

---

**Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200295538**

**Vítima: JOSE JUNIOR DA FONSECA**

**Data do Acidente: 28/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), JOSE JUNIOR DA FONSECA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200295538**

**Vítima: JOSE JUNIOR DA FONSECA**

**Data do Acidente: 28/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE JUNIOR DA FONSECA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200295538**

**Vítima: JOSE JUNIOR DA FONSECA**

**Data do Acidente: 28/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE JUNIOR DA FONSECA**

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: **JOSE JUNIOR DA FONSECA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003488**

Conta: **0000024264-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200295538

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE JUNIOR DA FONSECA

**Data do acidente:** 28/05/2020

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

**Data da análise:** 14/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO  
LUXAÇÃO PERIESCAFOSEMILUNAR DO PUNHO ESQUERDO.  
FRATURA DA BASE DO 4º METACARPO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PUNHO - REPARAÇÃO LIGAMENTAR/FIOS DE KIRSCHNER P.6,7), CONSERVADOR DAS  
DEMAIS LESÕES.  
ALTA MÉDICA.

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# 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: 063.597.264-04 4 - Nome completo da vítima: Jose Junior da Fonseca

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

5 - Nome completo: Jose Junior da Fonseca 6 - CPF: 063.597.264-04  
 7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Beco Severino Bento de Azevedo 39 9 - Número: 39 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Gratão 12 - Cidade: João Pessoa 13 - UF: PB 14 - CEP: 58079-796  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Telefone: (83) 98663-4900

**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 na endereça 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. Assinalar uma opção):  Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 1635 7 CONTA: 72184 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando desde já e somente aqui 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 em condições 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 a avaliação médica em caráter de urgência da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 134/04, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa nenhuma 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)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Gou de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
 30 - Vítima deixou reaturo(s) ou herdeiro(s)?  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 apenas aqueles beneficiários que se apresentarem em condições de estar vivos, ainda de que qualquer omissão ou declaração inverdade poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 231 do Código Penal.

34 - \_\_\_\_\_  
 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 18/08/2020

Jose Junior da Fonseca  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 050702.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 050702.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 13:05 min do dia 23/07/2020, na Delegacia Online, **JOSE JUNIOR DA FONSECA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão CONFEITEIRO, natural de Baía da Traição, nascido(a) em 30/08/1984, idade 35, estado civil Casado (a), filho(a) de ELIZABETH SILVA DA FONSECA e JOSE FRANCISCO DA FONSECA, CPF 061.597.264-04, residente e domiciliado(a) no(a) RUA SEVERINO BENTO DE MORAES, nº 0, bairro GROTAÃO, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58000000, telefonet(s) 839, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 28/05/2020 18:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RUA HILTON SOUTO MAIOR, JOSE AMERICO, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Conduzia sua moto HONDA/CG 160 TTAN, ANO/MOD 2018/2018, COR VERMELHA, QFX6313, CHASSI: 9C2FC2210JR031111, em nome da ELIANE DOS SANTOS LEITE, CPF 083969524-18, AO FAZER UMA CURVA ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, SENDO SOCORRIDO PELO BOMBEIROS PARA O Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e encaminhado no dia seguinte ao Hospital Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde foi atendido.

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

  
JOSE JUNIOR DA FONSECA

48E42A603B83E91C1BC1BEF3A96F59C4

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18h). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



# 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: 063.597.264-04 4 - Nome completo da vítima: Jose Junior da Fonseca

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

5 - Nome completo: Jose Junior da Fonseca 6 - CPF: 063.597.264-04  
 7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Beco Severino Bento de Azevedo 39 9 - Número: 99 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Gratão 12 - Cidade: João Pessoa 13 - UF: PB 14 - CEP: 58079-796  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Telefone: (83) 98663-4900

**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 na endereça 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. Assinalar uma opção):  Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 1635 7 CONTA: 72184 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando desde já e somente aqui a autorização 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 em condições 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 a avaliação médica em caráter de urgência da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 134/04, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Gou de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou reaturo(s) ou herdeiro(s)?  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 apenas aqueles beneficiários que se apresentarem em conformidade com esta condição, estando ciente ainda, de que qualquer omissão ou declaração inverdade poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 231 do Código Penal.

