzes ou se mudar ambientes.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Letra	Data	Letra	1	2	322			
Demonstrativo									
GO	Descrição	Quantidade Valor Valor de Venda Valor de Venda Valor de Venda Valor de Venda Valor de Venda Valor de Venda Valor de Venda							
GO01	Consumo de Energia	202.000,00	164,17	164,17	26	4.014	164,17	180	820
GO02	CONTRATO DE MANUTENÇÃO E SERVIÇOS								

 GO:0002404 class hierarchy as to term: | TOTAL |

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
---------------------------	------------	---------------

28/01/2019 R\$ 195.22

Histórico de Consumo (kWh)

44	125	4	100	221	222	107	226	196	224	222	222
Jan10	Feb10	Mar10	Apr10	May10	Jun10	Jul10	Aug10	Sep10	Oct10	Nov10	Dec10

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

Indicadores de Qualidade 11/2019 - Margabele

Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (\$)	%
0,1 MENOR	4,10	NORMAL	0,10 MENOR	4,10	23,00
0,1 TENSÃO FRAL	3,70		0,10 TENSÃO FRAL	3,70	21,81
0,1 TENSÃO	3,30		0,10 TENSÃO	3,30	19,55
0,1 MENOR	2,90		0,10 MENOR	2,90	16,49
0,1 TENSÃO FRAL	2,50		0,10 TENSÃO FRAL	2,50	14,33
0,02	2,10	0,02	TOTAL	146,22	100,00

[illegible]

## ATENÇÃO

**参考文献**

### Faturas em atraso

CARTELA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
---------	------------	---------------

Figure 12. 4. 3000, 4400

收稿日期:2004-04-28

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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu

Jose 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 109716074 / 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

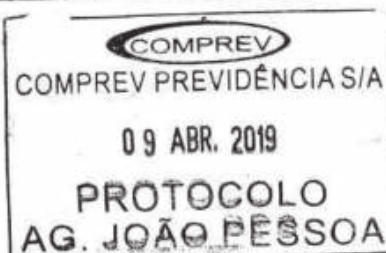
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58056-384</u>
E-mail: _____	Tel. (DDD): _____	

Local e Data:

João Pessoa - PB 09/04/2019

Assinatura do Declarante



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





## CERTIDÃO

Nº. 0517/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO 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 às 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de abril de 2019

  
Fabiana Fernandes de Araújo  
CARGO: LOGIA  
CRM/PB 4514  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, GOV. P. B. BURITY  
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  
Recepcionista: G  
Clinica: ORTOPED

DADOS DO PACIENTE

Nome: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.0

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 VAS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU CC

Resp.: MAE

Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: 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

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [

[ ] Vômito

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEEETSHL COM FRAT EM  
MMSS, CONFORME PACTUACAO

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*Encaminhado do Trauma,  
fratura do pulso @ e cotovelo @*

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horário da medicação



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Psicologia - 19/12/2018

Realizo aconselhamento no teste  
anti-HIV devido acidente, perfuro - cortante  
com exposição de sangue.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberaçao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residência [ ] Transferido [ ] Desistência [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: T SAC Henrique Data da Admissão: 11/01/2021

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

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

QPD: Dor em punho (E) e costela

HDA: Trombose de mto hda  
Apresenta dor, edema e  
em punho (E) e costela

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

**Interrogatório Sintomatológico:**

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

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

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

**AR e ACV:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ E  
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematê  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aum

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

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

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

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



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

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

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

Hipóteses Diagnósticas:

+ Infarto miocárdico distal (E)

+ Tumor ovariano (D)

Conduta: Internar em D / Cirurgia.







## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Lac Henrique de Jesus			Registro:
Idade:	22a	Sexo:	M	EMP:
Data:	13/12/18	Cirurgião:	Dr. Tourinho	1º Assistente:
2º Assistente:	Aurilio	3º Assistente:		Instrumenta:
Anestesista:		Tipo Anestesia:	Blapm	Horário:

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

fs de oleriano @

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

O mesmo

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

R.A.F. (Banda de Tensão)

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



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sobre a mesa de  
Assepsia + Antissepsia  
Exposição de campos ester

Incisão:

Incisão curva da ulna D

Achados:

Fx do coleirano comun

Conduta:

Redução manobra p/ Redução  
e passagem de 2 fios de Kirschner  
analgésicos à ulna e realizada Banda  
de Tension.

Procedimento guiado por imagem

Fechamento:

Fechamento com sutura + curativos  
e Tala.

OBS:

Falta abordar rádio distal (E)

Data:

19/12/18

Dr. Valdebar Carvalho Jr.  
Médico - CRM 7692  
CNS 200246990960019

MÉDICO/CRM

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





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Tree Antunes</i>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cx:	Clínica:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Fedeiro</i>	EMP:	
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente: <i>2</i>	
Anestesista: <i>B. Souza</i>	Tipo Anestesia: <i>gou</i>	Instrumentador:	
Horário:		I:	
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>			
<i>At. urina</i>			
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>			
<i>6 ur</i>			
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>			
<i>Des. nie + fist</i>			
<i>Dece.</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico		Descreva:	
1 ( ) Sim			
2 ( ) Não			
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 - PE



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	P. de alto fe
Incisão:	Inc. incant
Achados:	for ver fêmea c/ (u) (H)
Conduta:	Entrete + fêmea
Fechamento:	
OBS:	

Data:

02.12.18

CRP 14954  
OAB 9876  
SUELIO MOREIRA TORRES

MÉDICO/CRM

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





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

NOME  
ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

DOC. IDENTIDADE : CNH. RENOV. 07  
3934314 SEDE PB

CPF 109.716.074-27 DATA NASCIMENTO 14/07/1996

PERMISSÃO  
ANTONIO MARCOS DE VASCONCELOS  
LUZINETE HENRIQUES VASCONCELOS

PERMISSÃO ACIC CATIMA  
AB

Nº REGISTRO 06430291431 VALIDADE 24/11/2019 1ª HABILITAÇÃO 06/08/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1290211699

PROIBIDO PLASTIFICAR 1290211699

OBSERVAÇÕES  
EXERCE ATIV. REMUNERADA:

*Assinatura do Portador*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
JOÃO PESSOA, PB 11/08/2016

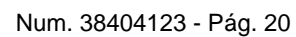
*Assinatura*  
81759838779  
PB033058016

DETRAN, PB (PARAIBA)

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



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



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 014201265630  
CERTIFICADO DE REGISTRO E ANOTAÇÃO DE VEÍCULO

VIA: 1 0106769467-3 00/00000000 2018  
CDDA RENAVAM: 201806000407084  
R/R LRC: 00/00000000

NOME: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

CPF / CNPJ: 10971607427 PLACA: QFL7429/PB

PLACA ANT. UF: NOVO PB 9C2JC4110FR307035

EQUIPE TIPO: CARROS/MOTOCICLIS/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS ANO: 2015

CAP. POT.: 2 P/124 /CI PARTIC COB. PREDOMINANTE: PRETA

COTAS: 1ª VENC. COTA ÚNICA: 00/00/0000 1ª VENC. COTAS: 1ª  
2ª VENC. COTAS: 2ª  
3ª VENC. COTAS: 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$): \*\*\*\*\* JOF (R\$): \*\*\*\*\* PRIMO TOTAL (R\$): \*\*\*\*\* DATA DE PAGAMENTO: 04/09/2018

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES: F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

ANTA RITA-PB 14303 05/09/2018 42650

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

PB Nº 014201265630 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA: 05/09/2018

VIA: 1 0106769467-3 00/00000000 2018  
CDDA RENAVAM: 201806000407084  
R/R LRC: 00/00000000

NOME: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

CPF / CNPJ: 10971607427 PLACA: QFL7429/PB

PLACA ANT. UF: NOVO PB 9C2JC4110FR307035

EQUIPE TIPO: CARROS/MOTOCICLIS/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS ANO: 2015

CAP. POT.: 2 P/124 /CI PARTIC COB. PREDOMINANTE: PRETA

COTAS: 1ª VENC. COTA ÚNICA: 00/00/0000 1ª VENC. COTAS: 1ª  
2ª VENC. COTAS: 2ª  
3ª VENC. COTAS: 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$): \*\*\*\*\* JOF (R\$): \*\*\*\*\* PRIMO TOTAL (R\$): \*\*\*\*\* DATA DE PAGAMENTO: 04/09/2018

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES: F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

ANTA RITA-PB 14303 05/09/2018 42650

**SEGURO LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 08.740.892/0001-04

42650-1204267-20180905



## 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 ULNA 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 INVIABILIZOU ESTABELECER 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: RAO 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:** João Henrique de Vasconcelos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão estudante, residente e domiciliado à Rua Abraão Marques de Sousa nº 195, bairro Tibiri, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58800-000, portador(a) do Rg nº 3534314, SSP/PB e CPF nº 109.716.074-27.

**Outorgado:** Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Monte Fiscal J. Catão Duque nº 357, bairro Marinho, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 1054562 SSP/PB e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Isaac Henrique de Vasconcelos, ocorrido em 13/12/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza involuntária.

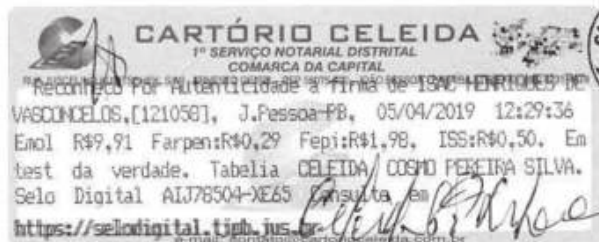
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim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



João Henrique de Vasconcelos  
Outorgante  
CPF Nº 109.716.074-27

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 13/12/2018

**Titular do CPF:** ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

**CPF de:** Próprio

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



## 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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISAC HENRIQUES DE VASCONCELOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA







EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



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