

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180125215**

Vitima: **LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA**

Data do Acidente: **13/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180125215**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12542019



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA

Sinistro: 3180125215

Vítima: LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180125215** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180125215  
Vitima: LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA  
Data do Acidente: 13/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180125215**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12590218



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

049.078.594-81

Nome completo da vítima

Lucio Elber Ribeiro da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Lucio Elber Ribeiro da Silva		CPF titular da conta 049.078.594-81	Profissão Recusou-22
Endereço Rua José Ramalho		Número nº 185	Complemento
Bairro Recife	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58020-200
Email ccf.cho@gmail.com		Telefone (DDD) 83-98849-5530	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

OPERAÇÃO - 013

AGÊNCIA NRO. 0036 D/V ☐ CONTA NRO. 00043541 D/V 2  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.  
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 14 de Março de 2018

Local e Data

Lucio Elber Ribeiro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







COMPROVANTE DE RECEBIMENTO  
10 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00457.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00457.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:14 horas do dia 08 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Lucio Cleber Ribeiro da Silva**, CPF nº 049.078.594-81, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Cozinheiro, filho(a) de Ana Lucia Ribeiro da Silva e Luiz Antonio Ribeiro da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/12/1981 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Ramalho, Nº 185, bairro Roger, tendo como ponto de referência Ong Pequeno Davi, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98895-9966.

**Dados do(s) Fatos:**

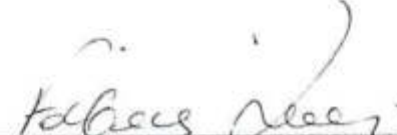
Local: Av. Ayrton Senna, Perto do Posto de Polícia, João Pessoa/PB, bairro Roger; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/11/17 00:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG150 FAN ESDI, PRETA, 2011/2011, PLACA OEZ4258/PB, CHASSI 9C2KC1680BR547771, registrada em nome do noticiante quando foi atingido na lateral direita por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 19.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido por seu primo em veículo particular; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 08 de março de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA  
Noticiante



**CARLOS ULYSSES**

SERVIÇO NOTARIAL DO 1º OFÍCIO E  
REGISTRAR IMOBILIÁRIO DA ZONA SUL

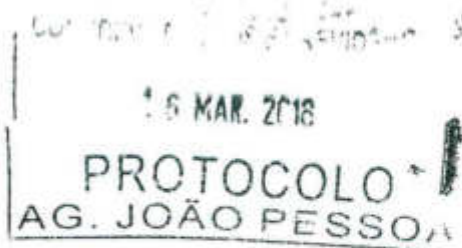
Av. Epitácio Pessoa, 105 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58030-000  
Fone: (83) 3222-2280 - TITULAR: Bel. Walter Ulysses de Carvalho

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CFC)

João Pessoa-PB, 15/03/2018. Egidio Juvino Neto - Escrevente

Selo: AGG83559-4AKG, consulte em

<https://selodigital.tjpb.jus.br>



Procedimento Policial: 00457.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Lucas Ulber Ribeiro da Silva

CPF da Vítima

049.078.594-81

Data do Acidente

13/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Lucas Ulber Ribeiro da Silva

CPF do Representante legal

049.078.594-81

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

João Pessoa, 14 de Março de 2018

Local e Data

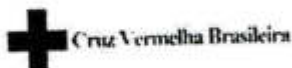
Lucas Ulber Ribeiro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1041103



Identificação do paciente			
ID 833241	Nome LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 29/12/1981	Idade 35 anos 10 meses 12 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe ANA LUCIA RIBEIRO DA SILVA		Pai LUIZ ANTONIO RIBEIRO DA SILVA	Prontuário
Escolaridade SUPERIOR COMPLETO		Responsável (Parentesco) KAYTSON SOARES DA SILVA - PRIMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988369426	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2649960	Nº Cns 700501180234154	
Local de procedência ROGER		Tipo BAIRRO	UF PB
Email NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR	
Endereço			
CEP 58020200	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro João Ramalho
Número 185	Complemento	Bairro Roger	
Admissão			
Data e Hora 13/11/2017 01:36:54	Número da pulseira 1000006231858	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA 110/70 mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA			Tempo 10seg

Imprimir

6 MAR. 2018  
AG. PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

LUIZ ANTONIO RIBEIRO DA SILVA  
RUA JOAO RAMALHO, 184 - ROGER  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58020-200 (A.Q. 1)  
Emissão: 13/11/2017 Referência: Nov/2017  
Cidade/Subst: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B-270 km25 - Grato Redentor - Joao Pessoa / PB - CEP 58071-680  
R026/P0 8-1-51-4280 NF Medidor 00000426146

**Energisa**

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
CNPJ 08.065.182/0001-40 Ins. Est. PB 015-523-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 437 006  
Cod. para Deb. Automático: 00002759777

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	13/11/2017	13/12/2017	15096351491 rec. Em.