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34 - \_\_\_\_\_  
 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 18/08/2020

Jose Junior da Fonseca  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)


42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

JOSE JUNIOR DA FONSECA  
RUA DE SIERRA BENTLEY, MORAD. 1912P 401 - GRUPO D  
JOAO PESSOA/PB CEP: 58129-100 (AG. 1)

CPF: 030.948.361-00

Grupo: CONVENCIONAL BARRA TERCEIRA / Subgrupo: B1  
Cidade: RES.MTC B1 / Subcidade: RESIDENCIAL  
Ligação: MONOFASICO  
Rótulo: 13-2-487-5476 - F2Medidor: V5082446043

 **energisa**



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1997477-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 00019974773



VALOR DA FATURA

**R\$ 204,38**



VENCIMENTO

**23/07/2020**



REFERÊNCIA

**Jul / 2020**



CONSUMO

**237kWh**

7,90 kWh  
META DIÁRIA  
LÍMITE DA  
CONEXÃO

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

# BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-880  
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.019.829-0

Regime Tributário: Simples

Conta Corrente: 00000000000000000000

Nº 047.741.775

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SAL 011  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUL/2020

20/07/2020

186

27/07/2020

R\$ 155,48

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/07/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 011 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010503502	000000000202007	27/07/2020	R\$ 155,48	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				08.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do Beneficiário: 1004-3.244 / 3				

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/SISLIDYECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=13;CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Junier da Fonseca inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.597.264 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez na vítima José Junier da Fonseca

inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.597.264, 04 conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recusou informar

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

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58056-384</u>
E-mail: _____	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>	

Local e Data: João Pessoa - PB 31/08/2020

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: <i>José Junior da Fonseca</i>				Registro: 2020051945	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>29/05/2020</i>		DATA DE ALTA <i>03/06/2020</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Luxação de ossos do carpo esquerdo (perifunar)</i>					CID <i>S630</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Reparação ligamentar de carpo</i>					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		( ) REMOVIDO	( ) A PEDIDO	( ) CURADO	( )
ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)  
*Paciente portador(a) de luxação de ossos do carpo esquerdo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico de reparação ligamentar do carpo + fixação com fios X. Recebe alta em boas 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 POS ALTA


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

**REPOUSO:** Relativo em casa por **15** dias.  
 Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.  
 Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *Vimovo ou Deocil*

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21** dias.  
 Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

  
 Dr. Luis Felipe Lessa  
 Traumatologia / Ortopedia  
 Cirurgião de Mão  
 CRM 116.241 / RCP - 14324-98CM

**03/06/2020**  
 DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M



## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome JOSE JUNIOR DA FONSECA						CNS	Prontuário
Data de Nascimento 30/08/1984	Idade 35A 8M 28D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe ELIZABETE SILVA DA FONSECA			Nome da Pai JOSE FRANCISCO DA FONSECA				
Endereço GECY MERCÊS RODRIGUES			Bairro MANGABEIRA				Cep 58056694
Município JOAO PESSOA - PB			Telefone Residência		Telefone Celular ( 83 ) 987934191		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNS 2593262		Telefone ( 83 ) 32165700		

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA MEDICA		
Resultado de exames complementares # ORTOPEDIA #  PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQ E TORNOZELO ESQ. SEM FERIMENTOS E/OU ESCORIAÇÕES. APRESENTOU EPISODIO DE VOMITO. AO RX: LUXAÇÃO PERIESCAFOSEMILUNAR DO PUNHO ESQ + FX DE BASE DO 4 MTC ESQ. CD: AO CHM (TRAUMINHA DE MANGABEIRA) CONFORME PACTUAÇÃO + TALA LUVA <i>AVIA DA NCR</i> <i>[Handwritten Signature]</i>		
CID S93.0	Data de encaminhamento 28/05/2020 22:32:02	

Assinatura e carimbo do profissional

*[Handwritten Signature]*  
Dr. Luciano Gomes de Figueiredo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PB 9328  
CREMEPE 24351



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>JOSE JUNIOR DA FONSECA</b>	BAE <b>1239096</b>	Data/Hora Entrada <b>28/05/2020 19:43:25</b>	Data Baixa <b>2020-05-28 22:32:02.0</b>
Data de nascimento <b>30/08/1984</b>	Idade <b>35a 8m 29d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987934191</b>
Mãe <b>ELIZABETE SILVA DA FONSECA</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>GECY MERCÊS RODRIGUES, 38</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO</b>	Nº Cons. Regional <b>9328/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>28/05/2020 19:43:25</b>		Data/Hora Prescrição <b>28/05/2020 22:32:02</b>	

