

---

**Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200036342**

**Vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA**

**Data do Acidente: 27/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ALAN PEREIRA BARBOSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036342

Vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALAN PEREIRA BARBOSA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ALAN PEREIRA BARBOSA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **00000544404-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 003042320704088.144-62 CPF da vítima: 704.088.144-62 Nome completo da vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA

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

Nome completo: ALAN PEREIRA BARBOSA CPF: 704.088.144-62

Profissão: RECUSO Endereço: SIT. PEDRA D'ÁGUA Número: S/N Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CATURITO/PB Estado: PB CEP: 58455-000

E-mail: Tel. (DDD): (83) 8805.6654

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 544404 2

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 22/01/2020

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



5067 2250 3539 4230

5067

VALIDO ATÉ

10/24

ALAN PEREIRA BARBOSA

0041 013 00544404-2

e!c





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



## CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 27/2020, na mesma continha o seguinte teor: quinta-feira, 9 de janeiro de 2020, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, às 08:30 horas, compareceu o Sr. Alan Pereira Barbosa, portador da cédula de identidade nº 4 137.652 Seds/PB, CPF nº 704.088.144-62, brasileira, natural de Boqueirão/PB, solteiro, com 21 anos de idade, filho de José Sérgio Pereira e de Joelma Barbosa Pereira, Cobrador, residente à (no) Sítio Pedra D'água, Área Rural de Caturite - PB, o qual notificou que, No término da tarde do dia 27 de julho do ano de 2019, por volta das 17:30 horas, se conduzia na motocicleta marca Honda/ CG 150 FAN ESI, cor vermelha, placa NQE 1047/PB e chassi nº 9C2KC1670BR544680, cadastrada em nome de José Flávio da Silva, saindo do trabalho, sentido a sua residência supracitada e, ao chegar próximo ao Mercadinho da Sra. Cícera ali existente, ao tentar livrar um veículo que encontrava-se parado no meio da pista, perdeu o controle e sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Emergência e Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde foi submetido aos procedimentos cirúrgicos, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 9 de janeiro de 2020.

*Everaldo Martins da Costa*  
Escrivão de Polícia Civil

*Alan Pereira*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 003042320704088.144-62 CPF da vítima: 704.088.144-62 Nome completo da vítima: ALAN PEREIRA BARBOSA

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

Nome completo: ALAN PEREIRA BARBOSA CPF: 704.088.144-62

Profissão: RECUSO Endereço: SIT. PEDRA D'AGUA Número: 5/N Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CATURITE/PB Estado: PB CEP: 58455000

E-mail: Tel. (DDD): (33) 8805.6654

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 544404 2

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 22 / 01 / 2020

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

# 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: 03/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ALAN PEREIRA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000544404-2

---

Nr. da Autenticação 74A08234A106AE44

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segurado na sua conta

Receba para sempre pagando na nota fiscal e conta de energia elétrica Nº 036.648.382



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-8

## DADOS DO CLIENTE

JOELMA BARBOSA PEREIRA  
SIT PEDRA D'AGUA S/N  
CATURITE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/89581-3

### REFERÊNCIA

JAN/2020

### APRESENTAÇÃO

04/01/2020

### CONSUMO

84

### VENCIMENTO

10/01/2020

### TOTAL A PAGAR

R\$ 33,52

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 10439.608174 6 81300000003352				
Pagador: JOELMA BARBOSA PEREIRA CNPJ/CPF: 055.219.294-52				
SIT PEDRA D'AGUA S/N - AREA RURAL - CATURITE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010439608	000089581202001	10/01/2020	R\$ 33,52	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**GOVERNO  
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 151850

DATA DA CIRURGIA: 06/08/2019

Número do Atendimento: 1953576 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 10 / Lei: 2

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

Nome do Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA

Data da Internação: 27/07/2019

Atendimento: 1953576

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE ESCAFOIDE ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: ☒ *memo*

Cirurgia: FIXACAO PERCUTANEA

Data da Cirurgia: 06/08/2019

**Equipe:**

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: FLÁVIO

Anestesista: ANTONIO RAFAEL SODRE CAMPOS DE ALMEIDA

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

**Descrição da Operação:**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
4. PASSAGEM DE FIO GUIA SOB ESCOPIA;
5. OSTEOSÍNTESE PERCUTÂNEA COM PARAFUSO DE HERBET SOB ESCOPIA;
6. CURATIVO + TALA LUVA.

Data 06/08/2019

Assinatura/Carimbo  
Euler Fabricio Alves Cruz  
Dr. Euler Fabricio A. CruzCRM: 151850  
Rég. Prof. 151850

07/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0001-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 07/08/2019

NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO  
DA PARAÍBA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ALAN PEREIRA BARBOSA

Data da Internação: 27/07/2019

Data da Alta: 07/08/2019

Registro: 1953576

Tempo de Permanência: -18105

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Fx ESQ Ferida

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 03/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM MÃO ESQUERDA, COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H, DAPIRONA 1G VO 8/8H CASO DOR

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 07/08/2019

Assinatura: Carimbo  
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito De Araujo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DE ARTEFATOS DE IDENTIFICAÇÃO



V-00  
P-900



Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

IMPRESSÃO DE DEDO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

4.137.652

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

18/12/2012

NOME

ALAN PEREIRA BARBOSA

FILIAÇÃO JOSÉ SÉRGIO PEREIRA

JOELMA BARBOSA PEREIRA

NATURALIDADE

BOQUEIRÃO-PB

DATA DE NASCIMENTO

10/04/1998

DOC ORIGEM

NASC.N.3946 FLS.141VS LIV.A 5  
CARTORIO CATURITI-PB

CPF

704.088.144-62

João Pessoa - PB

ASS

Assessor de Silva PMB  
Chefe do Departamento de Registro Civil

*João Pessoa*

LEI

DE 29/08/83

Alfonso Peres

DETRAN - RR  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

9670302116

1ª 3310517928 00/00000000 2012

JOSE FLAVIO DA SILVA

01183814402

NOE2104/PE

NOVA ANT. - UPE

9C2KC1670BR504680

PAS/MOTOCICLETA NAOP APLIC

ALCOA/CLASS

HONDA/CG 130-FAN-ES

2011

2011

2011/1497/CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA (PAGO EM

24/04/2012

VENC. COTAS

I  
P  
V  
A

1ª

2ª

3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO

PREMIO TOTAL (R\$)

P A G O

24/04/2012

SEM RESERVA DE DOMINIO

POQUEIRAO-PE

02/05/2012

35351

36170

DATA

36170

PB Nº 9670302116

BILHETE DE SEGURO DPVAT

01183814402

NOE2104/PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9670302116

02/05/2012

02/05/2012

1ª 01183814402

CNRJ

NOE2104/PE

3310517928 AL - HONDA/CG 130-FAN-ES

2011

2011

9C2KC1670BR504680

PRÊMIO TARIFARIO

AAAAA (R\$)

AA DETRAN (R\$)

AAAAA SEGURO (R\$)

PREMIO BILHETE (R\$)

SEGURO

P A G O

24/04/2012

COTA ÚNICA

PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

36170 CNPJ: 08.248.608/0001-04

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200036342 **Cidade:** Caturité **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALAN PEREIRA BARBOSA **Data do acidente:** 27/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 28/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ESCAFÓIDE ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 1/3/16\_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030723/20

**Vítima:** ALAN PEREIRA BARBOSA

**CPF:** 704.088.144-62

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 27/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ALAN PEREIRA BARBOSA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ALAN PEREIRA BARBOSA : 704.088.144-62**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020  
Nome: ALAN PEREIRA BARBOSA  
CPF: 704.088.144-62

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

ALAN PEREIRA BARBOSA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA