

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709344 **Cidade:** Bananeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO DA SILVA **Data do acidente:** 30/08/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA. P5
LUXAÇÃO TRANSESCAFOPERISEMILUNAR À ESQUERDA. P5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE. P4/6
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709344

Vítima: RONALDO DA SILVA

Data do Acidente: 30/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO DA SILVA

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, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709344

Vítima: RONALDO DA SILVA

Data do Acidente: 30/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **RONALDO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001444-3**

Conta: **000001000441-1**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 70042134473 4 - Nome completo da vítima: Renaldo da Silva

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

5 - Nome completo: Renaldo da Silva 6 - CPF: 70042134473
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R- Celina Pinto 9 - Número: 534 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nordeste I 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000
15 - E-mail: (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3444 3 CONTA: 3000-441 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas):
Nome do BANCO: _____
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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

34 - ☐ Não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

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

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 12/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Renaldo da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Poupance





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13899.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13899.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:01 horas do dia 05 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Ronaldo da Silva**, CPF nº 700.421.344-71, nacionalidade brasileira, profissão Estudante, filho(a) de Joseany Barbosa da Silva e Renato da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 07/02/1994 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Celina Pinto, Nº 534, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de Guarabira/PB, telefone(s) para contato (83) 98655-8205.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 103, Saída Para o Distrito de Tabuleiro., Bananeiras/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 30/08/19 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

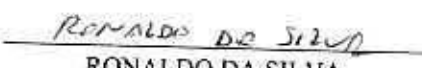
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 30/08/2019 por volta das 15:00 horas quando transitava, pelo PB 103; município de Bananeiras-PB; com o veículo tipo HONDA/CG 160 FAN ESDI ano e modelo: 2016/2016, de cor vermelha de placa: QFQ1876/PB CHASSI: 9C2KC2200GR079719 pertencente ao Sr. JOSÉ ROMUALDO DA SILVA portador do CPF: 092.399.504-86; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando se distraiu e sobrou numa curva. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo por terceiros para o HOSPITAL CLOVIS BEZERRA (HOSPITAL LOCAL) sendo transferido, em seguida, ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com o LAUDO MÉDICO RESUMO DE ALTA, FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA + FRATURA ESTILOIDE DO RÁDIO ESQUERDO + LUXAÇÃO DO SEMILUNAR DA MÃO ESQUERDA.: CID S52.5 + S52.2 + S63.0, conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. Klênio F. da Nóbrega CRM 11.094 PB.

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 dezembro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


RONALDO DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 70042134473 4 - Nome completo da vítima: Renaldo da Silva

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

5 - Nome completo: Renaldo da Silva 6 - CPF: 70042134473
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R- Celina Pinto 9 - Número: 534 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nordeste I 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000
15 - E-mail: (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3444 3 CONTA: 3000-441 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas):
Nome do BANCO: _____
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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

34 - (Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido)
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

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

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 12/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Renaldo da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Poupance



TRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-134 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 257898 Atd: Nao Regulado
Data: 30/08/2019
Hora: 18:35:57
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: RONALDO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.08.003450

CNS: 702508373790434 Sexo: M IDENTIDADE: 325734242 Fone: 986558205

Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 07/02/1994 Id: 25 ano(s)

End.: CONJUNTO MAJO AUGUSTO RIBEIRO, 00

Bairro: CENTRO Cidade: BANANEIRAS UF: PB

Mae: JOSEANY BARBOSA DA SILVA

Pai: RENATO DA SILVA

Ocupação: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Formações de Entrada: CARPINTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:

Doc. Responsavel: ENFERMEIRA KATIANNE AMALHO

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL CLOVIS BEZERRA

Transporte utilizado: QUEDA DE MOTO EM BANANEIRAS HJ AS 15/ HS

Ultima de acidente por: TAVA NO HORARIO DE TRABALHO COND VEIO DE AMBULANCIA

Ultima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Nível de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

EC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

NEGA ALERGIA

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
APRESENTANDO LUXACAO DE PUNHO E

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico SE AUMENTOU AS 17:00. Conduta

Prescrição

Queda de moto com trauma em punho (E)
GPO: Edema ++
ADM: Bom Ressonancia
NU: OK.
Rx do punho: Luxação bilateral grau IV.
ED: ① imob ② C.C para redução.

SE SEABRA
7124
TA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

R. Ronaldo da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01444-3

CONTA: 000001000441-1

Nr. Autenticação

BRADESCO0201202005000000000023701444000001000441236250 PAGO

JOSEANY BARBOSA DA SILVA
RUA CELINA PINTO, 534 - NOROESTE I
GUARABIRA / PB CEP: 58200-000 (RG: 33)

energisa

Local: MONOFÁSICO
Circuito: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Roteiro: 2 - 22 - 110 - 3650 Referência: Set / 2019
Medidor: 0003826641 Emissão: 19/09/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R-220, Km-25 - Chato Receptor - Jato Pessoa / PB - CEP: 58071-980
CNPJ: 09.062.124/0001-43 - Ins. Est. 15.610.820.0

Nota Fiscal: 1 - Energia Elétrica - ANEXO 110-954
Cod. para Dts. Automáticos: 00004297347

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	16/09/2019	16/10/2019	091.044.714-98 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/429734-7

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
PR-11.456, de 26.09.2007 (Lei 12.307)
Junto ao seu MOVIMENTO VACINA BRASIL, Supremacia em
64uge.gov.br/vacinebrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 16/09/19 Leitura: 13065	Data: 16/10/19 Leitura: 14127		122	32

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa de	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Valor (R\$)	Base (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Valor (R\$)	Colo (R\$)
001	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0.275500	8.265	0.28	27	2.23	0.28	0.63	0.38
001	Consumo - 31 a 100kWh-BR	79.333	0.472080	33.055	0.35	27	0.32	03.08	0.09	1.57
001	Consumo - 101 a 220kWh-BR	52.333	0.708450	37.087	0.37	27	6.12	22.97	0.02	1.03
001	Adc. B. Vermelho	4.81	4.81	27	1.30	4.81	0.05	0.05	0.22	
001	Suplido	42.95	42.95	27	11.00	42.95	0.42	1.86		
LAVAMENTOS E SERVIÇOS										
007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	1.55	1.55	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
004	JUROS DE MORA 09/2019	0.19	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
005	MULTA 09/2019	1.55	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
008	Devolução Substito	-19.87	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	

CC: Código de Classificação de Item TOTAL: 91.98 111.75 26.12 111.75 3.10 9.10
Tarifa de Tributo: Até 30kWh - 0.275500 Até 100kWh - 0.312080 Até 220kWh - 0.477810

Parcela	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
15%	23/09/2019	R\$ 91,96

Histórico de Consumo (kWh)

150	152	150	141	150	151	145	150	141	142	125
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19

RESERVADO AO FISCAL
eOff: ff61.1a72.e548.666c.50c1.930f.4d75

Indicadores de Qualidade 7/2019 - Sumário				Consumo Elétrico		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
NOMINAL	0.00	NOMINAL	220	Tempo de Det. de Energia PB	18.00	19.46
SEMANAL	17.83			Consumo de Energia	24.35	26.48
QUINZINAL	22.84			Requisito de Transmissão	3.25	3.54
SEMANAL	3.40			Energia Salvo	2.40	2.61
QUINZINAL	6.65			Imposto de Energia	2.40	2.61
QUINZINAL	12.71			Outros Serviços	0.00	0.00
MED	9.45					
ICR	12.22					
				Total	91.98	100.00

Valor de R\$ 0,00 7/2019 R\$ 0,00

ATENÇÃO

Sua unidade foi furada com Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 12,97.
Requisito Tarifário - Vencido 26/09/19 - Res ANEEL V-2.536 - Alta Tensão - 4.40% Médio
Requisito Tarifário - Vencido 26/09/19 - Res ANEEL V-2.536 - Baixa Tensão - 4.22% Médio

Faturas em atraso

ANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
(0190.00009 02624.912008 06247.593178 1 80210000009196)

T. PAGADOR: JOSEANY BARBOSA DA SILVA - CPF/CNPJ: 031.044.714-98	T. J. CELINA PINTO, 534 - NOROESTE I - GUARABIRA / PB CEP: 58200-000
T. Assinatura: 009429734201906	T. Data de Vencimento: 23/09/2019
T. Valor do Documento: R\$ 91,96	T. Valor Pago: R\$ 91,96
T. INSCRIÇÃO: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A. CNPJ: 09.062.124/0001-43	T. E-220 Km-25 - Chato Receptor - Jato Pessoa / PB - CEP: 58071-980
T. Agência / Código do beneficiário: 3004-512647-2	



energisa

Lqsc66 MONFASCO
 CtrSec COMUTCB3/COMERCIAL-COMERCIAL
 Rptero 10-5-202-425 Referência Nov/2019
 Medico 00008957521 Emissão 20/11/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-200, Km 25 - Canto Redenção - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
CNPJ nº 06.183/0001-40 - Insc. Est. 15.415.322-0

Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica Nº034528349
Cód. para Deb. Automático: 00016592011

Nov / 2019

20/11/2019

19/12/2019

010.942.224-45

ing: Est

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Data	Leitura	Data	Leitura						
21/10/13	6882	20/11/13	6857					264	30
Cód	Descrição	Cum. Base Tributável	Valor Base Cota e Alíq. (R\$)	Base Cota e Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Cota e Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Cota e Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)
3801	Consumo em kWh	254,00	0,778880	204,83	204,83	25	51,21	204,83	1,73
0601	Adic. B. Amarela			1,74	1,74	25	0,43	1,74	0,01
0601	Adic. B. Verde/Am.			10,28	10,28	25	2,57	10,28	0,08
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
3801	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA			13,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00

Cód. Descrição Classificação do Item	TOTAL	228,97	216,68	54,21	216,38	1,82	0,33
Taxas e Tributos	0.545400						

Mean billtop of meses (kWh)

27/11/2019

R\$ 229,87

0	0	0	15	3	0	2	3	3	157	242	243
Nov/18	Dec/18	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Apr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Aug/19	Sep/19	Oct/19

37b6.1ac7.d42c.65c1.f4a1.472a.dcd2.c616

Q1 MENSAJ	8.07	3.73	ACUMUL	22.30
Q2 TRIMESTRAL	10.16		CONTRATADA	20.30
Q3 ANUAL	23.30	1.00	LIMITE INFERIOR	20.30
Q4 MENSAJ	3.73		LIMITE SUPERIOR	20.30
Q1 TRIMESTRAL	8.07			
Q2 ANUAL	12.95	0.00		
Q3 TRIMESTRAL	2.39			
Q4 TRIMESTRAL	12.22			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dtl. de Engenharia	55,48	24,71
Contratos de Empreito	80,10	34,66
Serviços de Transmissão	9,80	4,26
Empreitos de Obras	6,24	2,63
Impostos, Danos e Encargos	17,42	7,56
Outros Serviços	0,35	0,15
Total	229,47	100,00

Volume: ELGD (Ref. 9-2019) R\$ 15.17

- AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a reavaliada, a suspenção do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Out/19 213,55

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE
00190.00009 03150.244006 07475.127176 5 80860000022987

PAGADOR: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA - CPF/CNPJ: 010.942.124-15
CNPJ: 08.067.810/0001-01 - END: RUA DO COMERCIO, 151 - SALA 01 - MARACAGUEIRA - JOAO PESSOA - PB - CEP: 58050-354

Nosso Nr	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31503447002475127	CO 698291201911	27/11/2019	R\$ 229,87	

IDENTIFICACAO: 3150244 PAR&RA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.089.193/0001-40

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Peço exposto, eu

Jose Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ

455.536.024, 91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ronaldo da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.421.344, 71

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Ronaldo da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº

700.421.344, 21

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço:

Rua Agente Fiscal Jose B. Duarte

Número:

157

Complemento:

Bairro:

Mangabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58056-384

E-mail:

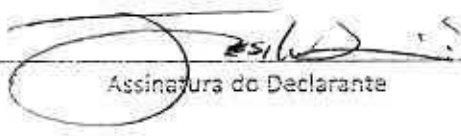
7el10000

(83) 986634900

Local e Data:

João Pessoa - PB

12/12/19


Assinatura do Declarante



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: ____/____/____

Nome: _____
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento ____/____/____

QPD: _____

HDA: _____

Quake mto

B

Medicações em uso: _____

CRM-PB 5395
CRM-PE 14654
CRM-RJ 9876

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ____ Kg em ____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] 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 = _____

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: _____

Conduta: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em

Incisão:

Ab. incisão

Achados:

Polvo livre

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Dr. Fidiús G. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14664
SBOT: 9876

Data:

30/08/13

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em Decúbito Dorsal Horizontal. Sala Anestésica.

Anestesia + Antiespasmódica.

Aplicação campos cirúrgicos.

Incisão:

- Incisão Longitudinal Horizontal Antero-medial, Anterior ao Targuinho de Ulva.

Achados:

- Fratura Displaciativa Ulna.

Condução:

- Realizar Redução Aberta + Interna com 02 Parafusos de 2.0mm fragmentar + 01 Placa de 10 Fios + 6 parafusos.

- Realizar Redução interna da + Fixação Percutânea Targuinho K.C. 1.0 + Fixação interna com de Nebent No 22.

- Realizar Redução interna Percutânea com 02 Fios 1,5mm K.C. 2.0 - em Cotilóide Radial.

Fechamento:

Realizar Fechar a cutânea com 10 pontos - semilunares; Semi-lunar e Radial semi-lunar.

OBS:

- Limpar com SE 0,9.
- Sutura por planos.
- Curativo + Eol + Ant + Ant.
- A x iante.

Data: 11/09/19.

Dr. Eneas H. Bessa Neto
CRM 11.852 PB / 8.498 F
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/C

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

ME. RONALDO DA SILVA

PROMTUARIO N°

DE 250	SEXO M	CUE	CÍNICA	Ortopedia	INT. 10	EXAME
--------	--------	-----	--------	-----------	---------	-------

A DE ADMISSÃO: 10/08/2019

DATA DE AITA: 12/09/2019

TEMPO DE PERMANÊNCIA

GRUPO INICIAL: FRATURA DIAPHRAGMA DA HANA ESQUERDA - FRATURA
FLOPPE DO R. 100 ESQUERDO - LUXAÇÃO DO SEMILUNAR DA MÃO ESQUERDA

552.4 532.2
343.0

AGNOSTICO DEDICANDO

() message

THOS DIAGNOSTICS

FRANÇAIS EXAMENES

T.F. + RADIOGRAFICO

FARMACIA MEDICAMENTOSA

ATOMIA PATOLÓGICA

FECCÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO

UNITED STATES PATENT OFFICE

NOTES ON CONTRIBUTORS

O MELHORADO

() REMOVED

1 3 A PEDIDO

1 CURADO

3170

SUMO CLINCO

QUESTIONS AND ANSWERS: TEMPERATURE COMPENSATION.

RESUMO CLÍNICO: Paciente portador de FRATURA DIÁFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA + FRATURA ESTILOIDE DO R. ELÁSTICO + LUXAÇÃO DO CARPO ULNAR DA MÃO ESQUERDA, foi submetido a tratamento cirúrgico através de redução aberta + fixação interna com placa e parafusos + fio de Kirschner. Recebeu altas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

NOTA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

EPQUSO:

Relativo em casa por 15 dias.

Reformas atividades sem estorço físico em 30 dias

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

UNIDADES COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lave-a com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local.
 Se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: xefalexina, amox e analgésicos

4. ORDNO:

At posto de baude em 21 dias

do Ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão (TUBÉRIO)

5 dias para revisão (Dr. TIBÉRIO)

12/09/2019



NOME
RONALDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
325734242 DETRAN RJ

CPF DATA NASCIMENTO
700.421.344-71 07/02/1994

PLACAO
RENATO DA SILVA
JOSEANY BARBOSA DA
SILVA

PERMISSAO ACC CATEGORIA
AII

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABITUAÇÃO
05/08/2017

OBSERVAÇÕES
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
GUARABIRA, PB 27/09/2018

ASSINATURA DO EMISSOR 00662580279
PB037619063

PARAIBA

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1660793036

PROVIDO PLASTIFICAR
1660793036



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1660793036

NOME
RONALDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
325734242 DETRAN RJ

CPF DATA NASCIMENTO
700.421.344-71 07/02/1994

PLACAO
RENATO DA SILVA
JOSEANY BARBOSA DA
SILVA



PERMISSÃO ACC CATEGORIA
AII

Nº REGISTRO VALIDADEZ 1ª HABITUAÇÃO
05/08/2017



OBSERVAÇÕES
EAR

PROVIDO PLASTIFICAR
1660793036

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
GUARABIRA, PB 27/09/2018

ASSINATURA DO EMISSOR 00662580279
PB037619063

PARAIBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	DOC. EMPREGO - CRE. DIRIGIR DE 1054562 SSP PB
	CPF 455.536.024-91
	DATA NASCIMENTO 02/04/1967
NOME JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
PERMISO PERMISO	DATA 10/11/2014
Nº RABELO 00724152182	1ª EMISSÃO 06/04/1989
SIGNATURA	
SIGNATURA DO PROPRIETÁRIO	
NOME JOAO FERREIRA. PB	
DATA EMISSÃO 11/11/2014	
SIGNATURA DO PROPRIETÁRIO 60378988469 PB029542609	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709344 **Cidade:** Bananeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO DA SILVA **Data do acidente:** 30/08/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA. P5
LUXAÇÃO TRANSESCAFOPERISEMILUNAR À ESQUERDA. P5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE. P4/6
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Romaldo da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão estudante, residente e domiciliado à Rua Elina Lino, nº 534, bairro Nordeste, Município de Guarabira, Estado de(o) PB, Cep: 58.200.000, portador(a) do Rg nº 325734292, SSP/PB e CPF nº 700.421.344-71

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente F. J. Costa Duarte, nº 157, bairro omanga breia, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58.056-344, portador (a) do RG nº 1254.562, SSP/ PB e CPF nº 455.536.084-91

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) Romaldo da Silva, ocorrido em 30/10/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Imobiliária

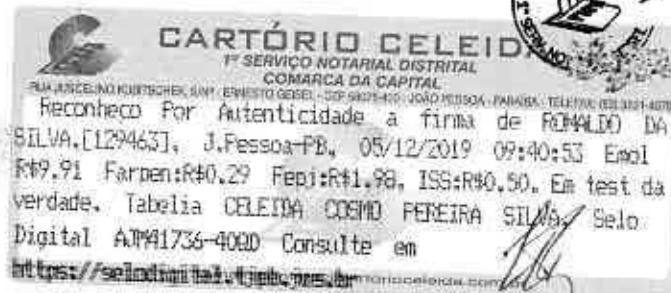
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim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



Romaldo da Silva
Outorgante
CPF Nº 700-421-344-71

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459547/19

Vítima: RONALDO DA SILVA

CPF: 700.421.344-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2019

Titular do CPF: RONALDO DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

RONALDO DA SILVA : 700.421.344-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/12/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA