

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta nº: 11895444

A/C: TARCISIO VIANA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170574533 ASL-0408365/17

Vítima: TARCISIO VIANA DA SILVA

Data Acidente: 27/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2017

Carta nº: 11920374

A/C: TARCISIO VIANA DA SILVA

Sinistro: 3170574533 ASL-0408365/17
Vítima: TARCISIO VIANA DA SILVA
Data Acidente: 27/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11943348

A/C: TARCISIO VIANA DA SILVA

Sinistro: 3170574533 ASL-0408365/17
Vítima: TARCISIO VIANA DA SILVA
Data Acidente: 27/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170574533 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **TARCISIO VIANA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA EVANGÉLICA MARIA VENÂNCIO FERREIRA DE AGUIAR nº 202 - JOÃO PAULO II - JOAO PESSOA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 13164052**
Data local do exame: **10/11/2017 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO ACENTUADA DA SUPINAÇÃO, ROTAÇÃO E FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE DE PUNHO ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

PUNHO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 10/11/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do perito Examinador - CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

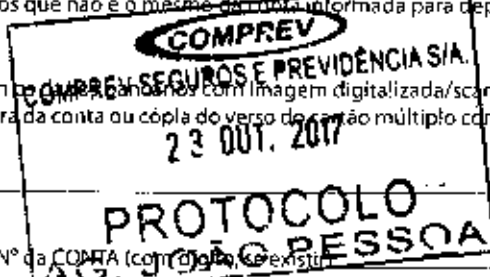
EU, TARCÍSIO VIANA DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.316.405 EXPEDIDO POR SP-05-PA EM 31/07/13 E
 CPF 651.086.394-49 / CNPJ _____, PROFISSÃO autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ mil e setecentos e noventa e nove reais (ou a QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Tarcísio Viana da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0053221-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Paulo 31 de agosto de 2017 Tarcísio Viana da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Tarcísio Viana da Silva, portador da carteira de identidade nº 1316-405 e inscrito no CPF sob o nº 651.086.394-49 residente e domiciliado na Av. Maria Venância Ferreira 202 Apto 202 Joas Pessoa II, Cidade Joas Pessoa Estado Paraíba, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

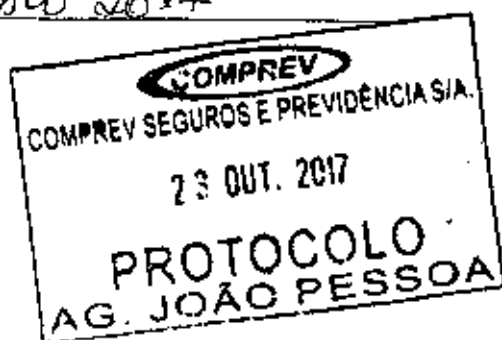
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Tarcísio Viana da Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Joas Pessoa, 31 agosto 2017

Local e data





Certificação de ato declaratório



CERTIDÃO

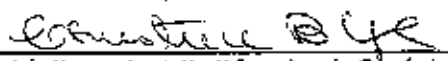
Nº. 0563/2017

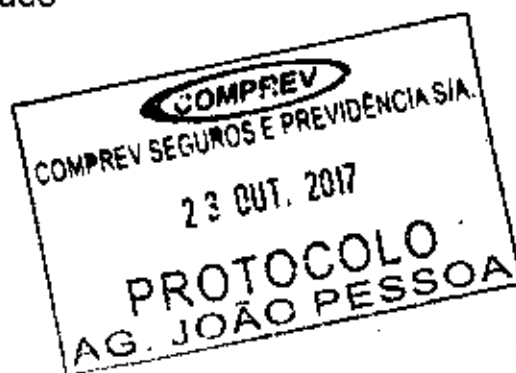
Atendendo solicitação de **TARCISIO VIANA DA SILVA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial de nº 1096 Prontuário Nº 2017.01.002101, pertencentes a ao requerente – foi atendido dia 27/01/2017 às 19h08min, vítima de atropelamento por moto, apresentando trauma em punho esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 06/02/2017 com alta a dia 08/02/2017.

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

João Pessoa, 08 de Maio de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



02

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: 11/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TARCISIO VIANA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000053221-7

Nr. da Autenticação DA711AD2A09DA37F



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Tarcísio Viana da Silva,

RG nº 1.316.405, data de expedição 31/07/2013,

Órgão SSDS - PB CPF nº 651.086.394-49 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

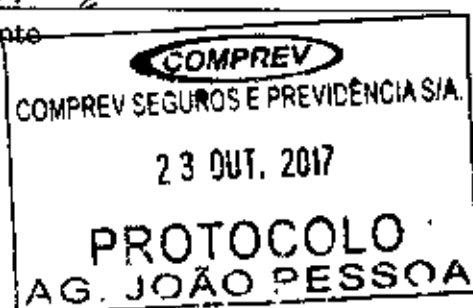
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Maria Venâncio Ferreira</u>
Número	<u>202</u>
Aptº / Complemento	<u>apto 202</u>
Bairro	<u>João Paulo II</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de contato	<u>83- 99342-1176/3512-8500/99105-5363</u>
E-mail	<u>alexandracarduarte@hotmail.com</u>

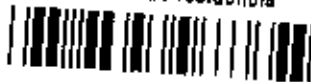
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / PB 31/08/2017

Tarcísio Viana da Silva

Assinatura do Declarante





ALEXANDER CESAR DUARTE
AV MARIA ROSA, 38
VILA MARIA
JOÃO PESSOA PB

Cidade
9076-13314867
OFICINA 92
04030278474

Verificação
25/07/2017
Forte de Seguros e Previdência S/A
bolso bancário

289,74



Importante:

Verificar sempre os telefones sempre
atualizados. Acesso restrito, apenas para
usuários autorizados.
Atenção: o documento de este serviço não
poderá ser usado para comprovar renda, bens,
qualquer outro fim de natureza pessoal.

- ☐ WIND NET
- ☐ CEO NET BOX HD COAF
- ☐ FID
- ☐ FOR SO VIRTUA LUM VLS
- ☐ ONE LUM COAF

Descrição	
NET TV	144
NET FONE	58
Itens Eventuais	79



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Tarcísio Vieira da Silva do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Tarcísio Vieira da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU

Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

Alexandra Cesar Duarte
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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

Ficha Nr: 1096 Atc: Nao Regulado
Data: 27/01/2017
Hora: 19:08:10
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SANT
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: TARCISIO VIANA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.01.002101

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1316405 Fone: 987705885

CNS

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/04/1969 Id: 47 ano(s)

858 0000 0101

End.: BAIRRO JARDIM EUROPA/ EUPIDIO DE ALMEIDA, 182

Bairro: CENTRO Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: MARIETA VIANA DA SILVA

Pai: ANTONIO BENO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: APOSENTADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Res.: FILHO TARCIO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL NA TRAUMA

Documentacao medico - hospital



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA DE ATROPELAMENTO EM SANTA RITA

Vitima de violencia por: NA PRACA GERTULIO VARGAS AS 12HRS

! ! Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacão de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Sem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

C. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Sinais Principais

Observacao

Paciente queixou-se de dor no braco direito devido
ao de atropelamento de uma moto

Cleismar Medeiros da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN 133157

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da Medica



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Paciente	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservado p/ Liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

[Handwritten signature] *91A*

ESTADO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

[Circular stamp: BRASILEIRO, 1978, 14/05/78, 14/05/78]



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Tomás Mangabeira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>02/05/17</i>	Cirurgião: <i>Dr. [assinatura]</i>			1º Assistente: <i>Dr. [assinatura]</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Tratamento de p/ digital de 2º dedo</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Tratamento cirúrgico</i>					
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 Ato Cirúrgico					

COMPREV
COMPREV SEGUROSSE PREVIDENCIA S/A.
23 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em decúbito dorsal
- ② Atrás da cabeça
- ③ Atrás da cabeça com a cabeça e a parte de corpo viradas para

Incisão:

- ④ Incisão longitudinal
- ⑤ Incisão longitudinal
- ⑥ Incisão longitudinal

Achados:

- ⑦ De decúbito e a cabeça virada para
- ⑧ De decúbito e a cabeça virada para

Conduta:

- ⑨ De decúbito e a cabeça virada para
- ⑩ De decúbito e a cabeça virada para

Fechamento:

OBS:

Dr. FRANCISCO ALDO LOPES
CRM 12345
Médico Residente Ortopedia

08/FEV

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-236

[Fingerprint]

[Signature]
ASSINATURA: TULLO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO DE REGISTRO: 1.316.403 -2 DATA DE EMISSÃO: 31/07/2013

TARCISIO VIANA DA SILVA

ANTONIO BENTO DA SILVA

MARIETA VIANA DA SILVA

NATURA: JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO: 29/04/1969

CASAM N. 3366 FLS. 66 LIV. 809
CARTORIO MAMANGUAPE-PB

CPF: 651.086.394-49

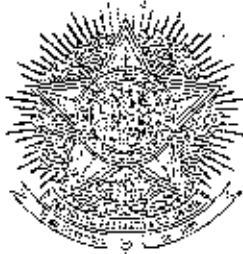
Assinatura do Diretor: *[Signature]*
Assinatura do Diretor: TULLO

LEI Nº 2.115 DE 29/08/62

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
23 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identidade
profissional, na forma prevista no
Regulamento Geral, é de uso
obrigatório no exercício da atividade
de advogado ou de estagiário e
constitui prova de identidade civil
para todos os fins legais.
(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 5/12/1994)

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

Conselho Seccional

da Paraíba

Inscrição nº

14438

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Filiação

ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Naturalidade

RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Data de Nascimento

21/08/1982

Data de Incorporação na OAB

12/12/2008

Data de Cadastro de Atividade

30/07/2007

Data de Expedição

12/11/2009

Jose Mario Porto Junior

JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE



07833220

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura do Titular da Carteira

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

Conselho Seccional

da Paraíba

Inscrição nº

14438

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Filiação

ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Naturalidade

RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Data de Nascimento

21/08/1982

Data de Incorporação na OAB

12/12/2008

Data de Cadastro de Atividade

30/07/2007

Data de Expedição

12/11/2009

Jose Mario Porto Junior

JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

23 OUT. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0408365/17
Vítima: TARCISIO VIANA DA SILVA
CPF: 651.086.394-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/01/2017
Titular do CPF: TARCISIO VIANA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

TARCISIO VIANA DA SILVA : 651.086.394-49

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2017
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF/CNPJ: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170574533 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TARCISIO VIANA DA SILVA **Data do acidente:** 27/01/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura do 1/3 distal do rádio direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170574533

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TARCISIO VIANA DA SILVA

Data do acidente: 27/01/2017

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO ACENTUADA DA SUPINAÇÃO, ROTAÇÃO E FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/11/2017

Conduta mantida:

Observações: OB S- MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Tarcisio Viano da Silva
 brasileiro(a), estado civil Casado, profissão
autônomo, CI RG nº 1.316.405
 CPF/MF nº 651.086.394-49 residente e domiciliado(a) à Rua
Av. Maria Venâncio Fereira, 202
 Cidade de João Pessoa - Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
83-99342-1170, 83-3512-8500.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58,
 Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
 para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
 por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
 o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
 necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
 Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
 responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
 documentos apresentados e disponibilizados a **COMPREV**.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 23 OUT. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 31 de agosto de 2017

Tarcisio Viano DA Silva

OUTORGANTE

OFÍCIO
 NOTARIAL



CARTÓRIO CELEIDA
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL
 COMARCA DA CAPITAL

Quilombo, 100 metros, Av. Bessa, 100, CEP: 58000-000, João Pessoa, PB, 55050-000
 Registro em Cartório de Notariado e Tabelionato de Notas e Protests
 SILVA, [97191], J. Pessoa, 15, 31/08/2017 09:47:46 Emol
 R\$9,23 Farpes: R\$0,27 Farpes: R\$0,85, ISS: R\$0,46. Em test de
 verdade. Tabela CELEIDA 02810, PEREIRA SILVA, Selo
 Digital: APO9654-1231. Condições: Em [8/8] de [8/8]
<https://selodigital.sistema.com.br/assinatura/assinatura.html>

