

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: VALDEMIR VITORINO

Nº Sinistro: 3180550435

Vítima: VALDEMIR VITORINO

Data do Acidente: 15/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LILIAN DA COSTA TRINDADE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180550435**.

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 13623866



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

043.693.484-12

Nome completo da vítima

VALDEMIR VITORINO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo VALDEMIR VITORINO		CPF titular da conta 043.693.484-12	Profissão NOTORISTA
Endereço RUA SÃO FRANCISCO		Número 12	Complemento C
Cidade PEDREGAL	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB	CEP 58428-510
E-mail LILIANTRINDADE118@GMAIL.COM			Telefone (DDD) (83) 99600-72

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)

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

IBR

2221

DV

CONTA

IBR

0003369

DV

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

IBR

AGÊNCIA

IBR

DV

CONTA

IBR

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Campina Grande, 22 de Novembro de 2018

Local e Data

Valdemir Vitorino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARQUIVADO
22 NOV 2018
TEL.: (83) 3021-3930

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARRIVEDATA
22 NOV 2018
TEL.: (83) 3321-5930





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00308.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 15/07/2018

Hora: 12:47:00

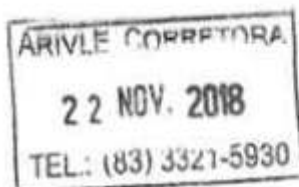
Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Sítio Cachanga, [Indeterminado], Puxinanã, PB.

Ponto de referência: Próximo da Capela de Margarete

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Valdemir Vitorino
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria das Dores Vitorino e Pedro Vitorino
	Idade: 36
	Data de Nascimento: 23/08/1982
	Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira
	Naturalidade: Puxinanã
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Ensino médio completo
	Profissão: Motorista de Caminhão
	Cargo: Não informado
	Matrícula: Não informado
TESTEMUNHA	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 043.693.484-12
	Endereço: Rua São Francisco, 12C, Pedregal, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Alex Gas
	Telefone: (83) 98836-6980
	Nome: Marcos Antonio Nunes
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Severina Camilo Nunes e Antonio Pio Nunes
	Idade: 45
	Data de Nascimento: 22/10/1972
	Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira
	Naturalidade: Massaranduba
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado
	Profissão: Agricultor
	Cargo: Não informado
	Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 109.169.924-03
	Endereço: Sítio Chã do Marinho, [Indeterminado], Lagoa Seca, PB
	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Perto do Colégio Municipal
	Telefone: (83) 98104-2054





TESTEMUNHA

Nome: Kalyne de Oliveira Santos
Conhecido por: Não informado
Filiação: Marisa de Oliveira Silva Santos e Ivanildo de Moura Santos
Idade: 21 **Data de Nascimento:** 14/11/1996 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Professora
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 122.093.724-02
Endereço: Rua Dr. Paulo Roberto Mayer, Presidente Médice, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Ao Lado do Parque Ivandro Cunha Lima
Telefone: (83) 98787-1183

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo CG 160 FAN, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2018, placa QSA-4685, chassi 9C2KC2200JR154157, renavam 0115295863-9

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 160 FAN, Ano/Modelo 2018/2018, cor preta, Placa QSA-4685-PB, Chassi de Nº 9C2KC2200JR154157, licenciada em nome do comunicante Valdemir Vitorino, quando trafegava no Sítio Cachangá Zona Rural de Puxinanã/PB, momento em que perdeu o controle de direção moto na estrada de terra, vindo a cair ao solo e sofrido fratura da Patela direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

ARVLE CORRETORA
22 NOV. 2018
TEL.: (83) 3321-5930

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



Campina Grande/PB, 03 de outubro de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Valdemir Vitorino

VALDEMIR VITORINO
Noticiante

Ademir

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



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

VALDEMIR VITORINO

CPF da Vítima

043.693.484-12

Data do Acidente

15/07/2018

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.



Campina Grande 22 de Novembro de 2018

Local e Data

Valdemir Vitorino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 15/7/2018	HORA: 12:47 HRS	ID Nº: 1710521
NOME: VALDEMIR VITORINO		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: SÍTIO CACHANGA - ZONA RURAL		
COMPLEMENTO: PROXIMO A CAPELA DE MARGARETE		
CIDADE: PUXINANÃ / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 7 de agosto de 2018.


Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

ARQUIVADO
22 NOV. 2018
TEL.: (83) 3321-5930

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: 05/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDEMIR VITORINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000033369-6

Nr. da Autenticação 327639C1AD5B7389



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirim, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CERTIFICADO COM A CAGITA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

11934064

REFERENCIA

* CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SET/2018

VALDEMIR VITORINO

RUA SÃO FRANCISCO, 12- C - 4º PEDREGAL CAMPINA GRANDE

PB 58428-510

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.037.485-0240.000	000	1	0	0	0	

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y16N129275	05/12/2016	INTERNO	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
125	131	6	52	01/10/2018
HIST. CONS. ANOR. LEIT. E QUALEZ. ÁGUA ANEXO DA PORT. 05/2017 MS.				
AGO/2018	6	0	PARAMETROS	EXIG. ANALIS. CONDIÇÕES
JUL/2018	5	0	TURBIDEZ	178 200 197
JUN/2018	8	0	CLORO	178 200 197
MAI/2018	6	0	COL. TERMO	0 0 0
ABR/2018	7	0	COR	55 200 103
MAR/2018	5	0	COL. TOTALIS	178 200 200
MEDIA(M)	6		DADOS REFERENTES A: JUL/2018	

DATA DA IMPRESSÃO: 10/09/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 10:42:07

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	6,40	17,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	6,40	20,55

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E COFINS: LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 02/10/2018	Total a Pagar: R\$ 68,24
------------------------	--------------------------

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL	

INFORMAÇÕES GERAIS:
"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

ARQUIVADO
22 NOV. 2018
TEL: (83) 3321-5930

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINALASPX?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 LILIAN DA COSTA TRINDADE inscrito (a) no CPF/CNPJ 054.922.864 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VALDENIR VITORINO inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.693.484 / 12 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima VALDENIR VITORINO inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.693.484 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

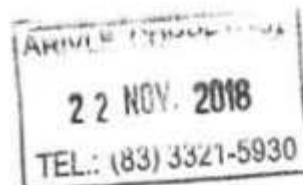
Endereço <u>RUA TRANQUILINO COELHO LEMOS</u>		Número <u>930</u>	Complemento
Bairro <u>DINAMERICA</u>	Cidade <u>CAMPINA GRANDE</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58432300</u>
Email <u>LILIANTRINDADE118@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Campina Grande, 22 de Novembro de 2018

Local e Data

Lilian da Costa Trindade

Assinatura do Declarante



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

VALDIR VITORINO

2774628 300 20

043.653.484-12 23/08/1982

PROMO VITORINO

MARIA DAS DORES VITORINO

20

14/10/2012 08/09/2006

RESOLUÇÃO Nº 1
 RUA COLETIVO:
 RUACE ATIV. MEMORANDA.

VALDIR VITORINO

18/11/2013

00458842154 89027318128

VALDIR VITORINO - 20 176641201

ARQUIVADO
 22 NOV. 2018
 TEL.: (83) 3321-5930

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814319000
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 04369348412
1 0115295863-9 00/00000000 2018

VALDEMIR VITORINO

04369348412 QSA4685/PB

NOVO PB 9C2KC2200JR154157

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG 160 FAN

2018 2018

2 P/162 /CI PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

***** 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) 17/05/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CAMPINA GRANDE - PB

18/05/2018

41076

36170

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAO SEGURO DPVAT

PB Nº 013814319000 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/05/2018

1 04369348412 QSA4685/PB

01152958639 HONDA/CG 160 FAN

2018 9 9C2KC2200JR154157

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) 17/05/2018

***** 17/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

36170-1522041-20180518

ANEXO 1
22 NOV. 2018
TEL: (83) 3321-5930

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180550435 **Cidade:** Puxinanã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDEMIR VITORINO **Data do acidente:** 15/07/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER E FIOS DE CERCLAGEM) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:
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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Valdemir Vitorino
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Notário
IDENTIDADE:	2774608
ENDEREÇO:	Rua São Francisco n. 126

OUTORGADO

NOME:	LILIAN DA COSTA TRINDADE
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	ADVOGADA
IDENTIDADE:	290851-1 SSP/PB
ENDEREÇO:	R. TRANQUILINO C LEMOS/930- DINAMERICA- CAMPINA GRANDE/PB

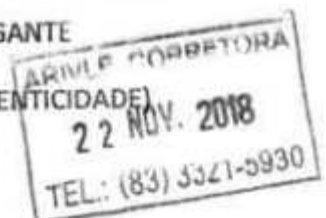
Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Campina Grande
LOCAL E DATA

Valdemir Vitorino

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Ana Karoliny de Lima Santos
Escrevente Autorizada

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180550435 **Cidade:** Puxinanã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDEMIR VITORINO **Data do acidente:** 15/07/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER E FIOS DE CERCLAGEM) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura: