

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: VINICIUS DE MOURA MARTINS

Nº Sinistro: 3180227022

Vitima: VINICIUS DE MOURA MARTINS

Data do Acidente: 07/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180227022**.

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 12832854



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: VINICIUS DE MOURA MARTINS

Sinistro: 3180227022
Vítima: VINICIUS DE MOURA MARTINS
Data do Acidente: 07/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

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 3180227022** 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, 12 de Junho de 2018

Carta nº: 12951099

A/C: VINICIUS DE MOURA MARTINS

Nº Sinistro: 3180227022
Vítima: VINICIUS DE MOURA MARTINS
Data do Acidente: 07/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

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: VINICIUS DE MOURA MARTINS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000735

Conta: 0000044998-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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 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 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

906 768 115 69

Nome completo da vítima

Remécio de Viana Martins

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Problema
Remécio de Viana Martins		906 768 115 69	Uso de Boy
Endereço		Número	Complemento
Rua Edmundo Silva		13	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
São José	João Pessoa	Pernambuco	58034-500
E-mail		Telefone (DDD)	

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	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ 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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NFO	DIV	CONTA NFO	DIV
0935		00044998	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		AGÊNCIA NFO	DIV
		(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.

São José, 02 de fevereiro de 2018
Local e Data

Remécio de Viana Martins
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG. TAMBÁU

DATA: 01/02/2018

HORA: 10:33:39

TERMINAL: 07351852

CONTROLE: 073518520128

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0735.013.00044998-7

NOME: VINICIUS DE M MARTINS

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2900

NÚMERO DO ENVELOPE: 4675036510

NÚMERO DE CONTROLE: 032091623

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

17 MAIO 2018

**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: 3180227022
Nome do(a) Examinado(a): Vinicius de Moura Martins
Endereço do(a) Examinado(a): R Edmundo Filho, S/N Cs
S Jose Joao Pessoa PB CEP: 58034-820
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4125388
Data local do acidente: [07/08/2017]
Data local do exame: [04/06/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO FÊMUR DIREITO DISTAL.

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.

Data da Alta: 12/03/2018

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA NA COXA DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR DO QUADRICEPS, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- 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:

APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 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

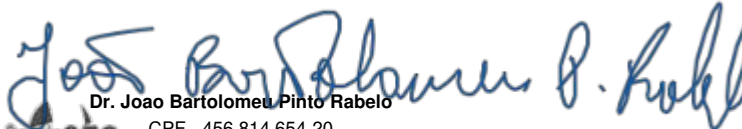
Região Corporal (Sequela):

% 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 00199.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00199.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:40 horas do dia 30 de janeiro 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Vinicius de Moura Martins**, CPF nº 706.768.114-69, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Moto Boy, filho(a) de Francinilda Martins da Silva Lima e Dnilson de Moura Martins, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/05/1997 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Edmundo Filho, Nº 13, bairro São José, tendo como ponto de referência Posto de Saúde, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98791-5727.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua: José Augusto Trindade, Rua José Augusto Trindade Com a Rua Infante Dom Henrique, Próximo a Epitácio Pessoa, João Pessoa/PB, bairro Tambaú; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/17 13:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, transitava na rua: José Augusto Trindade, com a rua: Infante Dom Henrique, bairro de Tambaú, nesta Capital PB, com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI, ano 2015/2016 de cor preta, placa: OFB 1582/PB, CHASSI Nº 9C2KC22000GR032244, registrado em nome de Karolaine Gomes da Silva, CPF nº 705.643.754-03; QUE segundo o notificante ao chegar nos cruzamentos das ruas acima citado, um veículo Corola de cor preta fez uma manobra errada, não prestando atenção ao cruzamento e colidiu com o notificante, que devido ao fato veio a cair e se lesionar, sendo socorrido pelo SAMU, conforme declaração apresentada, datado de 21/10/2017, e levado para o hospital o hospital de emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme solicitação laudo e prontuário, assinado pelo servidor ADEIKSON MORAIS, prontuário: 103684. Que não quer representar criminalmente.

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, 30 de janeiro de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

VINICIUS DE MOURA MARTINS
Notificante

DOCUMENTO ORIGINAL

Procedimento Policial: 00199.01.2018.1.00.420

17 MAIO 2018

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 <i>Emílio de Almeida Martins</i>	CPF da Vítima <i>906.963.115-69</i>	Data do Acidente <i>09/08/2017</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
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.

DOCUMENTO ORIGINAL

Sopé, *02* de *junho* de *2017*
Local e Data

Emílio de Almeida Martins
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 710/059, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1784134, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente VINICIUS DE MOURA MARTINS idade 20 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão Carro x Moto) no dia 07/08/2017, na Rua José Augusto Trindade x Rua Infante Dom Henrique -, Bairro: Tambaú - João Pessoa - aproximadamente às 13:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 21 de Outubro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto

Enfermeiro

CRE/5ª Região: 10174

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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: 06/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VINICIUS DE MOURA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000044998-7

Nr. da Autenticação 0A6C158981A3F0B9

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Zemirio Mauro Martins,

RG nº 4125388, data de expedição 13/11/2013 Órgão SSDS/PB,

CPF nº 90676811969, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Edmundo Silva</u>
Número	<u>13</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sol Fozé</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58085-500</u>
Telefone de Contato	<u>(33) 99151-0439 / (33) 99190-0986</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sapo, 03 de fevereiro de 2018.

Assinatura do Declarante: Zemirio de Mauro Martins

DOCUMENTO ORIGINAL

17 MAIO 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Zemirio Mauro Martins

RG nº 4125388, data de expedição 13/11/2013 Órgão SSDS/PB,

CPF nº 90676811969, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Edmundo Silva</u>
Número	<u>13</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sol Fozé</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58085-500</u>
Telefone de Contato	<u>(33) 99151-0439 / (33) 99190-0986</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sapo, 03 de fevereiro de 2018.

Assinatura do Declarante: Zemirio de Mauro Martins

DOCUMENTO ORIGINAL

17 MAIO 2018



26 52:30 hrs



00509579



CTC RECIFE PE PL6
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

DATA DE VENCIMENTO: 25/02/18 - DATA DE POSTAGEM: 15/02/18



7216210573122770000008883630150218

Atendimento Claro - Lique 1052.
Auto-Atendimento - Lique *1052#
Na Web - claro.com.br
Visite o site: minhaclaro.com.br
para consultar o detalhamento da sua fatura.
Se preferir receber mensalmente a sua fatura
detalhada solicite através do 1052.
Atendimento ao deficiente auditivo e
da fala - Lique 0800 036 2323

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99181 6739	de 07/01/2018 a 06/02/2018	25/02/2018	R\$ 79,99

Valor pago na última conta: R\$ 71,79

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais		
Oferta Coniunta Claro MIX	R\$	89,99
Aplicativos Digitais		
Assinatura Controle (137)		
Descontos	R\$	-10,00
Total do Mês	R\$	79,99

Total a Pagar	R\$	79,99
----------------------	------------	--------------

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.**Mensagens Importantes**

Oferta Coniunta Claro MIX é composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais providos por terceiros.

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o n° da reclamação registrada na prestadora.



17. MAIO 2018

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/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Ellen de Lencas Felício inscrito (a) no CPF 036.219.034 / 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vinicius de Lencas Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.768.114 / 69, do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Vinicius de Lencas Martins, inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.768.114 / 69, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: - x - Renda: - x - 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>Rua Doutor Antônio Pol'tot</u>		Número <u>175</u>	Complemento
Bairro <u>Boncoiros</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>Paraíba</u>	CEP <u>58051-780</u>
Email <u>joaoellenfelicio@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83)99181-6739</u>

João Pessoa 09 de maio de 2018
Local e Data

João Ellen de Lencas Felício
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Karolaine Gomes da Silva,
RG nº 4124992, data de expedição 25/10/13,
Órgão SS051PB, portador do CPF nº 705643959-03, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Edmundo Siqueira, nº 13,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Vaniceis Viana Martins, cujo o condutor era _____.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA 100 160 FAN ESDI
Ano: 2015
Placa: 0FB1521PB
Chassi: 0C2KC2200GR032244
Data do Acidente: 07/08/2017
Local e Data: Sq. 02 de fevereiro de 2018

Karolaine Gomes da Silva 
Assinatura do Declarante

Vaniceis de Moura Martins

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



Rua Pernambuco Lda Henrique dos Santos, 75 - Jardim Oceano
3000 Póvoas - PB - CEP: 53020-000 - Fone: (51) 308-8800
www.decarlinto.com.br @decarlinto
Studio digital de impressões

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimada(s) de: KAROLAINÉ GOMES DA SILVA
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 31/01/2018 12:07:47
Debora Ferreira Vieira de Sena - Escrevente
[2018-009102]ENOL:R\$ 49,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: A6391038-XOEZ
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

DOCUMENTO ORIGINAL

17 MAIO 2018

Ficha de Atendimento Ambulatorial



Ficha de Atendimento Ambulatorial
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

Numero da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 1023



Identificação do paciente				Data e Hora 28/08/2017 09:23:18	
ID 941550	Nome VINICIUS DE MOURA MARTINS			Sexo Masculino	
Data de nascimento 14/05/1997	Idade 20 Ano(s)	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 103684	
Mãe FRANCINILDA MARTINS DA SILVA LIMA	Pai DNILSON MOURA LIMA				
Escolaridade MEDIO COMPLETO			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986730391	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4125388	Cross		Nº Cns 700409437813842	
Endereço					
CEP 58034500	Município de residência JOAO PESSOA		Logradouro EDMUNDO FILHO		
Número 13	Complemento		Bairro SÃO JOSÉ		
Atendido por JANAINA KELLY SOUZA DA SILVA VIDAL				Número da pulseira 59809615	
Motivo do atendimento CURATIVO ESPECIAL					

QUEIXA PRINCIPAL:

H.D.A:

EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO:

CID: - - -

CONDUTA:

17 MAIO 2018

Ficha de Atendimento Ambulatorial



Ficha de Atendimento Ambulatorial
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOAO PESSOA - CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

Numero da Ficha de Atendimento Ambulatorial:



Identificação do paciente				Data e Hora 28/08/2017 09:23:18	
ID 941550	Nome VINICIUS DE MOURA MARTINS			Sexo Masculino	
Data de nascimento 14/05/1997	Idade 20 Ano(s)	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 103684	
Mãe FRANCINILDA MARTINS DA SILVA LIMA			Pai DNILSON MOURA LIMA		
Escolaridade MEDIO COMPLETO			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986730391		DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4125388	Cross	Nº Cns 700409437813842		
Endereço					
CEP 58034500	Município de residência JOAO PESSOA		Logradouro EDMUNDO FILHO		
Número 13	Complemento		Bairro SÃO JOSÉ		
Atendido por JANAINA KELLY SOUZA DA SILVA VIDAL				Número da pulseira 59809615	
Motivo do atendimento CURATIVO ESPECIAL					

QUEIXA PRINCIPAL:

H.D.A:

EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO:

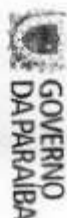
CID:

CONDUTA:

17 MAIO 2018



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: VINICIUS DE MOURA MARTINS

Data: 07/08/2017 16:39:34

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

Idade 20

BAE: 1018876

1- FLANCOX 400MG

01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR 05 DIAS.

14-MAR-2018 13:37 815994 1/1

SEGURADORA LIDER OPUNT

Dr. Luiz Juvêncio Medeiros
Oncologia e Traumatologia
CRM 8637/PB

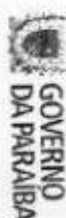
Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA

8637/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: VINICIUS DE MOURA MARTINS

Data: 07/08/2017 16:39:34

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

Idade 20

BAE: 1018876

1- FLANCOX 400MG

01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR 05 DIAS.

Dr. Luiz Juvêncio Medeiros
Oncologia e Traumatologia
CRM 8637/PB

Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA

8637/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

VINICIUS DE MOURA MARTINS

RG (IDENTIDADE)

4125388

FOI ATENDIDO (A) POR **LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAM**

DO (A) **HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**

NO DIA **07/08/2017 16:39:52**, NECESSITANDO DE **3** - **TRES**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: PACIENTE SOLICITOU QUE NÃO FOSSE ADICIONADO AO ATESTADO O(S) CID(S):

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(assinado utilizando nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N-89.312 DE 23/01/84,
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Luiz Juvêncio Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6637-PB

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(6637/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

17 MAIO 2018

Nome: <i>Vivian do Carmo Mendes</i>			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <i>14/08/12</i>		Alta: <i>25/08/12</i>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <i>Fract. Fechada Anel</i>				
Diagnóstico Definitivo:				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames: <i>RA</i>				
Cirurgia realizada - data e equipe: <i>RAFI - Dr. Renato dos</i>				
Biópsias:				

Infecção: sim () não (☒) Coleta de material: sim () não ()

Resultado bacteriologista:

Condições de alta: Melhorado (☒) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()

Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:

afirmado em 27/08/18

Dieta: Orientações Pós Alta

Repouso:

Relativo em casa por, _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.

Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.

Medicações para casa:

Retorno:

Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.

Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.

João Pessoa: 25 de 08 de 18

Ass. Médico/CRM

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,
MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

F(NG).APC.002-2 7 MAIO 2018

Cod. per Dis. Automatico 0000116 T200

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

Fonte referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	06/11/2017	05/12/2017	78878087400
JC (Unidade Consumidora):			5/116724-6

Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
04/05/17	20818	05/11/17	20625	19	191	23

Demonstrative

Demonstrativo									
4	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Unit.	Valor Total	Alíq. IPI (%)	Valor IPI	Valor Total IPI	Valor Total com IPI
01	Consumo de 2000W-hr	35.000	0.396690	13,78	4.813,27	3,08	1.483,28	6.296,55	0,41
01	Consumo de 1000W-hr	75.000	0.443282	31,03	23.298,15	6,36	14.918,31	38.216,46	1,30
01	Consumo de 1000W-hr	107.000	0.554393	71,14	76.419,27	13,21	10.194,34	86.613,61	3,06
01	Ass. @ Vemais			8,94	8,94	2,30	2,04	10,98	0,03
10	Subtotal			48,30	48.621,27	12,40	6.097,97	54.719,24	0,74

ANEXAMENTOS E SERVIÇOS

COMPLEMENTOS E SERVIÇOS									
07	CONTRATOS SERV. LIM. PÚBLICA	5,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08	JURADOS DE NOME 06/2017	1,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
09	MULTA 06/2017	2,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2017	0,32	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11	COMPLEMENTO REAJUSTE TAFAPRO DDDIT	14,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12	Divulgação Sessões	-32,83	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Charges de Classe	Charges de base	TOTAL	158.24	19.28	42.38	199.90	2.23	10.75
-------------------	-----------------	-------	--------	-------	-------	--------	------	-------

13/11/2017	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
		R\$ 158,24

Histórico de Consumo (kWh)

Monthly Average of Consumption (kWh)											
76	147	172	207	202	258	283	283	340	238	252	322
Jan't	Feb't	Mar't	Apr't	May't	Jun't	Jul't	Aug't	Sep't	Oct't	Nov't	Dec't

262c 90e5.30c8.a091.1769.6807.da60.0493

Indicadores de Qualidade 9/2017 - Tercel

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
SEMESTRAL		0,00	SEMESTRAL
TRIMESTRAL		0,00	TRIMESTRAL
ANUAL		0,00	ANUAL
QUINQUENAL		0,00	QUINQUENAL
DECENAL		0,00	DECENAL

Discriminação	Valor (R\$)	%
Salário e Gratificação	22.00	17,50
Adicional de Insalubridade	10,00	8,00
Adicional de Periculosidade	14,00	11,20
Adicional de Função	4,00	3,20
Adicional de Tempo de Serviço	10,00	8,00
Adicional de Noturno	10,00	8,00
Total	150,24	100,00

ATENÇÃO

ATENÇÃO
 AVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em poucos dias vencerá o prazo de validade da sua fatura de consumo mensal. Assim, para evitar o atraso no pagamento, recomendamos que você efetue o pagamento antes do vencimento da fatura, em até 10 dias antes do vencimento, para garantir o bom funcionamento do sistema e evitar o atraso no pagamento da fatura em até 10 dias antes do vencimento. Uma vez concluída em prazo de proteção do crédito no caso de não pagamento, a unidade de faturado como Bônus Renda, temos um desconto de R\$ 20,00.

Faturas em atraso
Out/17 129.61

[illegible]

24-0000-2016 13/37 815995 1/1

17 MAIO 2018

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 04844840

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 5.354/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

REGISTRO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PIAUÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

SOCIO
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

FILIAÇÃO
JOSE FELICIANO DA SILVA
ELIANE DE MELO COSTA

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
2589321 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
20/08/1980

CNPJ
036.219.834-88

DATA DE EMISSÃO
23/05/2014

NÃO

DESA: DEVERLY CAVALCANTE SOBRINHO
PRESIDENTE

13030

17 MAIO 2019

17 MAIO 2018

[illegible]



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recarta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

705.643.754-03

Nome

KAROLAINE GOMES DA SILVA

Nascimento

16/05/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

507994009 LITEC 07/07

14-MAR-2018 12:38 0156003 1-1

17 MAIO 2018

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PT/PASEP 209.50596.73-0

NÚMERO 0870893

SÉRIE 0050

UF PB

Karolaine Gomes da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



KAROLAINÉ GOMES DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO GOMES DA SILVA

RUTH GOMES DA SILVA

NASCIMENTO 16/05/1987 SEXO FEMININO

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO R.G. 4124982 SS05 PB 25/10/2013

LEI Nº 9.043, DE 18 DE MAIO DE 1995

CNPJ 705.643.754-03

TÍT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRT/PB - 23/06/2015

05.14 C. 6.20

Roberto Manoel Costa

Superintendente Regional do Trabalho e Emprego no Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

LEGENDA
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE INTERDEPENDÊNCIA | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180227022 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS DE MOURA MARTINS **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180227022 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VINICIUS DE MOURA MARTINS **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DIREITO DISTAL.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA NA COXA DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR DO QUADRICEPSE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO FÊMUR, PORÉM RESULTOU EM MARCHA CLAUDICANTE LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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:

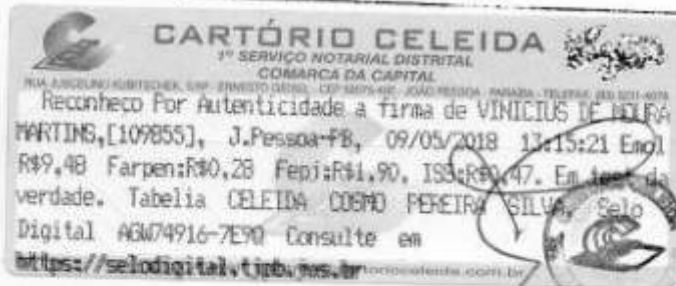
Victor Borba

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Vinicius de lauro Martins, brasileiro(a),
estado civil uniao estavel, profissão motorista, CI RG nº
4125388, CPF/MF nº 706.768.114-69, residente e domiciliado(a)
à Rua Edmundo Filho, 13, São José, Cidade de
João Pessoa, Estado Paraíba, CEP:
58084-500, telefone (83)99181-6739.

OUTORGADO: Isiane Ellen de Lencx Feliciano
sob o nº _____, CNPJ/CPF 036.219.034-88
com endereço profissional à
Rua Doutor Antônio Pollet, 175 Boncoiros, na cidade de
João Pessoa, Estado do Paraíba.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa / PB, 09 de maio de 20 19.

Vinicius de lauro Martins
OUTORGANTE

OFÍCIO NOTARIAL
DOCUMENTO ORIGINAL

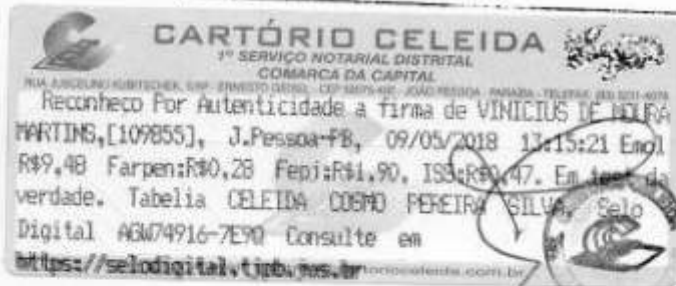
17 MAIO 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Vinicius de lauro Martins, brasileiro(a),
estado civil uniao estavel, profissão motorista, CI RG nº
4125388, CPF/MF nº 706.768.114-69, residente e domiciliado(a)
à Rua Edmundo Filho, 13, São José, Cidade de
João Pessoa, Estado Paraíba, CEP:
58084-500, telefone (83)99181-6739.

OUTORGADO: Isiane Ellen de Lencx Feliciano
sob o nº _____, CNPJ/CPF 036.219.034-88
com endereço profissional à
Rua Doutor Antônio Pollet, 175 Boncoiros, na cidade de
João Pessoa, Estado do Paraíba.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa/PB, 09 de maio de 20 19.

Vinicius de lauro Martins
OUTORGANTE

OFÍCIO
DOCUMENTO ORIGINAL

17 MAIO 2018