

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2016

Carta nº: 9986819

A/C: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Sinistro: 3160661500 ASL-1127765/16
Vitima: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2016

Carta nº: 10103450

A/C: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Sinistro: 3160661500 ASL-1127765/16
Vitima: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Sabemi Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2017

Carta nº 11047051

a/c: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Sinistro: 3160661500 ASL-1127765/16
Vítima: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2017

Carta nº: 11441212

A/C: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170424148 ASL-0290839/17
Vitima: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11456690

A/C: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Sinistro: 3170424148 ASL-0290839/17
Vítima: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2017

Carta nº: 11520345

A/C: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Sinistro: 3170424148 ASL-0290839/17
Vítima: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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: **WILMAR MARTINS DE LISBOA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000493-6**

Conta: **000000491199-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Wilmar Martins de Pinho
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.542.036-0 EXPEDIDO POR SSPISE EM 28/04/16 E
 CPF 090.084.036-56 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Ar. Pedreiro
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wilmar Martins de Pinho AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a abertura da proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da CAIXA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta bancária para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com **assinatura digitalizada** ou scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do cartão multibanco com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0493-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0491199-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa 28 de Junho de 2016
 LOCAL E DATA

Wilmar Martins de Pinho
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0231204.





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO!



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

FU Wilmar Martins de PinhoPORTADOR(A) DO RG Nº 35420360 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 22/11/16 ECPF 0910847134-56 /CNPJ _____ PROFISSÃO Aux. Procurat.

E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wilmar Martins de Pinho. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0493-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0491199-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA RECEITA DE INDENIZAÇÃO.

PROTOCOLADO
AG. 30 AG. 16.506

João Pessoa 12 de junho de 2014

LOCAL E DATA

Wilmar Martins de Pinho

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
27 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00020.01.2016.1.00.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00020.01.2016.1.00.202, cujo texto agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 27 dias do mês de Julho de 2016, nesta cidade de João Pessoa/Delegacia Especializada De Crimes Contra Pessoa Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigação, às 09:14 horas, compareceu **WILMAR MARTINS DE LISBOA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão AUXILIAR DE PRODUÇÃO, naturalidade [NÃO INFORMADO], data de nascimento 16 de Fevereiro de 1989, idade 27, filiação CECILIA MARTINS DE LISBOA e VITAL MARTINS DE LISBOA, Documento - CPF: 091.087.134-56, residente R. DO TRABALHO, S/N, Bairro das Indústrias, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (89) 98701-0809

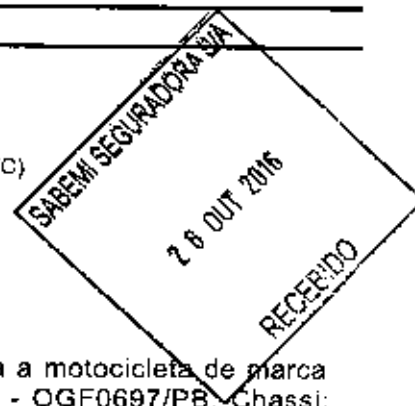
DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 08/06/16 15:00

Tipo do Local: VIA FORA DO PERÍMETRO URBANO (RODOVIA, ESTRADA, ETC)

Local do Fato: [NÃO INFORMADO], Indústrias, João Pessoa - PB



E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 08/06/2016, por volta das 15:00 horas quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN KS, ano 2013/2014, de cor vermelha, placa - OGF0697/PB, Chassi: 9C2JC4110ER403050, Registrada em nome de WILMAR MARTINS DE LISBOA, Pela R. do trabalho - bairro das Indústrias- João Pessoa/pb, Quando o pneu traseiro de sua motocicleta estourou, Fazendo com que perdesse o controle de direção caindo ao solo, sofrendo TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO E 5º MTT ESQUERDO, Sendo conduzido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, Nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 27 de Julho de 2016

Wilmor Martins de Lisboa

WILMAR MARTINS DE LISBOA

Noticiante

Rivaldo Marcos de Souza Melo

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO

Agente De Investigação



Secretaria da
Segurança e Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral de Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Crimes Contra
Pessoa Da Capital



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00020.01.2016.1.00.202

CERTIFICO, em razão de mau ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00020.01.2016.1.00.202, cujo fato agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 27 dias do mês de Julho de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Crimes Contra Pessoa Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigação, às 09:14 horas, compareceu **WILMAR MARTINS DE LISBOA**, nacionalidade **BRASILEIRA**, profissão **AUXILIAR DE PRODUÇÃO**, naturalidade **[NÃO INFORMADO]**, data de nascimento 16 de Fevereiro de 1989, idade 27, filiação **CECILIA MARTINS DE LISBOA e VITAL MARTINS DE LISBOA**, Documento - CPF: 091.087.134-56, residente R. DO TRABALHO, S/N, Bairro das Indústrias, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (89) 98701-0809

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 08/06/16 15:00

Tipo do Local: VIA FORA DO PERÍMETRO URBANO (RODOVIA, ESTRADA, ETC)

Local do Fato: [NÃO INFORMADO], Indústrias, João Pessoa - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 08/06/2016, por volta das 15:00 horas quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN KS, ano 2013/2014, de cor vermelha, placa - QGF0697/PB, Chassi: 9C2JC4110ER403050, Registrada em nome de WILMAR MARTINS DE LISBOA, Pela R. do trabalho - bairro das Indústrias- João Pessoa/pb. Quando o pneu traseiro de sua motocicleta estourou, Fazendo com que perdesse o controle de direção caindo ao solo, sofrendo TRAUMA NO TORNZELO ESQUERDO E 5º MTT ESQUERDO, Sendo conduzido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, Nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 27 de Julho de 2016

Wilmar Martins de Lisboa

WILMAR MARTINS DE LISBOA

Notificante

Rivaldo Marcos de Souza Melo

Agente De Investigação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

27 JUL. 2017

PROTOCOLO

ACÇÃO PESSOA

Procedimento: 00020.01.2016.1.00.202

"0004"
DUP

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Wilmar Martins de Sousa, portador da
carteira de identidade nº 3.542.036-0 e inscrito no CPF sob o nº 091.084.134-56
residente e domiciliado na Rua do Trabalho, S/N - Parcela
Industrial, Cidade João Pessoa
Estado Pernambuco, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a
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.

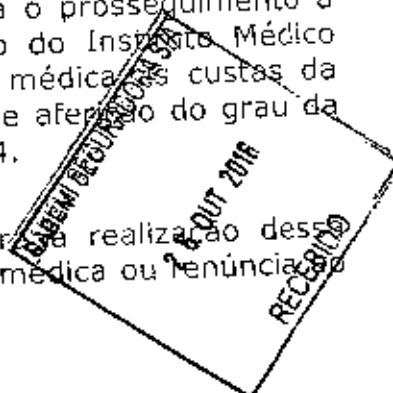
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa
perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao
direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

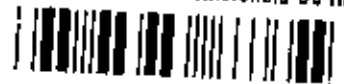
Wilmar Martins de Sousa

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 24 de Junho de 2016

Local e data



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Wilmar Martins de Sousa, portador da carteira de identidade nº 35.420.360 e inscrito no CPF sob o nº 090.084.134-56 residente e domiciliado na rua do trabalho num. 5/v Indústrias, Cidade João Pessoa Estado Paraíba, 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:

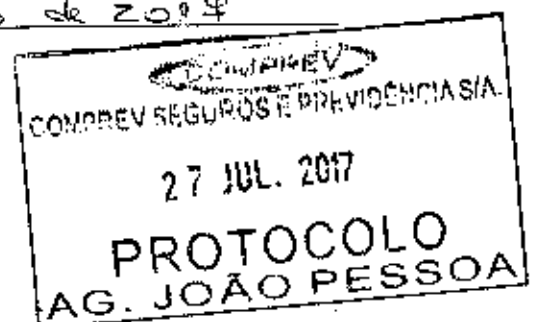
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

a Wilmar Martins de Sousa
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 22 de julho de 2017
Local e data



ATO DECLARATORIO



Imprimatura

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MA GABRIELA
R. AV. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA - PNE (03) 3214-1980
FAX: (03) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 059024 Ed: Nat Regular
Data: 26/02/2016
Hora: 13:30
Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA FIL
Clinica: TRAUMATOLOGICA

NUM. DO PACIENTE: [redacted]
Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.06.000656
CAS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 35720360 Pone: 987010809
Natural: ITABAIANA/SE Data Nasc.: 16/02/1989 Id: 27 ano(s)
End.: RUA DO TRABALHO, SENSUS INVALIDO (706408113899286) RG (SE) CASA 3
Bairro: BAIRRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: VIDAL MARTINS DE LISBOA
Mae: CECILIA MARTINS DE LISBOA
Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Tel/Doc. Responsavel: 987010809 / IDENTIDADE: 35720360
Procedência: CASA

Transporte utilizado: POTE VEIO EM VEICULO DE TECTUROS
Mecanismo de acidente: [redacted]
Vitima de violencia por: CLARO MEDIO COMPLETO
Caso Policial
PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2:

CONDICOES DO PACIENTE A SER ATENDIDO

- ☐ Aparentemente Bem
- ☐ Politraumatizado
- ☐ Hemorragia
- ☐ Diarreia
- ☐ Regular
- ☐ Vômito
- ☐ Observacao
- ☐ Grave
- ☐ Convulsao
- ☐ Despiñeira
- ☐ Agitado
- ☐ Chocado

Queixa Principal:

Depois a moto caiu em cima

Historia - Exame físico (hora do atendimento medico)

Paciente Relata Dor em [redacted]
ARBORE [redacted]
CF - EDENA +3/4 em T.N.E.
- Dor a [redacted] com [redacted] e [redacted]
[redacted]
FX FX em T.N.E.

Diagnostico

Prescrição

Horario da medicacao

CD: 1) TRA BOTA
2) ANE

ENTRADO

Dr. ANDRÉ

Dr. Leonardo [redacted]
CRM: [redacted]



Comprovação de ato declaratório



CERTIDÃO

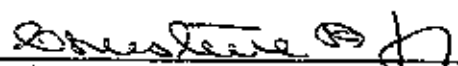
Nº. 0616/2017

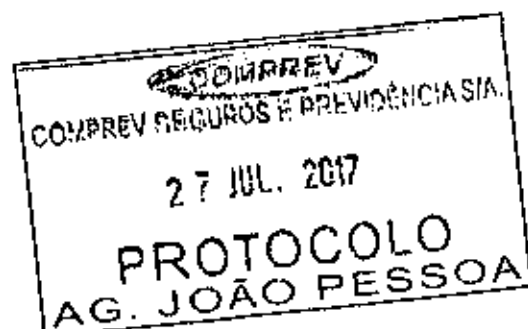
Atendendo solicitação de **WILMAR MARTINS DE LISBOA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 859094, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 08/06/2016 às 15H35min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em maléolo lateral e base do 5º metatarso esquerdo. Medicado e imobilizado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de maio de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILMAR MARTINS DE LISBOA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00493-6

CONTA: 000000491199-7

Nr. Autenticação

BRADESCO180820170500000000023700493000000491199168750 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Wilmar Martins de Sousa

RG nº 3.542.036-0, data de expedição 27/07/2010,

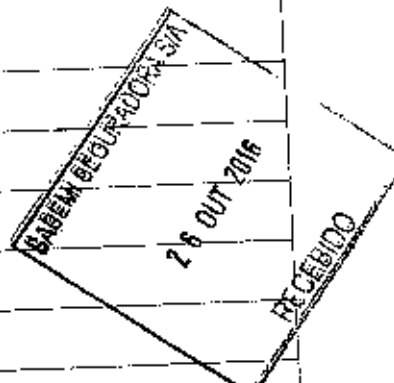
Órgão SSP/SE, CPF nº 091.084.134-56, venho perante a este

instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu

nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito

segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua. Vel. Trabalho</u>
Número	<u>511</u>
Aptº / Complemento	<u>Casa 1</u>
Bairro	<u>Industrial</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58083-010</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-6361 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>Alexandra.sousa@outlook.com</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 27/07/2010.

Wilmar Martins de Sousa

Assinatura do Declarante

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Policarpo Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.522.854/0001-07

PARA COMPATO COM A CAGEPA
INSCRIÇÃO DE VÍDEO
MATEMÁTICA

69277133

REFERENCIA

JUN/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DA PENHA S MONTEIRO
RUA DO TRABALHO S/N - CASA 1

INDUSTRIAS
JOAO PESSOA

58063-010

JOAO PESSOA						
Inscrição	SMU	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	W.C	Banho	
001.32.316.0003	0	1	0	0	0	69277133
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
0	31/12/1999	0	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
0 | 0 | 0 | 30 | 06/07/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. E QUA. LID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2012-MG

NÚMERO DE AMOSTRAS

PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

COR 77 122 122

COLIFORMES 0 0 0

CLORO 294 291 283

COLIFORMES 294 294 294

MÉDIA(M) 0 DADOS REFERENTES A: ADR/2016

DATA DA LEITURA: 09/06/2016 HORA DA LEITURA: 11:21:04

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATT 10m	30	32,78		R\$32,78
B47-JUROS DE MORA				R\$0,11
B50-ACRESCIMOS(MES) ANT.				R\$0,05



vivo



OTC RECIFE PEJPA PLB
ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV JOAO MACHADO 399
SL 01
58013-520 JOAO PESSOA - PB



50 13148850 77422 00000011812 30 090816

Data de Postagem: 09/08/2016



vivo Conexão como nenhuma outra.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Wilmar Martins de Sousa,

RG nº 35420360, data de expedição 22/11/16,

Órgão SP/SE, CPF nº 092.084.134-56, 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:

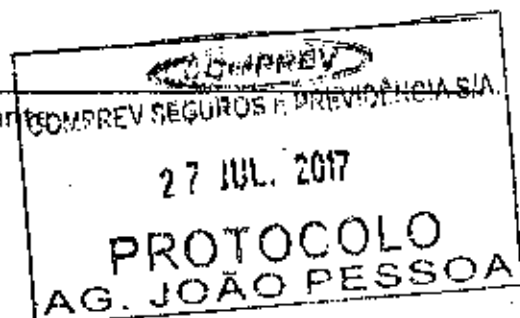
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do Trabalho num.</u>	
Número	<u>51N</u>	
Aptº / Complemento	<u>AP. 101</u>	Comprovante de residência
Bairro	<u>Indústrias</u>	
Cidade	<u>João Pessoa</u>	
Estado	<u>Paraíba</u>	
CEP	<u>58083-010</u>	
Telefone de contato	<u>83-99105-5363/99342-1170/3512-8500</u>	
E-mail	<u>alexandracasarduarte@hotmail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / 16.12/07/2017.

Wilmar Martins de Sousa

Assinatura do Declarante





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Gomes, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.120.834/0001-67

CONDIÇÃO DE CATEGORIA
INDETERMINADO
MATRÍCULA
70317640
REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JUL/2017

RICARDO LUIZ P DA SILVA
RUA DO TRABALHO NUM. S/N - AP101
INDUSTRIAS 58083-010
JOAO PESSOA

Inscrição	SNH	Quantidade de Economias				Responsável
		Próprio	Reserva	Outro	Outro	
001.32.316.0056	0	1	0	0	0	70317640
Pré-metro	Data de Instalação		Localização		Situação Água	Situação Esgoto
V12N035572	15/05/2012		4		LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
464	472	8	33	09/08/2017
HIST. DE CONS. ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2017-M5				
JAN/2017	0	0	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES	
FEV/2017	7	0	COL. TERMOT	0
MAR/2017	6	0	COR	77 77 76
ABR/2017	0	0	TURBIDEZ	294 95 98
MAT/2017	0	0	CLORO	294 294 294
JUN/2017	0	0	COL. TOTAIS	294 294 294
MEDIA(M)	8		DADOS REFERENTES A: JUN/2017	

DATA DA LEITURA: 11/07/2017 HORA DA LEITURA: 06:16:37
DESCRICAÇÃO CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m 10 36,84 29,47 R\$66,31
D47-JUROS DE HORA R\$0,25
USO-ACRESCIM(Ç) MES(ES) ANT. R\$1,34

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$6,15 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

12/07/2017

Total a Pagar:

R\$67,90

v. 16.11. R. 1.0

DIÁRIO DE LEITURA: REALIZADA
CATEGORIA DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEP. ANTERIOR(ES)
HÁ EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
27 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70317640	JUL/2017	12/07/2017	R\$67,90

PROTEÇÃO E SEGURANÇA 03176400720-4 17000000002-7

Comprovante de residencia



ALEXANDRA CESAR DIAMATO
AV. JOÃO HACHAGU 338 - CENTRO
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AD 1)

CHASSIN 52616 COMERCIAL/COMERCIAL MONOPASSO
RUEIRO 5-1-27-410 Referência Jan/2017
Nº Fatura 00001123618 Emissão 10/01/2017

ENERGISA Paraíba - DIS 1900000000 ENERGISA
21220.1 m26 - Cinto Assis - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.050.183/0001-40 Insc. Est. 10.015.122-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 60.242.224
Código para Geração Automática 06020701401

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/280445-8**

Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

10/01/2017

Data prevista da
próxima leitura

07/02/2017

CNPJ/ CNPJ/ RANI

4650275474
Pec. Est.

Faturas em atraso

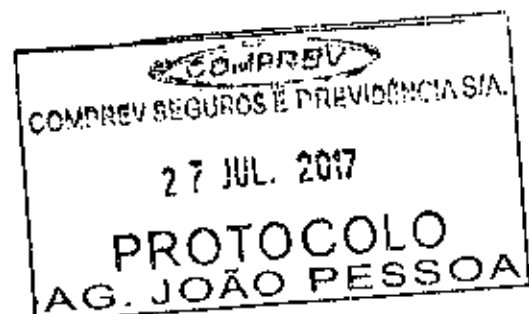
Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
10/12/16	23215	10/01/17	33622	28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Unidade	Valor (R\$)
Consumo kWh kWh	207	1 kWh	1.515
ICMS			1.84
PIG			1.03
GOVARS			9.82

LANÇAMENTOS E DEBITOS DE
CONTABILIZACAO RUTINA

1.45





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

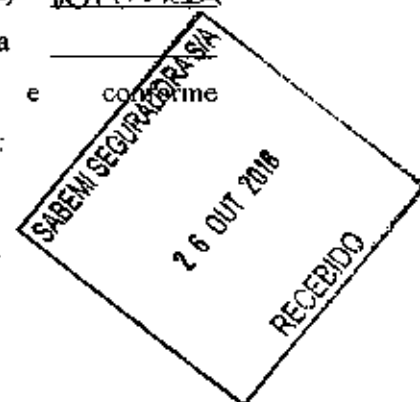
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

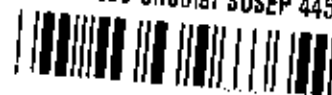
Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Wlfrman Martins de Pinho do sinistro de DPVAT da natureza da vítima Wlfrman Martins de Pinho, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

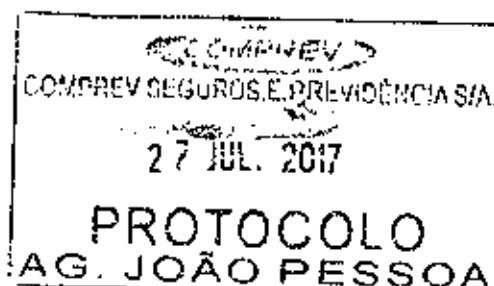
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Wilmara Mantem de Lencastre do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Wilmara Mantem de Lencastre, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Comunidade Condições

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
M. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 859094 Atcd: Nao Regulado
Data: 08/06/2016
Hora: 15:55
Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA PECO
Clinica: TRAUMATOLOGICA

NOME DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.06.000656

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 35720360 Fone: 987010809
Natural: ITABAIANA/SE Data Nasc.: 16/02/1989 Id: 27 ano(s)
End.: RUA DO TRABALHO, SNSUS INVALIDO(706408113899286) RG (SE) CASA 3
Bairro: BAIRRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: VIDAL MARTINS DE LISBOA
Mae: CECILIA MARTINS DE LISBOA
Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Tel/Doc. Responsavel: 987010809 / IDENTIDADE: 35720360
Procedencia: CASA

Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DE TECEIROS VITIMA DE QUEDA

Causa do acidente por: DE MOTO PROX A SUA CASA RESOLVIA EM 08/06/16

Vitima de violencia por: CLARO MEDIO COMPLETO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2s:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsão
[] Hemorragia [] Displasia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vômito
Observação

Queixa Principal

CAÍDA NO B-TN1 @ após a moto cair em cima

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PACIENTE RELATA DOR em T.N.Z.E.E.V.E.E
APÓS QUEDA DE MOTO

Diagnostico

EF: C.DENSA +3/4 em T.N.Z.E.
- DOR na PATELA em MANEIRA ATIVA E
BASE DO B-TN1 E
RX: FX em T.N.Z.E.

Prescrição

1 Horário da medicação

CD: 1) TRA BOTA
2) AINE

FATURADO

Dr. Leonardo Lame
Médico
CRM: 10.000

Dr. ANTHER

RATIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
E DO ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR

Nome Wilton Martins de Sousa
Endereço Rua José Trindade, S/N - Povoado - Indaial - SC
RG 3.572.036-0 CPF 091.084.134-56

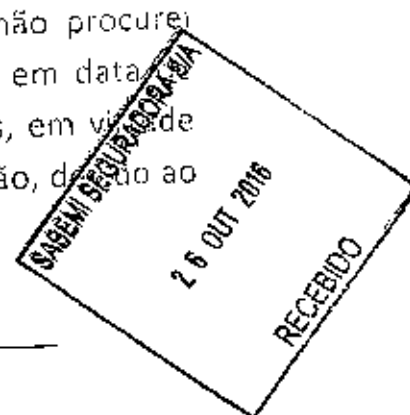
Declaro para fins de comprovação junto à Seguradora Líder, a veracidade da ocorrência do acidente de trânsito, ocorrido na data de ____/____/____ tendo minha participação como vítima, conforme Boletim de Ocorrência Policial.

Declaro também, que apesar das lesões sofridas, não procurei atendimento médico de imediato, somente vindo a fazê-lo em data ____/____/____ por conta própria, auxiliado por familiares, em virtude de constantes dores e da minha dificuldade de movimentação, devido ao acidente, tendo sido atendido no serviço médico abaixo:

nome da instituição hospitalar ou de atendimento

José Pessoa, 2ª de fev de 2.016.

Wilton Martins de Sousa
(assinatura da vítima/beneficiário)



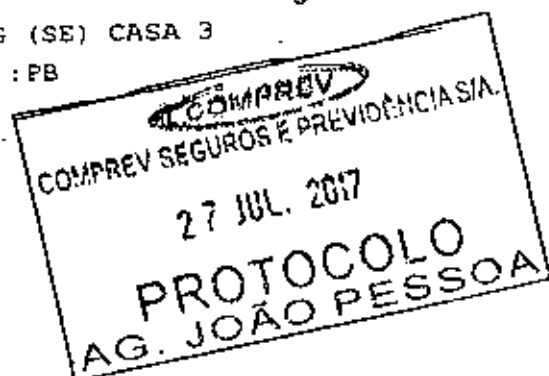
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
34256-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNEJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 859094 Atcd: Nao Registrado
Data: 08/06/2016
Hora: 15:35:43
Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA FLO
Clinica: TRAUMATOLOGICA

ANAMNESE DO PACIENTE

WILMAR MARTINS DE LISBOA
CNEJ: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 35720360 Fone: 987010809
Natural: ITABAIANA/SE Data Nasc.: 16/02/1989 Id: 27 ano(s)
End.: RUA DO TRABALHO, S/SUS INVALIDO(706408113899286) RG (SE) CASA 3
Bairro: BAIRRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: VIDAL MARTINS DE LISBOA
Mae: CECILIA MARTINS DE LISBOA
Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Trat./Doc. Responsavel: 987010809 / IDENTIDADE: 35720360
Procedencia: CASA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.06.000656



Veículo utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DE TERCEIROS VITIMA DE QUEDA
Data do acidente por: DE MOTO PROXIMA SUA CASA AS 17:40 EM 07-06-16 M
Vitima de violência por: CLARO MEDIO COMPLETO
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispnoia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular
☐ Vômito
Observacao

Documentacao medico-hospita



Queixa Principal

Queda no TN1 (E) após a moto cair em cima

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PACIENTE RELATA DOR EM TNZ E E PE E
APÓS QUEDA DE MOTO
EX: EDEMA +3/4+ EM TNZ E
- DOR A PALPAÇÃO EM MALLOLATO E
BASE DO SE MTT E
RX: FX EM TNZ E

Prescrição

Horario da medicacao

CD: 1/ TIRA BOTA
2/ ANKE

FATURADO

Dr. Leonardo Tave
Médico
CRM - 100.000

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

William Martins de Sousa

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 859094

Atend: Nao Regula

Data: 08/06/2016

Hora: 15:35:43

Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA F

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: WILMAR MARTINS DE LISBOA

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 35720360 Fone: 987010809

Natural: ITABAIANA/SE Data Nasc.: 16/02/1989 Id: 27 ano(s)

End.: RUA DO TRABALHO, SNSUS INVALIDO (706408113899286) RG: (SE) CASA 3

Bairro: BAIRRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA

Pai: VIDAL MARTINS DE LISBOA

Mae: CECILIA MARTINS DE LISBOA

Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO

INFORMACOES DE ENTRADA

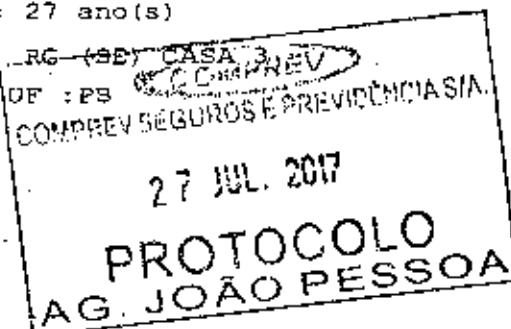
Resp.: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Tel/Doc. Responsavel: 987010809 / IDENTIDADE: 35720360

Procedencia: CASA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.06.000656



Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DE TERCEROS VITIMA DE QUEDA

Vitima de acidente por: DE MOTO PROX A SUA CASA AS 17:40 EM 07-06-16 M

Vitima de violência por: CLARO MEDIO COMPLETO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR: FC: TP: Peso: Altura: Glicemia: IMC: Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Trauma no TNZ (E) após a moto cair em cima

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PACIENTE RELATA DOR EM TNZ E E PE E
APÓS QUEDA DE MOTO
EF: EDEMA +3/4+ em TNZ E
- DOR A PALPACAO EM MALHORIZACAO E
BASE DO 5º MTT E
RX: FX em TNZ E

Prescriçao

Horario da medicacao

CD: 1/ TIRA BOTA
2/ AINE

FATURADO

Dr. ANDRILHA

Dr. Leonardo Tave
Médico
CRM - SP

Data e Hora [] PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

B0220070
B022004P
B03090200

[] Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

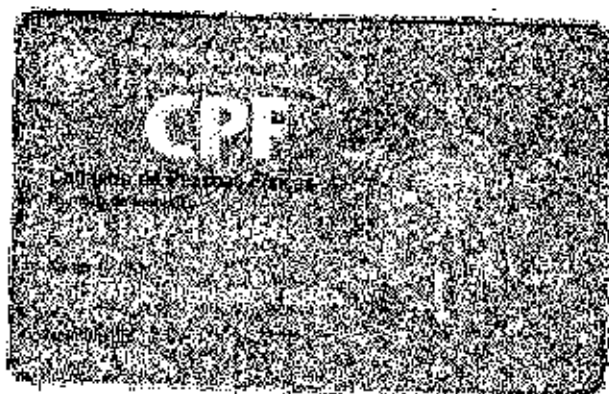
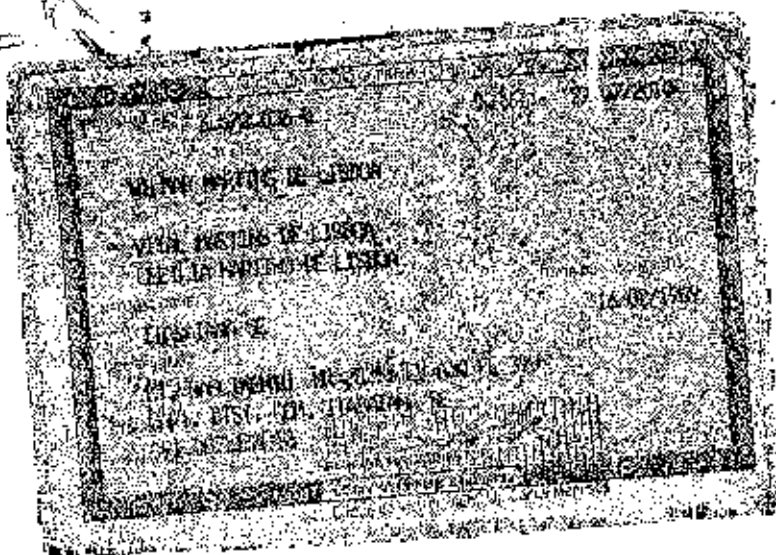
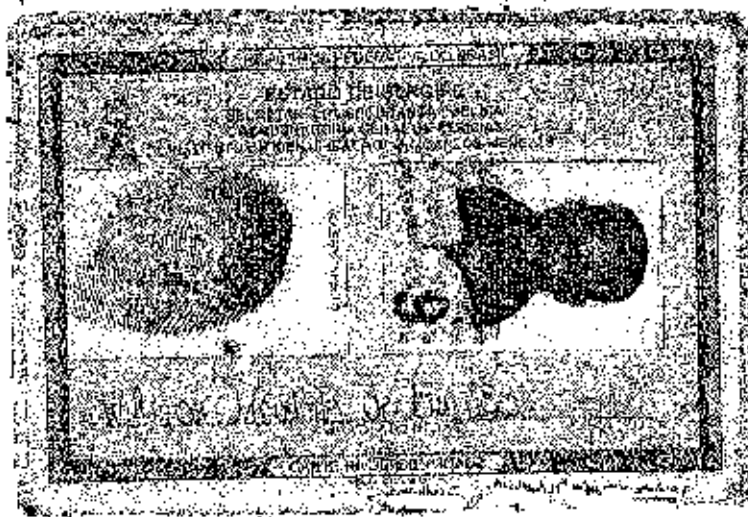
DESTINO DO PACIENTE

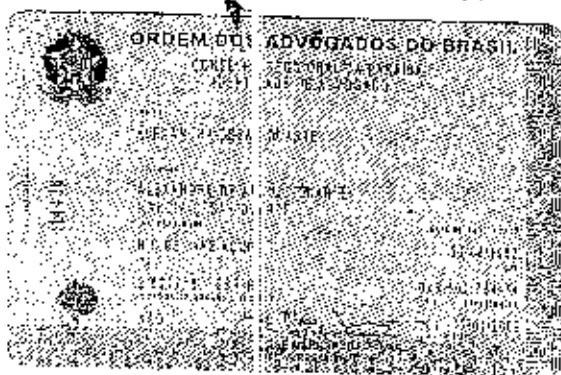
[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Wilton Martins de Sousa

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
WILMAR MARTINS DE LISBOA

DOCUMENTO / OBLIGATORIO DE
35720360 SSP SE

CPF
091.087.134-56 DATA NASCIMENTO
16/02/1989

RENÇÃO
VITAL MARTINS DE
LISBOA
CECILIA MARTINS DE
LISBOA

RENÇÃO
ACC
CITAME
AB

Nº REGISTRO
05092475247

VALIDADE
22/11/2021

1ª HABILITAÇÃO
22/11/2010

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1404166978

ANOTADO PLASTIFICAR
1404166978

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
22/11/2016

Assinatura do Emissor

51100341441
PB033451605

JOÃO PESSOA, PB (PB03/16)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
27 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RECEBIDO
26 OUT 2016
SIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012029993524

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 00594417325 2015

NOME
WILMAR MARTINS DE LÍSECA

CPF/CNPJ 09108713456 PLACA OGF0697

PLACA ANTERIOR NOVO/PB CHASSI 9C2JC4110ER403050

FABRICAÇÃO CUMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA
VARIAÇÃO MODELO ANO TAB. 2013 2014
HONDA/CG 125 FAN KS

CAP/POT/RS CATEGORIA TAXA PREDOMINANTE
2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
I P IPVA PAGO EM 06/07/2015 1 *****
V TAXA IPVA PARCELAMENTO / 2015 2 *****
A 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IGF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 06/07/2015

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM DE CONC. NACIÓN HONDA LTDA

LOCAL BOA VISTA-PB DATA 07/07/2015
33375 206522

SEGURO OBRIGATORIO DE VÍCIOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE PARA SUA CARGA E PESSOAS
TRANSPORTADAS, ALÉM DO SEGURO DPVAT

PB Nº 012029993524 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 07/07/2015

VIA 1 09108713456 OGF0697
RENDAVIM PLACA/MODELO
00594417325 HONDA/CG 125 FAN KS
ANO TAB. 2013 9 CHASSI 9C2JC4110ER403050

PRÊMIO TARIFÁRIO
R\$ (R\$) CONTRAVALOR R\$ (R\$) VALOR DO SEGURO (R\$)

COSTO DO BILHETE (R\$) IGF (R\$) TAXA DE PAGAMENTO
X COTA ÚNICA PARCELAMENTO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.243.866/0001-04
www.seguradoralider.com.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

L. DETRAN - PB Nº 012711219005
A. CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
C. VIA CÓD. RENAVAM 2016 0000009792
R. E 1 0059441732-1 0000000000 2016

NOME
WILMAR MARTINS DE LISBOA
CPF/CNPJ 091087113456 PLACA OGF0697/PB
PLACA ANT./UR NOVO PB 9C2JC4110ER403050

ESPÉCIE/VEÍCULO
DAS/MOTOCICLETA/NOVA/REABILITADA/CLASSIC/LINHA
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS 2013 2014
ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014
COR PREDOMINANTE VERMELHA
CAP/POT/CIL 2 P/124 /C1 CATEGORIA PARTIC VENC. COTAS
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º

IPVA PAGO EM 08/09/2016
FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 02/09/2016

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM DE CONC NACIÓN HONDA LTDA
BGA - VISTA - PBA
33375
08/09/2016
894150

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PDR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012711219005 BILHETE DE SEGURO DPVAT
2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
0. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 037/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA CPF / CNPJ 091087113456 PLACA OGF0697/PB
RENAVAM 00594417325 HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) *****
DENATRAM (R\$) *****
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
IOF (R\$) *****
SEGURO P A G O
DATA DE QUITAÇÃO 02/09/2016

SEGURO DPVAT
CNPJ 08.248.000/0001-04
894150-1525489+20160908

DUT



27 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

**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

Nome do(a) Examinado(a): **WILMAR MARTINS DE LISBOA** Sinistro: **3170424148** Data: **08/06/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua do Trabalho, S/N, AP 101 - Indústrias - João Pessoa - PB - CEP 58083-010**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / SE**] **35720360**

Data local do exame: [**16/08/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura de tornozelo esquerdo e base do 5º metatarso. Paciente sofreu acidente motociclístico em 08/06/2016, evidenciou-se uma fratura de tornozelo esquerdo e base do 5º metatarso após avaliação clínica e radiografias. Submetido tratamento conservador de fratura de tornozelo esquerdo e base do 5º metatarso (gesso bota) por cerva de 90 dias sic. Nega fisioterapia, evolui com limitação de movimento e dor residual local.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
paciente submetido a tratamento conservador de fratura de tornozelo esquerdo (bota gessada), cerca de 90 dias sic, não fez fisioterapia. refere dor e diminuição de movimento tornozelo.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

limitação de dorsiflexão do tornozelo esquerdo 0-20º, flexão plantar 0-20º, inversão e eversão 0-20º. Edema residual local e refere dor. Claudicação leve.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):
TORNOZELO ESQUERDO

% 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160661500 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILMAR MARTINS DE LISBOA **Data do acidente:** 08/06/2016 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Lesão em tornozelo esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar relatório médico hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

Observações:

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170424148 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILMAR MARTINS DE LISBOA **Data do acidente:** 08/06/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO E TRAUMA EM PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170424148 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILMAR MARTINS DE LISBOA **Data do acidente:** 08/06/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tornozelo esquerdo e base do 5º metatarso

Descrição do exame médico pericial: Limitação de dorsiflexão do tornozelo esquerdo 0-20º, flexão plantar 0-20º, inversão e eversão 0-20º. Edema residual local e refere dor. Claudicação leve.

Resultados terapêuticos: Paciente sofreu acidente motociclístico em 08/06/2016, evidenciou-se uma fratura de tornozelo esquerdo e base do 5º metatarso após avaliação clínica e radiografias. Submetido tratamento conservador de fratura de tornozelo esquerdo e base do 5º metatarso (gesso bota) por cerca de 90 dias sic. Nega fisioterapia, evolui com limitação de movimento e dor residual local.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo devido à limitação da flexo-extensão articular (20 e 20 graus). Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

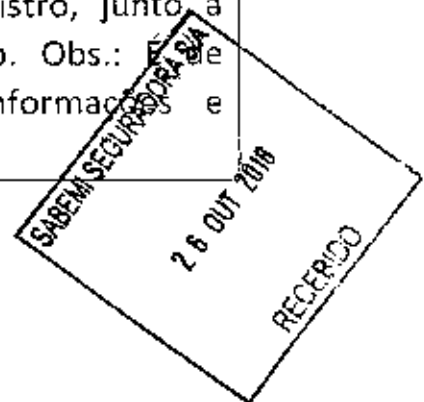


OUTORGANTE:

Wilmar Martins de Sousa
 brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Adv. de Produção, CI RG nº 8.542.036-D SSP/PB
 CPF/MF nº 091.084.134-56, residente e domiciliado(a) à Rua
DO TRABALHADOR, S/N, Casa 1 - Indutrial
 Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58083-010, telefone
8335126361 83987326361

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado,
 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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



João Pessoa 24 de Julho de 20 16

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

Wilmar Martins de Sousa

OUTORGANTE:



PROCURAÇÃO

Procuração



OUTORGANTE:

Wilmam Martins de Lisboa
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Aux. de Produção, CI RG nº 3.542.036-040156
CPF/MF nº 091.084.134-56, residente e domiciliado(a) à Rua
Do Trabalho, S/N, Casa 1 - Favela Tricô
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58083-010, telefone
(83) 3517-8500, 99105-5363/9342-0170.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

João Pessoa, 24 de Julho de 2016.

CARTÓRIO

Wilmam Martins de Lisboa

WILMAR MARTINS DE LISBOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

27 JUL. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" - OFÍCIO DIST. NOT. DE JOÃO PESSOA

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a assinatura de

WILMAR MARTINS DE LISBOA, portador do RG nº 3.542.036-040156 e CPF nº 091.084.134-56.

Em test. da verdade, João Pessoa, 24 de Julho de 2016.

Joselino Alves Batista - ESCRIVÃO AUTORIZADO

CPF nº 015.900.159-16, RG nº 2.627.718 SSP/PB, OAB nº 70.159/PA