UC (Unidade Consumidora): 5/275977-7

#### Canal de contato

**PREZADO CLIENTE:**  
O valor na conta de Rem. COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFARIO, corresponde a cobrança de diferença de faturamento, a partir de Outubro de 2017, ocasionada pela publicação de Resolução Normativa nº 2.281, conf. disposto no Art. 112 da Res. Normativa nº 414/2010.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 13/10/17	Leitura 50700	Data 13/11/17	Leitura 51300	1

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa U	Valor Base Calc	Ala. Com. (R\$)	Base Calc. Ps (R\$)	Contrib. (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS 5	Pot. Com. (R\$)	(1,2281%) (R\$ 1210%)
0001	Consumo em kWh	514,000	0,754540	387,83	387,83	27	104,71
0001	Adic. B. Vermele	32,07	32,07	27	8,86	32,07	0,43
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA	21,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0001	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEAO LAUREANO 11/2017	1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFARIO 10/2017	21,43	0,00	1	0,00	0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	483,33	416,90	119,37	416,90	5,58	28,70
-----	---------------------------------	-------	--------	--------	--------	--------	------	-------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
403	06/12/2017	R\$ 463,33

#### Histórico de Consumo (kWh)

378	374	393	405	438	432	354	413	370	412	421	379
Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16

RESERVADO AO FISCO  
2458.a96a.2e0f.b6ab.6033.10bd.83ba.e27f.

#### Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSUAL	10-15	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	20-30		
DIC ANUAL	5-20		
FIC MENSUAL	6-20	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	12-20		100
FIC ANUAL	12-20		100
DMC	12-22		100
DMC	12-22		100

#### Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Cdt. da Energia PB	25,57	5,51
Compreensão Energia	138,20	29,82
Serviço de Transmissão	14,67	3,17
Encargos Setoriais	28,51	6,15
Impostos, Devidos e Encargos	165,65	35,75
Quilom. Serviços	22,42	4,84
Total	463,33	100,00

Valor em R\$ 0,00 (Ref. 01/2017) R\$ 88,76

#### ATENÇÃO

- Leitura confirmada  
Contato Serviço: HOSP. NAPOLEAO LAUREANO - (83) 3536-9771  
- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

#### Faturas em atraso

PARAIBA  
RUA JOAO RAMALHO, 184 - ROGER  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58020-200 (A.Q. 1)  
Emissão: 13/11/2017 Referência: Nov/2017  
Cidade/Subst: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B-270 km25 - Grato Redentor - Joao Pessoa / PB - CEP 58071-680  
R026/P0 8-1-51-4280 NF Medidor 00000426146

VENCIMENTO  
06/12/2017

TOTAL A PAGAR  
R\$ 463,33

83670000004-2 63330149000-7 02759772017-9 11600001019-3



COMPREVEIO  
6 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



# CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL8

DATA DE POSTAGEM: 08/12/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE  
AV COREMAS 172  
CENTRO  
58013-430 JOAO PESSOA PB



7211307021326863401075764530061217

COMPREENSÃO  
6 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 Adilson Luiz de Queiroz Coutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 07.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucio Ulber Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.078.594 / 81 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Lucio Ulber Ribeiro da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 07.854.364 / 99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

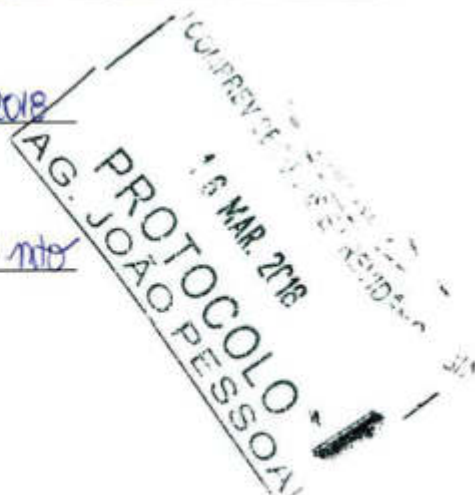
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Avenida Lacerda</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf. edon@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83-3.506.1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849-5530</u>	

João Pessoa, 14 de março de 2018  
Local e Data

Adilson Luiz de Queiroz Coutinho  
Assinatura do Declarante







VALIDA EM TODOS TERRITORIOS NACIONAIS

REG. 2649960 DATA DE EXPEDICAO 13 MAIO 1959

NOME LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA  
Luiz Antonio Ribeiro da Silva

FILIAÇÃO Ana Lucia Ribeiro da Silva

João Pessoa- PB 29.12.1951  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. ascen. 26380-71s. 207v- Liv 29A-29C art. de João Pessoa- PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DETECTOR

LEIN 7.118 DE 29/06/53

16 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

**049.078.594-81**

Nome

**LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA**

Nascimento

**29/12/1981**



COMPREENSÃO DE...  
16 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESS

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATÓRIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.986/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto



Observações

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO 22742

NOME  
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO  
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO  
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE  
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO  
11/03/1988

RG  
3.148.027 - SSP/PB

CPI  
007.854.384-99

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDOS  
NÃO

VIA EXPIRADO EM  
01 07/05/2016

PAULO ANTÔNIO MAIA E SILVA  
PRESIDENTE

16 MAR. 2016  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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

DETRAN - PB Nº 013136342800  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 0034594482-8 00/00000000 2017

LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA

04907859481 0E24258/PB

9C2KC1680BR547771

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI 2011 2011

2 P/149 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

SEGURO PAGO 24/01/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-PB 19267 30/01/2017

36927

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES E DE VEICULOS RESERVA DO PORTE DE CARGA A PESSOA TRANSFERIDA DAS GUARDAS SEGURO DPVAT**

**PB Nº 013136342800 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 30/01/2017

VA 04907859481 0E24258/PB

00345944828 HONDA/CG150 FAN ESDI

2011 9 9C2KC1680BR547771

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

PRE (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAM (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) \*\*\*\*\* TUNEL SEM PAGO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

SEGURO PAGO

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE EXATICAÇÃO 24/01/2017

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 06.248.608/0001-04

36927-1511146-20170130

NOV-2016

COMPREVE...  
16 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Lucia Ribeiro do Silva  
 DATA DO ACIDENTE 13/11/17 CPF DA VÍTIMA 049.078.594-81  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua João Carneiro  
 Nº 185 COMPLEMENTO BAIRRO LEOPOLDO  
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58020-200  
 E-MAIL ccf.advoc@gmail.com TELEFONE (83) 98849-5530  
83 99113-0753

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ LAUDO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ ATUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO Cartões bancários  
exatidão / 52000

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEÍTUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 26/03/18  
 IDENTIDADE 22.742 013/18  
 ASSINATURA Adalberto Neto

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180125215 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 13/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 27/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180125215 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 13/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSÃO DO JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO E TORNOZELO DIREITOS. EDEMA RESIDUAL COM IMPOSSIBILIDADE DE AGACHAMENTO.

**Resultados terapêuticos:** TRATADA COM MEDICAÇÃO ANTI-INFLAMATÓRIA E OBSERVAÇÃO. VÍTIMA INFORMA QUE CONTINUA EM USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS E NA TENTATIVA DE REALIZAR QUE POSSAM DIAGNOSTICAR MAIS PRECISAMENTE SUA CONDIÇÃO PÓS-TRAUMA. SEM ALTA ORTOPÉDICA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Em tratamento

**Data da perícia:** 28/03/2018

### Conduta mantida:

**Observações:** DEVIDO A AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA DOCUMENTAL NO ATUAL PROCESSO DA VÍTIMA SUGERIMOS QUE A MESMA SEJA REAVALIADA APÓS TRATAMENTO ADEQUADO E COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA ADEQUADA SE POSSÍVEL COM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO E TORNOZELO DIREITOS. Recomendamos nova avaliação médica em 90 dias.

**Médico examinador:** Joao Fernandes de Souza

**CRM do médico:** 2732

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Lucio Cleber Ribeiro da Silva</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Cozinheiro</u>	Nº DO RG:	<u>264.9960</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>SSP/PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>13/05/99</u>
Nº DO CPF:	<u>049.078.594-81</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua José Romalho</u> <u>nº 186, Bairro Regor, João Pessoa-PB, CEP 58020-200</u>

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742  
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016  
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO  
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Lucio Cleber Ribeiro da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

PESSOA MILANEZ  
3º Ofício de Notas

João Pessoa - PB, 24 de novembro de 2017.

Lucio Cleber Ribeiro da Silva  
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

PESSOA MILANEZ  
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de  
**LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA**  
João Pessoa/PB 23/11/2017  
em testemunho da verdade. Dou fe  
screvença: Luciana Batista Ribeiro da Silva  
Seló Digital: AGB14722-6XF0  
Confira os dados em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Escr: R\$9,23 ISS R\$0,46 Ferren R\$0,27 FedJ R\$1,70 NR R\$0,15

RIBEIRO DE LIMA

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO  
16 MAR 2018  
AG. JOÃO PESSOA  
PROTÓCOLO



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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180125215**

Nome do(a) Examinado(a): **LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua João Ramalho, 185 - Roger - João Pessoa - PB - CEP 58020200**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **2649960**

Data e local do acidente: [ **13/11/2017** ] **AV. AYRTON SENNA-ROGER-JOÃO PESSOA**

Data e local do exame: [ **28/03/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**CONTUSÃO DO JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.**

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATADA COM MEDICAÇÃO ANTI-INFLAMATÓRIA E OBSERVAÇÃO. VÍTIMA INFORMA QUE CONTINUA EM USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS E NA TENTATIVA DE REALIZAR QUE POSSAM DIAGNOSTICAR MAIS PRECISAMENTE SUA CONDIÇÃO PÓS-TRAUMA. SEM ALTA ORTOPÉDICA.**

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO E TORNOZELO DIREITOS. EDEMA RESIDUAL COM IMPOSSIBILIDADE DE AGACHAMENTO.**

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☐ ] Sim [ ☒ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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

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

( X ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

**DEVIDO A AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA DOCUMENTAL NO ATUAL PROCESSO DA VÍTIMA SUGERIMOS QUE A MESMA SEJA REAVALIADA APÓS TRATAMENTO ADEQUADO E COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA ADEQUADA SE POSSÍVEL COM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.**



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB