

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**

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 <b>VALDEMIR VITORINO</b>		CPF titular da conta <b>043.693.484-12</b>	Profissão <b>NOTORISTA</b>
Endereço <b>RUA SÃO FRANCISCO</b>		Número <b>12</b>	Complemento <b>C</b>
Estado <b>EDREGAL</b>	Cidade <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58428-530</b>
Email <b>LILIANTRINDADE118@GMAIL.COM</b>		Telefone (DDD) <b>(83) 99600-72</b>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
Nº.  
**2222**  
(Informar dígito se existir)

CONTA  
Nº.  
**00033369**  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	AGÊNCIA Nº.	CONTA Nº.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
(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 Lider 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.

Companhia Grande, 22 de Novembro de 2018

Local e Data

Valdemir Vitorino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

APPF.001 V001/2017

ARIVLE 0000011111

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

22 NOV 2018

TEL.: (03) 332-3330





**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)**

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

ARIVLÉ 0000000000  
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  
P A R A I B A**



**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 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 ~~prática~~ concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

 ARIVEL R. 22 NOV. 2018  
 TEL.: (83) 3321-5830

Camjauna Grande, 22 de Novembro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

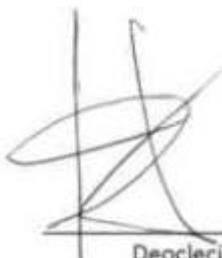


## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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:

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

Campina Grande, 7 de agosto de 2018.

  
ARIVEL F. NASCIMENTO  
22 NOV. 2018  
TEL.: (83) 3321-5930

Deoclecio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

# 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: 00000033369-6

---

Nr. da Autenticação 327639C1AD5B7389

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Címon, 226 - Jaguaripe Jardim Pequeno - PB  
• CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA DESENHE ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
11944064
REFRENTES

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SET/2018

**VALDEMIR VITORINO**  
RUA SAO FRANCISCO, 12- C - PEDREGAL/CAMPINA GRANDE  
PB 58428- 510

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Total	
018.837-485.0240.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16N129275	05/12/2016	EXTERNO	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3) | RÉM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA

125	131	6	52	09/10/2018		
HIST. CONSUMO ANO: LEIT. E QUALEID. ÁGUA ANTES 20/09/2017 05/2017 10/...						
AGO/2018	6	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFERIDOS	
JUL/2018	5	0	TURBIDEZ	178	200	197
JUN/2018	5	0	CLORO	178	200	197
MAI/2018	6	0	COL. TERMOT.	0	0	0
ABR/2018	7	0	COR	55	200	193
MAR/2018	5	0	COL. TOTAIS	178	200	196
MÉDIA(m3)	6		DADOS REFERENTES A: JUL/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 10/09/2018	DATA DA IMPRESSÃO: 10/09/2018	
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
<b>AQUA</b>		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	6.41	17,91
<b>ESGOTO</b>		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	6.11	20,55

ANEXO FOLHA 1/4  
22 NOV. 2018  
TEL: (83) 3321-5930

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,71 PID E CONFISCAÇÃO 12.741,12

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



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDICÃO DE FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 3

## INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TÉM JOGO GANHO!"

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 / 024 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 Lider-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.

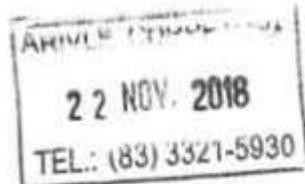
Endereço		Número	Complemento
<u>RUA TRANQUILINO COELHO LENOS</u>		<u>930</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>DINAMERICA</u>	<u>CAMPINA GRANDE</u>	<u>PB</u>	<u>58432 300</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>LILIANTRINDADE148@GMAIL.COM</u>			

Campina Grande, 22 de Novembro de 2018

Local e Data

Lilian da Costa Trindade

Assinatura do Declarante


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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 013814319000  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
CÓD. REFA. PRT 20180100043028-0  
1 0115295863-9 00/00000000 2018

VALDEMIR VITORINO

04369348412

PLACA QSA4685/PB

NOVO PB

9C2KC2200JR154157

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/CG 160 FAN

2018 2018

2 P/162 /CI

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

COTA ÚNICA

VERG/COTAS

IPVA PAGO EM 00/00/0000

1°

FAZER COTA

TRIBUTAMENTO DIFER.

2°

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

3°

PRÉMIO TARIFÁRIO

IPF (RE)

CUSTO DO SEGURO (RE)

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

SEGURADOR

IPF (RE)

CUSTO DO SEGURO (RE)

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

IPF (RE)

CUSTO DO SEGURO (RE)

NAO VALIDO PARA TRAN

IPF (RE)

CUSTO DO SEGURO (RE)

CAMPINA GRANDE - PB

IPF (RE)

CUSTO DO SEGURO (RE)

41076

IPF (RE)

CUSTO DO SEGURO (RE)

IPF (RE)

# 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 - OSTEOSÍNTSE (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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURACÃO

## OUTORGANTE

NOME: Valdemir Vitorino  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
PROFISSÃO: notarista  
IDENTIDADE: 2779608  
ENDERECO: Rua São Francisco, 1176

**OUTORGADO**

NOSSO 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.

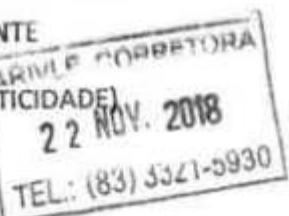
## Campos Grande

## LOCAL E DATA

Abdome Utricino

#### ASSINATURA DO OUTORGANTE

**(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**



# 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

