
Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180304773

Vitima: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180304773**.

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



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180304773

Vítima: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

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 3180304773** 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 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, 20 de Julho de 2018

Carta n°: 13124468

A/C: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180304773
Vitima: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 08/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000684

Conta: 000000065448-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais informações, acesse o site <http://www.seguradigitalpessoal.com.br> ou entre em contato com a Seguradigitalpessoal.

APROXIMAÇÕES PARA PREENCHIMENTOS

1.000,00 (mil reais), a prestações mensais, no menor de todos os caminhões usados de 60000,00 (60 mil reais) ou de 20000,00 (20 mil reais) para o pagamento da aquisição do seu pedido de investimento. Dados incompletos ou incorretos impedem a efetivação da operação.

4. comprovar a forma de comprovação de identidade do BENEFICIÁRIO e do REPRESENTANTE LEGAL e certe estiver regulariz. Na ativa, permanecendo o novo impecamento para o crédito de indevidos da responsabilidade.

Subjektive Repräsentanz Legal person

Este documento é entre o(a) cliente que manda e o(a) advogado(a) que o(a) recebe. O formal é deverá ser preenchido com os dados do cliente e o nome do(a) advogado(a) que o(a) recebe. O formal é deverá ser preenchido com os dados do cliente e o nome do(a) advogado(a) que o(a) recebe.

beneficiário entre 18 e 17 anos. Necessário que o beneficiário seja esse sócio ou seu representante legal (Par. 14, § 1º, letra a, art. 17, da lei 10.259/01). Necessário que o formulário seja assinado pelo "titular da conta" ou "titular da conta e seu representante legal" (campo 2 "Assinatura do beneficiário" da F1).

.../2011/2011/8/25/2011

2787100

15000_025.htm (2 of 24) [2/2/2006]

1966. 1967. 1968. 1969. 1970. 1971. 1972. 1973. 1974. 1975. 1976. 1977. 1978. 1979. 1980. 1981.

2.000 DE SEGUIDORES DA INDENITACAO: SENSIBILIZAR OS REPRESENTANTES LEGISLATIVOS

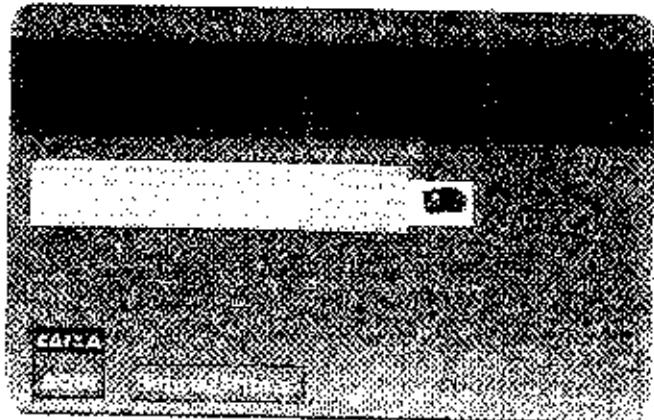
É importante ressaltar que, de leve para firme, o critério de residência é de 50% (de acordo com o IBGE - 2000) e não 100% (de acordo com a lei). Esse critério significa que, mesmo que um cidadão não seja naturalizado, pode ser considerado imigrante.

ANEXO DE SÉNCIA MENSAL E DADOS SANGUÍNEOS

entendo que os cartões bancários são de minha titularidade e, comprovada a competência jurisdicional para a justiça autorizada a reconhecer tudo o que se efetuou e legalmente na finalização do Seguro DTP/AT, mediante a crédito na referida agência e corrente, que estou vendo a serem recolhidos e da clara evitação da não indenização.

Customer JO at Paris at 1000
1000

INVESTPREV
SEGURADORA S/A



**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: 3180304773
Nome do(a) Examinado(a): Marco Alan Alves do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Professora Adalgisa Gomes de Almeida, 233
Parque Recreio Crato CE CEP: 63118-220
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2000034075551
Data local do acidente: [08/01/2018]
Data local do exame: [12/07/2018] Juazeiro do Norte [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. FEZ 80 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM.

Data da Alta: 10/06/2018

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

MARCA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO JOELHO ESQUERDO, ATROFIA MUSCULAR QUADRÍCIPITAL ESQUERDA E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

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

(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

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

DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MIE, PELA ATROFIA MUSCULAR DA COXA ESQUERDA, EDEMA E BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO.

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.


Dr. Andre de Oliveira Leal
CRM/CE - 16566

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 3199 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **07/05/2018 10:23:40**

Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2018 13:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA CORONEL ANTONIO LUIS**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**

Município: **CRATO/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO**

Nascimento: **06/02/1985** CPF:

RG: **2000034075551** Orgão Emissor: **SSP** UF:

Filiação: **APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO
DAMIÃO DO NASCIMENTO**

Endereço: **RUA PROFESSORA ADALGIZA GOMES DE ALMEIDA, 233**

Bairro: **RECREIO**

Município: **CRATO/CE**

País: **BRASIL** CEP:

Telefone: **(88) 99612-1538**

Dados da(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSN1748** UF: **CE** Município: **CRATO** Chassi:

9C6KE1950E0027380 Renavam: **996860134** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/YBR125 FACTOR K1** Ano:
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **ANDRELINA MACEDO MARTINS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADVERTIDO DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHA, DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO; NOTÍCIA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA CITADOS FORA VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA CITADAS, QUANDO UM VEÍCULO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS O QUAL TRAFEGAVA NA SUA FRENTE PAROU REPENTINAMENTE, QUA PARA EVITAR UM ABALROAMENTO ENTRE AMBOS, DESVIAR A MOTOCICLETA PARA O LADO ESQUERDO, VINDO A BATER NO MEIO FIO, CAINDO AO SOLO, FICANDO LESIONADO; QUE FORA SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM CRATO, SENDO TRANSFERIDO POSTERIORMENTE, PARA O HOSPITAL SÃO RAIMUNDO EM CRATO, ONDE FORA CONSTATADO AS LESÕES DESCritAS NO LAUDO MÉDICO, PRONTUÁRIO EM ANEXO; QUE NÃO É HASILITADO E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE DPVAT; E NADA MAIS HAVENDO ENCERRO O PRESENTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ANA LÚIZA COELHO - MAT.: 300214-I-X

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

03 JUL 2018

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Pág. 1 de 2

16/05/2018 09:37:26 10/05/2018 11:23:26
ENTRADA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

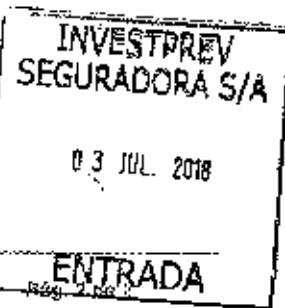


BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 3199 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Levi Gonçalves Leal - Delegado de Crato

VISTO DO DELEGADO(A) :

LEVI GONÇALVES LEAL - MAT.: 132616-1-X



DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Impresso em: 07/06/2018 11:32:25

Este documento deve ser assinado digitalmente no endereço www.seguradoralider.com.br ou fisicamente no SAC DIFVAT (800 00 2774) ou 0 800 00 2776 para posterior download da declaração de asséncia.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário preencher corretamente todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL (caso seja necessário ser ressalvado). O Representante Legal é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 e 15 anos - O Representante Legal é representante de menor ou tutor. Apesar o Representante de menor 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 assinada por um Representante Legal (caso seja necessário). A declaração deverá ser assinada 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 interdicada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal devem assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Vítima: BRUNA MARIA VIEIRA SOARES / Documento: RG: 3561.4754-30 / Data: 08-07-2012

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA:

Nome: BRUNA MARIA VIEIRA SOARES / Documento: RG: 3561.4754-30 / Data: 08-07-2012

Assinatura: 

Este é o uso do perito da lei, que é um dos direitos que o beneficiário tem para o seu médico legal (IMI) para os fins de resgate, mesmo se não estiver no Seguro DIFVAT (art. 6º, § 2º, I, da Ld. 002).

Assinatura uma das opções abaixo:

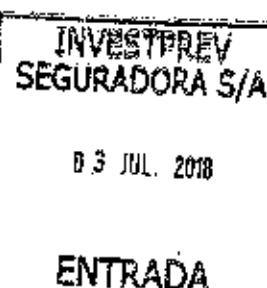
1) No horário estabelecido no art. 4º, que estende a região do acidente ou de morte a residência ou

2) O estabelecimento de DIFVAT que é a repórta de audiência ou de audiências de denúncia realizadas para os fins de prova do Seguro DIFVAT (art.

3) O estabelecimento de IMI que estende a região do acidente ou de morte residência ou sua residência superior a 90 (noventa) dias no respectivo período.

Este é o direito de perito da lei que é um dos direitos que o beneficiário tem para o seu médico legal (IMI) para a cobertura de encaminhamentos, assistência médica, exames, tratamento, vigilância e assistência devidamente autorizados pelo seu representante legal, no prazo de 10 (dez) dias, contados a partir da autorização do laudo do instituto médico legal (IMI), com conveniência, considerando que o seu direito a perito é inviolável e inalienável (art. 6º, § 2º, I, da Ld. 002).

Este é o uso do perito da lei que é um dos direitos que o beneficiário tem para o seu médico legal (IMI) para a futura evolução da sua cura, evitando o encerramento do contrato, caso o beneficiário da cura.



6-07-2012 6-07-2012 6-07-2012
Data de Assinatura / Data de Assinatura / Data de Assinatura

Bruna Maria Vieira Soares
Nome / Assinatura do beneficiário

Bruna Maria Vieira Soares
Nome / Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 00000065448-7

Nr. da Autenticação F03FDB269CD4DFE4

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

Si no es el caso, solicite a las Metáforas una Seguridad de la Información (SAC) DPNAT (800 0021703) en la sección de SACs de la DPNAT.

12005445 2003 1299 08744750

Este documento destaca a parte integrante do processo de licenciamento ambiental estabelecido no seu artigo 1º, II, que é o direito à licença ambiental.

<https://www.e-FileUSA.gov/888-818-1477/ETCAWEB/OPCORIGINAL/65872190-14COPMAD-239636>

o "Decreto-SU.SS/2012, que trata da prevenção e lavagem de dinheiro no mercado segurado" determina que, todas as pessoas que são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este caso não deve envolver além de documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da idade e sexo da pessoa, elementos da identidade, de sua profissão e sua identificação.

¹² See, for example, the study by G. G. G. van der Linde, *De politie en de politieke partijen in de negentiende eeuw* (The Hague, 1970).

For a detailed description of the analysis of the single frequency characteristics of the ultrasonic frequency, see the following paper: [K. V. Kostylev, A. V. Kostylev, and V. V. Kostylev, "Analysis of the ultrasonic frequency characteristics of the ultrasonic field in the presence of a rotating medium," *Acoust. Phys.*, **52**, No. 1, 100-105 \(1996\).](#)

Porto Alegre em 05/04/2010. Intermediária do Benefício da Assistência Social, assinada e escrita a caneta, por mim, a 05/04/2010. Até a data de 24/04/2010, não haverá liberação de verba. No entanto, o beneficiário terá direito ao seu benefício, portanto que não é de sua responsabilidade, conforme o artigo 14, da Instrução 475/03.

See also: [How to use the `getElementsByClassName` method](#)

2018-01-01 15:15:10

Art. 100. - São proibidas na lei e para fins de aplicação legislativa e judicial a Segunda Cadeia - Deltel, segundo o que é exigido abaixo, e a prisão de menor, salvo quando se trate de execução de sentença judicial.

10. *Strengere Strafen für alle Delikte gegen die Rechtssicherheit und die öffentliche Sicherheit* (1994).

| Nome | CPF | RG | Endereço |
|-----------------------|----------------|----|----------|
| ROBERTA VIEIRA AREUJO | 036.000.000-00 | 92 | RUA CASA |
| CONCEPCAO | 036.000.000-00 | 93 | RUA CASA |
| ROBERTA VIEIRA AREUJO | 036.000.000-00 | 93 | RUA CASA |
| CONCEPCAO | 036.000.000-00 | 93 | RUA CASA |
| ROBERTA VIEIRA AREUJO | 036.000.000-00 | 93 | RUA CASA |

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

03 JUL. 2010

ENTRADA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu. *Andreae* *Platensis* *Marinus*

RG nº 2233261-24, data de expedição 13/05/99.

Órgão SEFAZ/RS, portador do CPF nº 232.642.671-773, com

domílio na cidade de Flávio no Estado de

Rua/rua _____, onde _____ resido _____ na _____ (Rua/Avenida/Estrada) _____, nº _____ (Número) _____, CEP _____ (Código Postal) _____, _____ (Município) _____, _____ (Estado) _____.

Res. Francisco Latorre de Carrizosa nº 15.

complemento Exclusivo, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vitima Nação dos Povos do Brasil

Vehículo: Alfa Romeo 164

Modelo: Yamaha YZ250F, año: 2011

Ano. 90 L. 3 / 90 L. 4

Placa: 0.000 - 14.00

Data do Acidente:

Local e Data: Florianópolis, 28/06/2013

Indonesian Marine Mammals

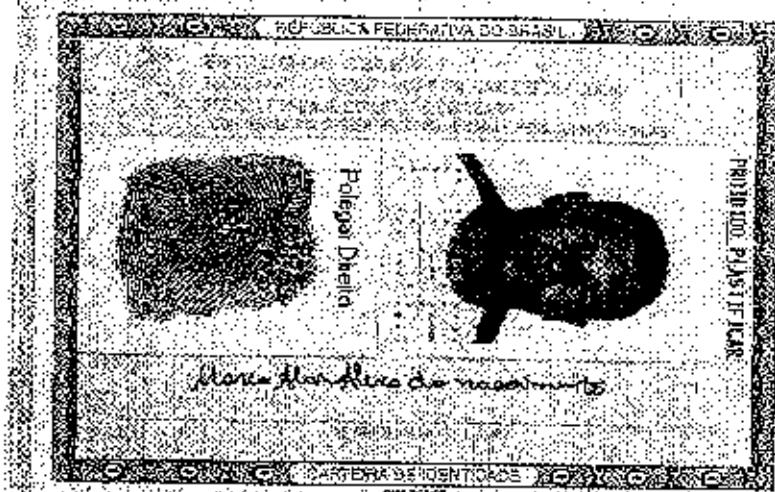
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima reclamante do sinistro)

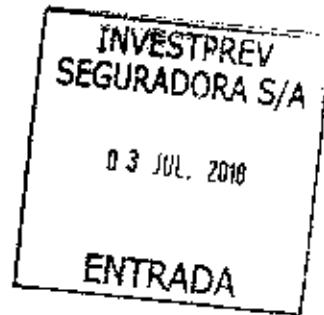
INVESTPREV
SEGUROADORA S/A

03 JUL 2018

ENTRADA



| VIA CERTIFICADA | | EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
|--|---------------|---|------------|
| REGISTRO | 2000034075551 | DATA DE | 15/01/2018 |
| SEXO | | EXPEDIC. | |
| NOME | | | |
| MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO | | | |
| NASCIMENTO | | | |
| APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO | | | |
| MUNICÍPIO | | DATA DE NASCIMENTO | |
| MOREILÂNDIA - PE | | 06/02/1986 | |
| DOC. CRÍTICO | | | |
| CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: CARIRINHETA TERMO: 4823 FOLHA: 80 | | | |
| LIVRO: 18 - MOREILÂNDIA - PE | | | |
| 2. VTA | | Renato O. J. Costa
ASSINATURA DO CERTIFICADO | |
| LEIA: 21116-22-0001 | | | |



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
069.350.254-19

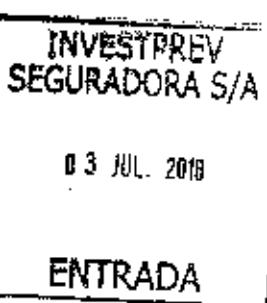
Nome
MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Nascimento
06/02/1985

CÓDIGO DE CONTROLE
4661_A3AEEAFDB0B



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 10:24:34 do dia 25/01/2018 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 08
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





INVESTPREV
SEGURADORA S/A
03 JUL. 2019
ENTRADA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180304773 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO JOELHO ESQUERDO, ATROFIA MUSCULAR QUADRÍCIPITAL
médico pericial: ESQUERDA E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA ALINHADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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 inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PRESTADOR

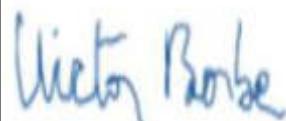
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180304773 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDA

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: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE-

| | |
|----------------|---|
| Nome: | Marcos Wainer da Motta |
| Nacionalidade: | Brasileiro |
| Identidade: | 20000340456781 |
| Estado Civil: | Solteiro |
| CPF: | 010.350.334-19 |
| Profissão: | Motorista |
| Endereço: | Rua Presidente Vargas, número 233, Centro |
| CEP: | 65.100-000 |
| Telefone: | (65) 3196-1232 |

OUTORGANDO:

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado civil: SOLTEIRO
Identidade: 99029071681
CPF/CNPJ: 045.291.864-23
Profissão: CORRETOR
Endereço: R. BEATA M^ª DE ARAUJO, 09, R
CEP: 63.050-720
Telefone: (68) 3512-4870



Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários juntos às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícias médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandado a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima:

وَالْمُؤْمِنُونَ

Locale data

Assinatura do Outorgante.
(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)