## ANAMNESE

# ORTOPEDIA # PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQ E TORNOZELO ESQ. SEM FERIMENTOS E/OU ESCORIAÇÕES. APRESENTOU EPISÓDIO DE VÔMITO. AO RX: LUXAÇÃO PERIESCAFOSEMILUNAR DO PUNHO ESQ + FX DE BASE DO 4 MTC ESQ. CD: AO CHM (TRAUMINHA DE MANGABEIRA) CONFORME PACTUAÇÃO + TALA LUVA

## PROCEDIMENTO

TALA LUVA, (OBSERVAÇÕES:: MSE)

## CID10

S63.0 - Luxação do punho

## Conduta

Alta com encaminhamento externo

## Alta

Usuário  
**LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO**

Data e Hora  
**28/05/2020 22:32:02**

### Observações:

# ORTOPEDIA # PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQ E TORNOZELO ESQ. SEM FERIMENTOS E/OU ESCORIAÇÕES. APRESENTOU EPISÓDIO DE VÔMITO. AO RX: LUXAÇÃO PERIESCAFOSEMILUNAR DO PUNHO ESQ + FX DE BASE DO 4 MTC ESQ. CD: AO CHM (TRAUMINHA DE MANGABEIRA) CONFORME PACTUAÇÃO + TALA LUVA

Medicina

Dr. Luciano Gomes de Figueiredo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PB 9328  
CREMEPE 24351

LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO  
(CRM: 9328/PB)

Enfermeiro

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 28/05/2020 19:43:25



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PAF  
Govern

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente / <b>JOSE JUNIOR DA FONSECA</b>	BAE <b>1239096</b>	Data/Hora Entrada <b>28/05/2020 19:43:25</b>
Data de nascimento <b>30/08/1984</b>	Idade <b>35a 8m 29d</b>	Sexo <b>Masculino</b>
Mãe <b>ELIZABETE SILVA DA FONSECA</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>
Endereço <b>GECY MERCÊS RODRIGUES, 38</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RODRIGO MARMO DA COSTA E SOUZA</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Data/Hora Classificação <b>28/05/2020 19:43:25</b>	Data/Hora Prescrição <b>28/05/2020 22:03:43</b>

Data Bilva  
Tecnica de Contato  
30-08-1984  
SIP  
PB  
9975-PB

## ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DESMAIO. NEGA CEFALEIA, CERVICALGIA. EXAME: GLASGOW 15. DE CRÂNIO: SEM LESÃO INTRACRANIANA HD: TCE LEVE CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA.

## Conduta

Em observação

*Dr. Rodrigo Marmo da C. e Souza*  
**NEUROCIRURGIA**  
**CRM 5975**

Enfermeiro

**RODRIGO MARMO DA COSTA E SOUZA**  
(CRM: 5975/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 28/05/2020 19:43:25



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



*Somos todos*  
**PARAIBA**  
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>JOSE JUNIOR DA FONSECA</b>	BAE <b>1239096</b>	Data/Hora Entrada <b>28/05/2020 19:43:25</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>30/08/1984</b>	Idade <b>35a 8m 29d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987934191</b>
Mãe <b>ELIZABETE SILVA DA FONSECA</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>GECY MERCÊS RODRIGUES, 38</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO</b>	Nº Cons. Regional <b>9328/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>28/05/2020 19:43:25</b>		Data/Hora Prescrição <b>28/05/2020 21:55:07</b>	

### ANAMNESE

# ORTOPEDIA # PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQ E TORNOZELO ESQ. SEM FERIMENTOS E/OU ESCORIAÇÕES. APRESENTOU EPISÓDIO DE VÔMITO. AO RX: LUXAÇÃO PERIESCAFOSEMILUNAR DO PUNHO ESQ + FX DE BASE DO 4 MTC ESQ. CD: AO CHM (TRAUMINHA DE MANGABEIRA) CONFORME PACTUAÇÃO APÓS LIBERAÇÃO DAS DEMAIS CLÍNICAS.

### Conduta

Em observação

Dr. Luciano Gomes de Figueiredo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PB 9328  
CREMEPE 24351

Enfermeiro

LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO  
(CRM: 9328/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 28/05/2020 19:43:25

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
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: 320055 Atd: Nao Regulado  
Data: 28/05/2020  
Hora: 23:50:40  
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS SANTOS  
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: JOSE JUNIOR DA FONSECA Num. de vezes atendido: 1  
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 061.597.264-04 Num. Prontuario: 2020.05.001945  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3031113 Fone: 988799762  
Natural: BAIÁ DA TRAIÇÃO/PB Data Nasc.: 30/08/1984 Id: 35 ano(s)  
End.: RUA SEVERINO BENTO DE MORAIS, 00  
Bairro: GROTAO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mãe: ELIZABETH SILVA DA FONSECA Pai: JOSE FRANCISCO DA FONSECA  
Faixa: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: CONFEITEIRO Estado Civil: CASADO(A)  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO  
R.: JOSE JUNIOR DA FONSECA  
T. Doc. Responsavel: 988799762 / IDENTIDADE: 3031113  
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO  
Vítima de acidente por: QUEDA  
Vítima de violência por: NAO  
 Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO  
Tipo de Classificação de Risco:  
FR:  Aparentemente Bem  Grave  
TP:  Politraumatizado  Convulsao  
Peso:  Hemorragia  Dispneia  
Glicemia:  Diarreia  Agitado  
C. Abd:  Regular  Chocado  
 Vômito  
Queixa Principal: Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)  
*Paciente vítima de acidente de moto  
Ar 18:00 Solicito RX de mão direita*

Diagnostico *Fratura luxação  
Medioclavicular unilateral  
+ fratura da base do 2º MC* | Conduta *Com dor em antebraço  
Solicito RX de antebraço*

Prescrição | Horario da medicacao *Solicito RX de TVZ  
+ D - João Paulo. K. P.*

Antônio S. Neto  
Médico  
CRM - PE - 13.125

Nome: <i>José Junior da Fonseca</i>				Registro: 2020051945	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>03/06/2020</i>			Cirurgião: <b>LUIS FILIPE LESSA</b>		
1º Assistente: <i>Thales Couceiro</i>			2º Assistente: <i>Flavio Loyola</i>		
Anestesista:			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Luxação de osso do carpo</i>					<i>S630</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Reparação ligamentar do carpo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

*Paciente em decúbito dorsal sob anestesia*

*Assepsia + Antissepsia*

*Aposição de campos cirúrgicos estéreis*

Incisão:

*Incisão dorsal em punho esquerdo*

*Divulsão por planos até identificar luxação carpal perilunar*

*Capsulotomia em Berger*

*Redução cruenta de luxação carpal + fixação com fios K 1.5 sob fluoroscopia + reparação ligamentar com sutura transóssea com vicríl 2.0*

*Redução ok sob fluoroscopia*

*Sutura por planos + sutura da pele*

*Curativo*

*Tala axilopalmar*

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: **03/06/2020**

Dr. Elís Fúlvio  
Traum.  
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB  
CRM 100328-5/2014  
MÉDICO / F.M.

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 29/05/2020

Nome: José Junior da Conceição  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Paciente com dor em punho esquerdo

HDA: Paciente vítima de acidente de trânsito com trauma mecânico radiográfico + fratura do braço 4º MTC esquerdo.

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### 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  Dispneia  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-reposo  Deformidades  Artralgia  Calor  Rubor  Edema  Crepitação  Fraqueza  Atrofia  Espasmos

**SN e PSQ:**  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 [ ] HTF

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

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

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

**Antecedentes Familiares:**

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

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

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

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

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

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

Gânglios: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Resultados de Exames Complementares: Fratura luxação Rad. cervicovertebrais  
equivale + Fratura da Base do 4º = MTC equivale

Hipóteses Diagnósticas: Fratura luxação Rad. cervicovertebrais  
equivale + Fratura da Base do 4º = MTC equivale

Conduta: Internamento K7 + Dr João Paulo

Antônio F. J. Medeiros  
CRM-PB - 13.125



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João Júnior da Fonseca</i>		Registro:	
Idade: <i>35</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>
Data: <i>29/05/2016</i>		Cirurgião: <i>Dr. João Paulo</i>	1º Assistente: <i>Dr. Antônio R. J.</i>
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:
Anestesista: <i>Humberto</i>	Tipo Anestesia: <i>1</i>		Horário: I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Fratura luxação Radio-ulnar esquerda</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<i>Realizada Redução</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal no ambulatório  
Cirurgias em Antissepsia  
Aplicação de Campos estereis

Incisão:

Achados:

Conduta:

- Realizada Redução de fratura  
luxação Radio-carpometacarpiana esquerda  
sob sinalização em 2<sup>o</sup> tempo cirúrgico  
- Tala Aço e Cabina  
- Rax e de controle

Fechamento:

OBS:

Esquema de 2<sup>o</sup> tempo cirúrgico

RJ + RJ João Louro

Antônio P. S. Neto  
Médico  
CRM PB 13.125

Data: 29/05/2020

MÉDICO CRM

		REPÚBLICA DOMINICANA MINISTERIO DEL INTERIOR DIRECCIÓN NACIONAL DE IDENTIFICACIONES	
<b>ALEXANDRA CESAR DOARTE</b>			
VALIDA EN TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS <b>894056231</b>		VUELO OPERADO POR: <b>2427719</b>	PAIS: <b>ESP</b>
		TIPO: <b>046.502.754-74</b>	FECHA DE EMISIÓN: <b>21/09/1982</b>
		NOMBRE: <b>ALEXANDRE DE ARAUJO DOARTE</b> <b>MARCIA CESAR DOARTE</b>	
		TIPO: <b>01</b>	SEXO: <b>M</b>
N° PASAPORTE: <b>07951249040</b>	FECHA DE EMISIÓN: <b>16/01/2014</b>	FECHA DE VENCIMIENTO: <b>29/04/2021</b>	
OBSERVACIONES:			
			
PRIMERA PLANTILLA <b>894056231</b>	CODIGO: <b>040 PESSECA, PR</b>	FECHA DE EMISIÓN: <b>17/01/2014</b>	
			44588354744 99027919595
			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-917




*Jose Junior da Fonseca*

SECRETARIA DE SEGURANÇA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.031.113 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 16/09/2019

NOME JOSE JUNIOR DA FONSECA

FILIAÇÃO JOSE FRANCISCO DA FONSECA  
ELIZABETH SILVA DA FONSECA

NATURALIDADE BAIÁ DA TRAIÇÃO-PB DATA DE NASCIMENTO 30/08/1984

DOC. CIVIL CASAM N. 18636 FLS. 36 LIV. B-73  
CARTORIO JOÃO PESSOA-PB

CPF 061.597.264-04

JOÃO PESSOA - PB

*Antonio Pereira de Sousa*

SECRETARIA DE SEGURANÇA

# 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: 061.597.264-04 4 - Nome completo da vítima: José Junior da Fonseca

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

5 - Nome completo: José Junior da Fonseca 6 - CPF: 061.597.264-04  
 7 - Profissão: recuso 8 - Endereço: Beco Governador Bento de Moraes 9 - Número: 39 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Gratão 12 - Cidade: Joaquim Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58079-796  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Telefone: 83-98663-4900

DADOS CADASTRAIS

**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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 3488 CONTA: 24264 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sob a 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 (airrascar)?  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 aqueles 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.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34 \_\_\_\_\_  
 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: Joaquim Pessoa, PB - 14/10/2020  
José Junior da Fonseca  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



augmeua - 3488

com 12-000 24264-3

op. 008.

de para sua empresa

**PROCURAÇÃO**

**Outorgante:** João Junior da Fonseca brasileiro(a), estado civil casado profissão comerciante residente e domiciliado à Rua Severino Bento de Moraes, 157 bairro Gratão Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep. 58079-796 portador(a) do Rg nº 3.033.113 SSP/PB e CPF nº 063.597.264-04

**Outorgado:** Alexandra Lousa Duarte brasileiro(a), estado civil casado profissão advogada residente e domiciliado(a) à Rua Deputado Fiscal da Costa Duarte, 157 bairro Itambá Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep. 58056-384 portador(a) do RG nº 2827718 SSP/PB e CPF nº 048.062.754-74

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) João Junior da Fonseca ocorrido em 28/03/20 conforme registrado pelo B O anexo ao processo. Processo de natureza imobilidez

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 29 de Julho de 2020

João Junior da Fonseca  
Outorgante  
CPF nº 063.597.264-04

CARTÓRIO  
MEIRA BATISTA

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**VB** TUDO DE NOTAS

**RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-025174**

Reconhecido por autenticidade a firma de  
**JOÃO JUNIOR DA FONSECA**

Dou-se, em testemunho da verdade João Pessoa - PB, 29/07/2020 11:44:15  
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 2,30 ISR: R\$ 0,01  
BELO DIGITAL AKE45887-8FRA  
Confira a autenticidade em <https://portal.bebo.vb.br>

ROSSYANGELA ODELY MARQUES BATISTA - ESCRIVENTE AUTORIZ

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231819/20

**Vítima:** JOSE JUNIOR DA FONSECA

**CPF:** 061.597.264-04

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 28/05/2020

**Titular do CPF:** JOSE JUNIOR DA FONSECA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### JOSE JUNIOR DA FONSECA : 061.597.264-04

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: 18/08/2020  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA