

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

Carta nº 13061293



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 nº: 13124468

A/C: MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180304773
Vítima: 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
---	-----	----------

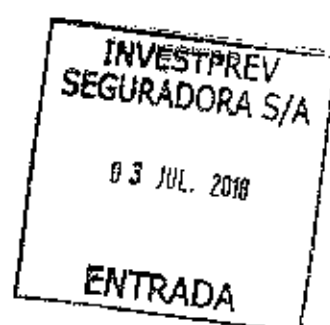
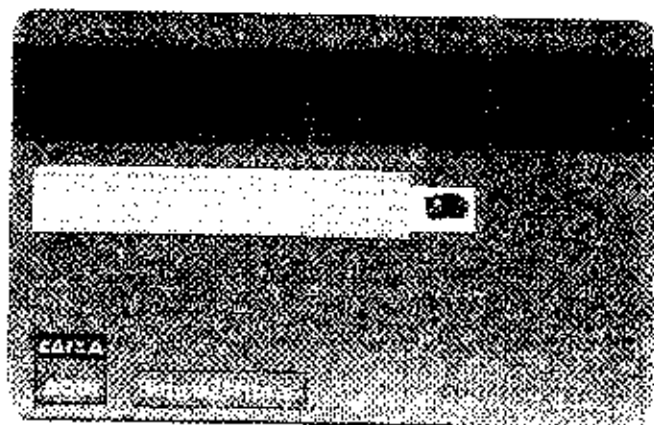
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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:

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

- IV. Nexo de casualidade: 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

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



Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566



BOLETIM DE Ocorrência Nº 446 - 3199 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESÃO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESÃO 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**

Órgão Emissor: **SSP**

UF:

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

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

Bairro: **RECREIO**

Município: **CRATO/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

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

Dados do(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, DENÚNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO: NOTICIA 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 HABILITADO 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 LUIZA COELHO

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

MAT.: 300214-1-X

03 JUL 2018

Pág. 1 de 1

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

ENTRADA



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

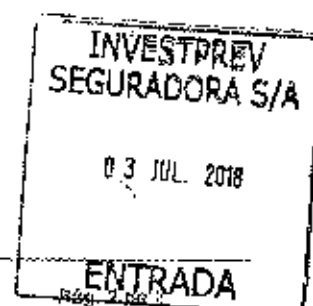


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 3199 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Levi Gonçalves Leal

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
LEVI GONÇALVES LEAL - MAT.: 132616-1-X

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



Impresso em: 07/06/2018 11:52:23

Para obter o formulário, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 022 774) ou 0800 022 774. Para obter mais informações consulte o site ou a central de atendimento.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário preencher todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL. Caso seja preenchido sem erro, o Representante Legal é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representante do pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deve 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 deve assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima:

Data do evento:

Cidade do evento:

MARCO ANTONIO RODRIGUES PEREIRA JUNIOR 06/03/2018 154 kg 08-01-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:

CPF do Representante Legal:

Assinatura:

Assinatura (CPF):

Declaro, sob as penas da lei, que sou o/sofista responsável por apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Circular 34/14) da seguinte forma:

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realizou perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias no respectivo ponto.

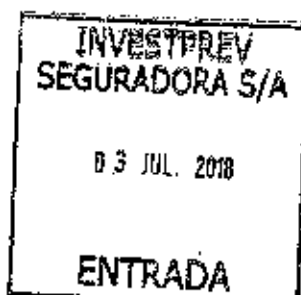
Com o objetivo de garantir a máxima eficiência do atendimento do Seguro DPVAT, para a cobertura de eventuais prejuízos causados declarando que sou o/sofista responsável por apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Circular 34/14) da seguinte forma: em uma situação de perícia médica às costas da seguradora LIDER DPVAT para a correta avaliação da extensão e extensão do grau da lesão ou lesões, para os fins do artigo 13º da Lei nº 11.141/2005.

Declaro a não existência de qualquer autorização para a realização desta perícia, não significando prejuízo nem compensação com a futura avaliação médica, quando não direito de contestação, caso discorda da perícia realizada.

Assinatura da Vítima ou do Representante Legal 08/03/2018
LIDER S/A

Assinatura da Vítima ou do Representante Legal
LIDER S/A

Assinatura do Representante Legal
LIDER S/A



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: 000000065448-7

Nr. da Autenticação F03FDB269CD4DFE4

522982133

Campanha Energética do Ceará
 Companhia Energética do Ceará
 Rua da República, 100 - Centro - Fortaleza - CE
 CEP: 60010-000

DADOS DO CLIENTE

Razão Social: APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO

CPF: 011050 05 648840

Endereço: Rua

Município: Fortaleza

CEP: 60000

UF: CE

Este é a segunda via de

ABR/2018

Endereço: Rua

Consumidora

RUA ADALISA GOMES ALMEIDA CUELLAR 33000000

CEP: 60000

CPF: 011050 05 648840

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Cidade: 01-RESIDENCIAL, MOVOPASICA

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Valor da Conta: R\$ 96,17 (Nove e 17/100 reais)

SP	6736	6608	1	123	0	123
Quantidade	6736	6608	1	123	0	123

Quantidade de Tarifa de Valor (R\$)

ENERGIA	CONSUMO	123	671188	93,12
ENERGIA	CONSUMO	123	671188	93,12

DADOS DE CANCELAMENTO

Data de Cancelamento

Data de Cancelamento

Data de Cancelamento

Data de Cancelamento

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

SIC: ACS: 5540.6527 3931.7040 4446.0490

DADOS DE PAGAMENTO

Valor da Conta (R\$): 96,17 (Nove e 17/100 reais)

SP	6736	6608	1	123	0	123
SP	6736	6608	1	123	0	123

COMPRESSÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	CONSUMO	123	671188	93,12
ENERGIA	CONSUMO	123	671188	93,12

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Índice de Qualidade do Fornecedor (IQF) - 99,99%

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

Data de Faturamento

ANEXO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)Valor da Emissão de CO₂ (kg/kWh): 0,123

4760119-1

Número da Nota Fiscal: 522982133

Total a Pagar (R\$): 96,17

18/05/2018

Data de Emissão

ABR/2018

Número da Conta: 0004760119 00075 4385 2 50

83660600000-0 96170631000-1 00047601190-6 00754385222-6



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Audolino Norberto Martins,
RG nº 9399061634, data de expedição 12/05/99,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 038.958.671-76, com
domicílio na cidade de Enato, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Francisco Leão da Oliveira, nº 85,
complemento Enato, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Norberto Norberto de Norberto, cujo o condutor era
Norberto Norberto de Norberto.

Veículo: Motorola
Modelo: Yamaha, YZR-125, Factor 11
Ano: 2013 / 2014
Placa: 030 - 1748
Chassi: SR6KE125G2C027380
Data do Acidente: _____
Local e Data: Estado RJ 28/05/2018

Assinatura do Declarante

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

[illegible]

INVESTPREV
SEGURODORA S/A
03 JUL. 2018
ENTRADA



VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS	
REGISTRO GERAL	2000034075551
DATA DE EXPIRAÇÃO	15/01/2015
NOME	MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO
RELACAO	DIANIO DO NASCIMENTO
APARECIDA ALVES DO NASCIMENTO	
NATURALIDADE	MOREILÂNDIA PE
DATA DE NASCIMENTO	06/02/1985
ODG ORIGIN	
CERT. NASCIMENTO	CARTÓRIO CARIMIRIM TERMO 4823 FOLHA 80
LIVRO A 18	MOREILÂNDIA PE
2 VIA	
Assinatura do Diretor	
LS N. 716-06-28-18-15	

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

03 JUL. 2010

ENTRADA



Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

069.350.254-19

Nome

MARCO ALAN ALVES DO NASCIMENTO

Nascimento

06/02/1985

CODIGO DE CONTROLE

4661A3AFEEAFDB05



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

Às 10:24:34 do dia 25/07/2018 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

03 JUL. 2018

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 médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO JOELHO ESQUERDO, ATROFIA MUSCULAR QUADRICIPITAL 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:

Victor Borba

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

Valoração 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 Manoel Alves do Nascimento
Nacionalidade: Brasileiro
Identidade: 2000034075551
Estado Civil: Solteiro
CPF: 068.350.334-15
Profissão: Montador
Endereço: Rua Paquetaia Antônia Gomes, Número 233, Centro-Br.
CEP: 64.100-001
Telefone: (88) 3.3612-15 38

OUTORGADO:

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado civil: SOLTEIRO
Identidade: 99029071681
CPF/CNPJ: 045.291.864-23
Profissão: CORRETOR
Endereço: R. BEATA Mª DE ARAUJO, 09, ROMEIRÃO, JUAZEIRO DO NORTE-CE
CEP: 63.050-720
Telefone: (88) 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 mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima:

Marcos Manoel Alves do Nascimento

Centro-Br, 23 de fevereiro de 2018
Local e data

Marcos Manoel Alves do Nascimento

Assinatura do Outorgante.
(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)

