

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10522919

A/C: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170091258 ASL-0053166/17
Vitima: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
Data Acidente: 19/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

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 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.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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2017

Carta nº: 10646041

A/C: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Sinistro: 3170091258 ASL-0053166/17
Vítima: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
Data Acidente: 19/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

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, 28 de Março de 2017

Carta nº: 10733588

A/C: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Sinistro: 3170091258 ASL-0053166/17
Vítima: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
Data Acidente: 19/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

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: **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000922**

Conta: **0000054125-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, DERIVALDO LUCIANO DE LIMAPORTADOR(A) DO RG Nº 2.832.483 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 11/04/04 ECPF 043549614-29 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECURSO - SE

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSO - SE NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 Faltas 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 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

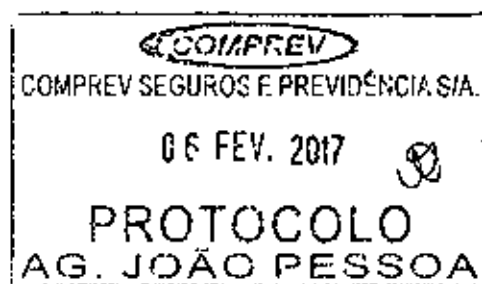
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0922 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00054/25-1

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.

3. Pessoa 10 de NOVEMBRO de 2016 X Derivaldo Luciano de Lima
LOCAL E DATA 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 0800-0221204.





NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA Nº 1614/2016

(Acidente de Motocicleta)



Aos (25) dias do mês de Outubro do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, presente o Delegado de Polícia Civil, Dr. **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES** juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 10h25min, compareceu, **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, RG; 2872483/PB, -SSP/SP**. brasileiro, solteiro, natural de Sobrado/PB, com 37 anos de idade, nascido aos 25/02/1979, Atendente, filho de José Luciano de Lima e de Maria das Neves Cardoso, residente na rua Augusto Vieira - 155- Centro- Sapé-PB.(Tel.986110196) O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 19/10/16, por volta das 14:40m, fora vítima de um acidente quando conduzia uma Moto de MARCA HONDA CG-160-TITAN- EX, DE COR BRANCA- DE PLACA OEX3971/PB, ANO 2015/1016- CHASSI 9C2KC2210GR025551 de propriedade do senhor CARLOS EDUARDO DE SOUZA LIMA-RG; 4180019-SSP/PB. QUE nas proximidades da rua Raniera Mazzile, próximo a Pizzaria Dinapolis, o mesmo colidiu na trazeira de um veículo que não sabe identificar os dados do mesmo; QUE após o ocorrido, o mesmo fora socorrido por populares daquela localidade para o Hospital Trauminha em Mangabeira; QUE o declarante sofrera lesões e fora cirurgiado no quarto dedo da mão direita, conforme Laudo apresentado nesta Delegacia de Polícia. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.



Sapé, 25 de Outubro de 2016.

Derivaldo Luciano de Lima

NOTICIANTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 2.878.483 - PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 047.542.614-29, residente e domiciliado na RUA AUGUSTO VIGIA, 155, CENTRO, Cidade SABE, Estado PAREMBE, 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.

DOCUMENTO 2 *T2*

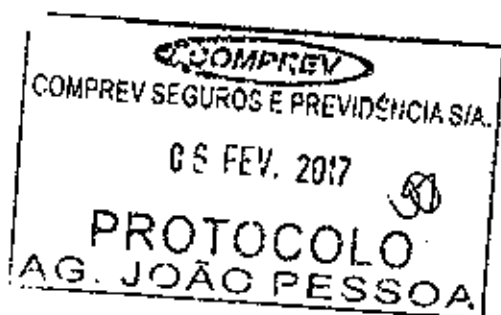


X Derivaldo Luciano de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 10/11/2016.

Local e data



Ata declaratório

Ficha Nr: 897349

Atd: Nao Regulado

Data: 19/10/2016

Hora: 14:52:06

Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA FLORES

Clinica: CIRURGICA

FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

PLETO HOSPITALAR MANGABEIRA

GM FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

6-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

6-384-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

OS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.10.001890

DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

209668053420002 Sexo: M IDENTIDADE: 2872483 Fone: 986110196

Curat: SOBRADO/PB Data Nasc.: 25/02/1979 Id: 37 ano(s)

1: RUA ARISTACO PESSOA, 161RG (PB) ATENDENTE DE TELEMARTING

2: JAGUARIBE - Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

3: JOSE LUCIANO DE LIMA

4: MARIA DAS NEVES CARDOSO

5: ATENDENTE SEM ESPECIFICACAO

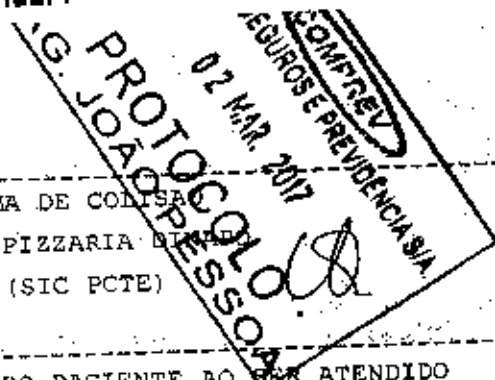
FORMACOES DE ENTRADA

6: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Doc. Responsavel: 986110196 / IDENTIDADE: 2872483

Ocedencia: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

DOCUMENTO 1 *T1%



transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DETECEIROS VITIMA DE COLISAO

vitima de acidente por: DE MOTO X CARRO NO CRISTO PROX A PIZZARIA

vitima de violencia por: LIS AS 14:40 CONDUTOR M COMPLETO (SIC PCTE)

Caso Policial

RE-CONSULTA

ipo de Classificação de Risco:

A: FR:

C: TP:

eso: Altura:

licemia: IMC:

Al: Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispineia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Cobrisse moto e carro paciente apresentando lesões em membros de m.d. e escoriações em m.d.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Acidente de moto c/ trauma em mão D e perna D. Ao exame: ferimento cortante-contuso no 3º e 4º quindactilo e dor em perna D.

Diagnostico: 1º atendimento, 2º RX de mão/perna, 3º Avaliação de ortopedia, 4º Sutura

Prescrição: Defundado a 4000, c/ deq em m.d. e m.p.

Dr. Roberto Chianca, CRM-PB 10033

e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

a) Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

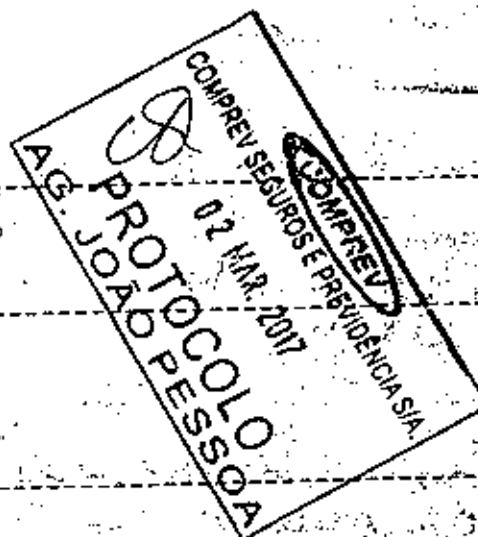
PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



LEGAL JOSE COSTA DA SILVA
6-384 JOAO PESSOA Fone (83) 3214-1980
(83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Recepção: CRISTIANE DE FRANCA BLO
Clínica: CIRURGICA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.10.001890

OSMDO. PACIENTE:
DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
20966053120002 Sexo: M IDENTIDADE: 2872483 Fone: 986110196

Local: SOBRADO/PB Data Nasc.: 25/02/1979 Id: 37 ano(s)
RUA ARISTACO PESSOA, 161RG (PB) ATENDENTE DE TELEMARTING

Uro: JAGUARIBE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Nome: JOSE LUCIANO DE LIMA

Nome: MARIA DAS NEVES CARDOSO

Profissão: ATENDENTE SEM ESPECIFICACAO

FORMACOES DE ENTRADA

1. DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Doc. Responsavel: 986110196 / IDENTIDADE: 2872483

Localidade: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DETECEIROS VITIMA DE COLISAO

Tema de acidente por: DE MOTO X CARRO NO CRISTO PROX A PIZZARIA DINAMO

Vitima de violencia por: LIS AS 14:40 CONDUTOR M COMPLETO (SIC PCTE)

Caso Policial

EX-CONSULTA

tipo de Classificação de Risco:

FR:
TP:
Altura:
IMC:
O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ Aparentemente Bem | ☐ Grave |
| ☐ Politraumatizado | ☐ Convulsao |
| ☐ Hemorragia | ☐ Dispneia |
| ☐ Diarreia | ☐ Agitado |
| ☐ Regular | ☐ Chocado |
| ☐ Vomito | |

Observacao

Colisao moto e carro paciente apresentando lesões em membros de m.d + escoriações em M.D.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Acidente de moto c/ trauma em mão D e perna D. Ao exame: ferimento contuso-contuso no 3º e 4º queto do d. e dor em perna D.

Diagnostico: Ortopedia Conduta: 1º atendimento 2º RX de mão/perna 3º Avaliação de ortopedia

Prescrição: Definição a 4000 e/ deos em uote exposto cd. Am.

Dr. Helene B. M. Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 6229
CNS: 980016277284128

Dr. Roberto Chaves de Carvalho Filho
CRM-PB 10011

AG. JOAO PESSOA
PROTICOLO
02 MAR 2017
EMPRESA DE GUROS E PREVIDENCIA S/A

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Indicador	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
-----------	--------------	------	---------	----------

Reservado p/ Liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência

☐ Transferido

☐ Desistência

☐ UTI

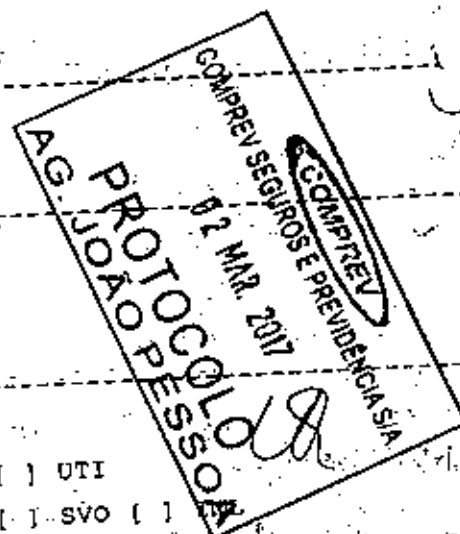
☐ Alta a pedido

☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



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: 22/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000054125-1

Nr. da Autenticação 7BFC737D6BE89E81



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, DERIVALDO LUCIANO DE LIMARG nº 2.872.483, data de expedição 17/04/01 Órgão SSP/PB

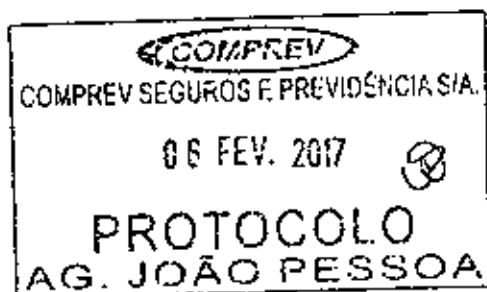
CPF nº 047.542.614-29, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA AUGUSTO VIEIRA</u>
Número	<u>155</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SAPE</u>
Estado	<u>PARNARA</u>
CEP	<u>58340-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98890-4343 / 98611-0196</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 10/11/2016

Assinatura do Declarante: X Derivaldo Luciano de Lima



33



06 FEV. 2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA
Eu, IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

RG nº 528661, data de expedição 10/09/15, Órgão SSP/PB, CPF nº 203.725.824-00 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 ORESTES LISBOA</u>
Número	<u>408</u>
Apto / Complemento	<u>SALA 04</u>
Bairro	<u>REDNO GONDIM</u>
Cidade	<u>JOAS PESSOA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58031-090</u>
Telefone de contato	<u>(83) 98890-4343</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOAS PESSOA, 10/11/16Assinatura do Declarante: 

Conclusion

[illegible]

4. *Informe sobre el Estado de Energía Eléctrica* N° 7 1944
 Cédulas para Distribución de Energía 16.000.000.000

Administrative Services Charge: ENCL 0800 083 0796

Conta referenciada em UC (Unidade Consumidora): 251250403-1

Forme de contact

Abstract

10/06/2018

12/09/2018

CHRYSLER

2 continued

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
31 DIA 05/08/2018 PAGAS
OBRIGADOR

Principles of Consumption

Jul18	237
Jun18	171
Mar18	134
Apr18	183
Mar-1	140
Feb18	155
Jan18	128
Dec18	173
Nov18	188
Oct18	187
Sep18	185
Aug18	148

Ativo	Atual	Constante	Cumulado	Delta
Data: 17/07/18	Data: 18/07/18	1	187	186
Demonstração				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo em kWh	187	0,4187	78,39	
KWh			1,33	
Costo			1,00	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTROLE DE LUMINÁRIA PÚBLICA			5,70	
JUROS DE MORA 07/2018			0,10	
MULTA 07/2018			2,70	
COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-UNIC 08/2018			-0,50	
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018			0,00	

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	96,80	25,00	23,95
PIS	96,80	0,70%	0,36
COFINS	96,80	1,75%	1,28

VENCIMENTO 26/08/2016	TOTAL A PAGAR R\$ 103,91
---------------------------------	------------------------------------

4bf2 268d 499a 1cd9 07e3 dbe4 950d b104

Indicadores de Calidad: 429-1000

[illegible]

陳年熟丹 每盒 1.50 元

ATENÇÃO

— 100 —

FD-302a (Rev. 4-15-64)

Meeting ID: 950423-2312-000-3

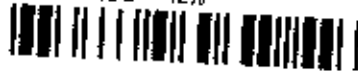
VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

26/08/2016 15:10:31

53880000001-7 03910149000-9 12504032016-5 08800000019



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 FEV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV

DECLARAÇÃO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

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

06 FEV. 2017



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 IRANILDO MUNIZ CALDINO, portador(a) do

RG nº 528661, expedido por SSP/PB, em

10/10/15, CPF/CNPJ nº 203.725.824-00

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DERIVALDO

LUCIANO DE LIMA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU-SE Renda Mensal: R\$ RECUSOU-SE

Documentos comprobatórios: RECUSOU-SE

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



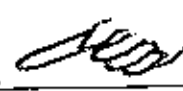
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CARLOS EDUARDO DE SOUZA LIMA,
 RG nº 4180019, Data de Expedição: 01/08/2013, Órgão: SSP/PB,
 Portador do CPF nº 115.976.784-06, com domicílio na cidade de
SAPÉ, no Estado de PARANÁ,
 onde resido na (Rua/Av./Est.) JOSE ALVES DA CRUZ,
 nº 26, complemento: CASA, declaro, sob as penas da Lei,
 que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
 ocorrido com a vítima DERIVALDO LUCIANO DE LIMA,
 cujo o condutor era DERIVALDO LUCIANO DE LIMA.

Veículo: PAS/ MOTOCICLETAModelo: HONDA CG 160 TITANAno: 2015Placa: 0EX-3971Chassi: 9C2KC2210GR025551Data do Acidente: 1/1

COMPREV	
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
06-FEV. 2017	①
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Local e Data: JOÃO PESSOA, 25/10/2016

✱ Carlos Eduardo de Souza Lima 
 Assinatura do Declarante

Derivaldo Luciano de Lima
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Feliciano da Silva
 SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
 Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
CARLOS EDUARDO DE SOUZA LIMA
 Em test. de verdade. Sapé-PB 25/10/2016 11:01:21
 Vendilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
 2016-004422JEPB-RS-18-49-TAPEN-05 025-FEB-17 1,70
 SELLO DIGITAL: AEB59167-02CJ
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.trab.ius.br>

CARTÓRIO ÚNICO
 Serenice Maria M. Feliciano de
 Almeida Substituta
 Maria de Lourdes Castro Gusmão
 Escrevente
 Av. Com. Rômulo Ribeiro Coutinho, 1746
 Fone. (83) 3293-2341/9313-3163
 CTR 58344-000-Sapé-PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170091258

Cidade: Sapé

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Data do acidente: 19/10/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO QUARTO QUIRODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE NA EXTREMIDADE DISTAL DO QUARTO QUIRODÁCTILO DIREITO, PSEUDOARTROSE, DOR NEURÍTICA À MANIPULAÇÃO LOCAL E LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO QUARTO QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

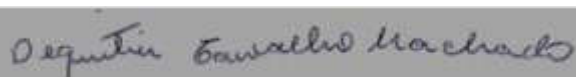
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



CERTIDÃO

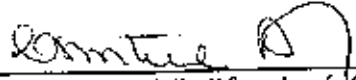
Nº. 0041/2017

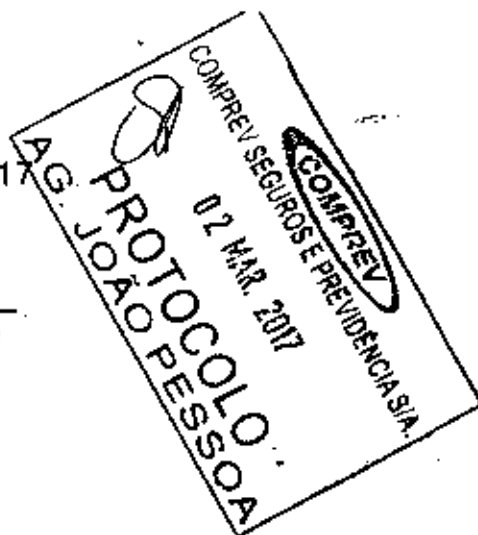
Atendendo solicitação de ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de Nº 897349 e Prontuário Nº 2016.10.001890 pertencente à **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA** que foi atendido dia 19/10/2016 às 14H52min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em mão e perna direitas.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura exposta do 4º quirodáctilo da mão direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/10/2016 com alta médica dia 21/10/2016.

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

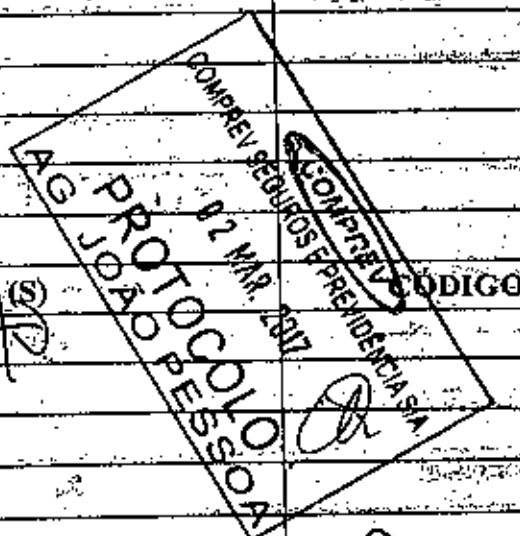
João Pessoa, 12 de Janeiro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Denivaldo Lucas		Registro: 10000000000000000000	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:
Data: 10/10/16	Cirurgião: A. Heuerberg	1º Assistente:	2º Assistente:
3º Assistente:	Instrumentador:	Horário:	Tipo Anestesia:
Anestesiista:	Diagnóstico(s) Pré-Operatório:	CID:	
Deob em útero exposto			
Diagnóstico(s) Pós-Operatório:			
CID:			
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S):			
aberto + debr. nome + xac c/ HD t.			
ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: 1 () Sim 2 () Não			
DESCREVA:			
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: 1 () Sim 2 () Não			
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:			
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			



Dr. Heuerberg B. M. Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6229
CNS 980018277284148

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DD sob bloqueio
- 2) Lavagem suco
- 3) Antiseptico
- 4) Lavagem limpa

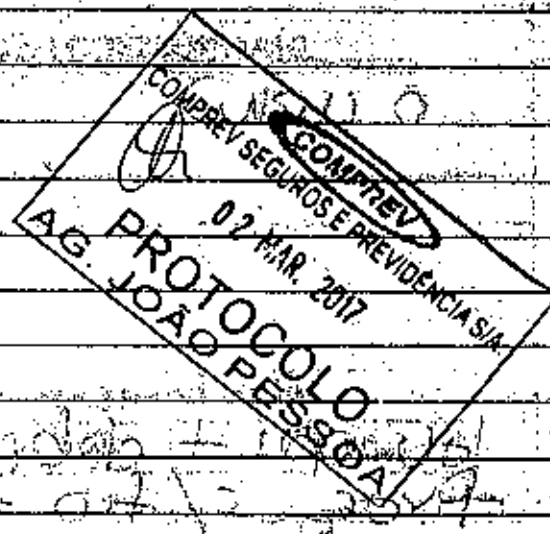
Incisão:

- 5) Debr. do m. p.
- 6) Fixação do fio 150 em 2 pontos

Achados:

- 7) Ex. de tecido
- 8) Art. 10
- 9) Art. 10
- 10)

Conduta:



Fechamento:

OBS:

Data:

19/10/16

MÉDICO/CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>DENILSON LUCAS</u>		Registro: <u>11111</u>	
Idade: <u>40</u>	Sexo: <u>M</u>	Cór: <u>0</u>	Clinica: <u>0</u>
Data: <u>10/10/6</u>	Cirurgião: <u>D. HEURICHO</u>	1º Assistente: <u>0</u>	
2º Assistente: <u>0</u>	3º Assistente: <u>0</u>	Instrumentador: <u>0</u>	
Anestesiista: <u>HEURICHO</u>	Tipo Anestesia: <u>0</u>	Horário: <u>0</u>	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID: <u>4000</u>	
<u>Deob em urato expato</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID: <u>0</u>	
<u>0</u>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO		CÓDIGO	
<u>aberto + debr. carne</u>		<u>0</u>	
<u>fixac / fio t.</u>		<u>0</u>	
Acidente durante Ato Cirúrgico		Descreva:	
1 () Sim			
2 () Não			
Biópsia de Congelação			
1 () Sim			
2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

COMPREV
COMPREV
02 MAR. 2017
AG. PROTOCOLO
GOV. DO PIAUÍ

Dr. Heurich B. M. Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 6229
CNS: 980010277284149

Posição e Preparo:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Paciente em DD sob bloq
- 2) Lavagem sujo
- 3) Antepsão
- 4) Lavagem limpo

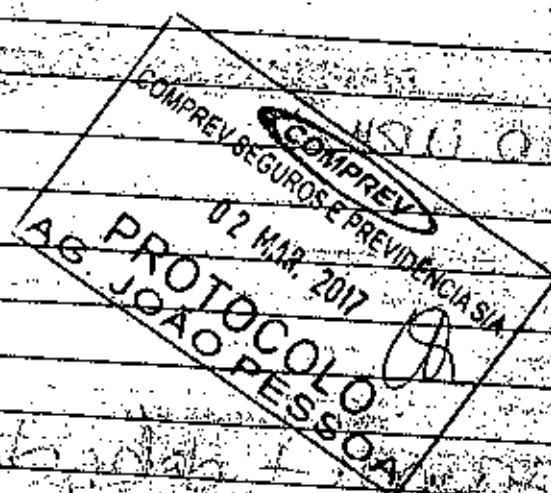
Incisão:

- 5) Debr do m.c.
- 6) Fixação de fio 1.50 em suco

Achados:

- 7) Rx cont. fte
- 8) Suco
- 9) Suco
- 10)

Conduta:



Fechamento:

OBS:

Data: 19/10/16

Dr. B. H. Almeida
PB 6229
330015277284148

MÉDICO/CRM



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Denilson L. Lima portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S66, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 dias, a partir desta data.

João Pessoa

15/12/16

Dr. Heleneide M. Almeida
MÉDICO CRM-PB: 6229
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

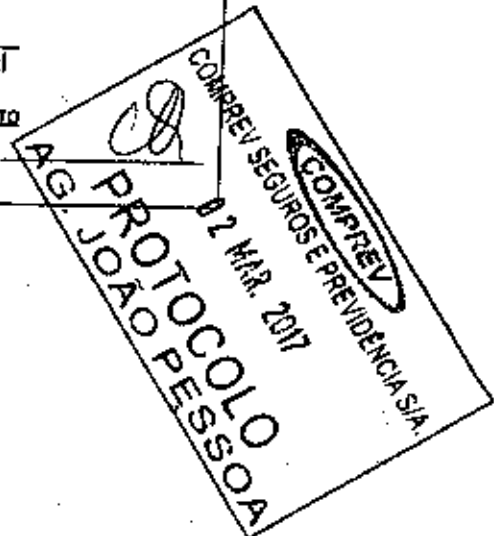
Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

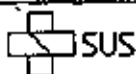
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA: PACIENTE

2ª VIA: ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Flor José Costa Duarte, S/N. CEP 56054-084, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABLIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABLIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNEB

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - FEM.

9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

17 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

18 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - QTD.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

20 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

21 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - QTD.

23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

24 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - QTD.

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

27 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - QTD.

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

30 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - QTD.

32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

33 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - QTD.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

35 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

36 - OBSERVAÇÕES

37 - CÓDIGO PRINCIPAL

38 - CÓDIGO SECUNDÁRIO

39 - CÓDIGO CATEGORIAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DATA DA SOLICITAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL DO CONSELHO

43 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - MEDICO CRM

CNS: 90001672284148

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABLIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

54 - NOME FANTASIA DO ESTABLIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNEB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 Ministério da Previdência Social
 Instituto Nacional de Seguros

Nome: **IRANILDO MUNIZ CLAUDINO**

CPF: **520661** RSP: **FB**

CE: **203.725.828-00** DATA NASCIMENTO: **13/10/1959**

Assis: **CLAUDINO DO NASCIMENTO**
 ANTONIO MUNIZ CLAUDINO

INSCRIÇÃO: **0091889006** VENCER: **04/09/2020** 1ª APROVAÇÃO: **15/05/1970**

OPERAÇÃO: **0001**

Assis: **JOÃO PESSOA, PB** DATA FIM: **10/09/2019**

00657655914
 PR031295703

1152903474

DOCUMENTO 3 "T3%"



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 FEV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012427154786
COD RENAVAM BRT 20160800000751-2
1 0107616217-4 00/00000000 1 2016

CARLOS EDUARDO DE SOUZA LIMA

11597678406
PLACA OEX3971/PB
NOVO PB 9C2KC2210GR025551

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
ALCO/GASOL
HONDA/CG 160 TITAN EX
2015 2016
2 P/162 /CI PARTIC BRANCA

IPVA PAGO EM	20/01/2016	1ª
PARCELAMENTO/COTAS	0	2ª
		3ª

SEGURO PAGO 20/01/2016
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

SAPE-PB 14001
LOCAL 22/01/2016
7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DEATMOTORES, PARRESTRÉ, OU POR SUA CARGA, APRESSO
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT
PB Nº 012427154786 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

2016 DATA EMISSÃO 22/01/2016
1 11597678406
OEX3971/PB
0107616217-4 HONDA/CG 160 TITAN EX
2015 9 9C2KC2210GR025551

PRÊMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO SEGURO P
CUSTO DO BILHETE P
SEGURO PAGO
DATA DE DURAÇÃO 20/01/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808-0001-04
www.seguradoralider.com.br
7003781-1322527-20160122



06 FEV. 2017

COMPREVE
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO



Eu, DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

RG 2-872.483-PB, CPF 047.542.614-29, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 19/10/2016 fui socorrido por CARRO PARTICULAR (TERCEIROS)

e levado ao Hospital COMPLEXO HOSPITALA MANGABEIRA

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção"

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

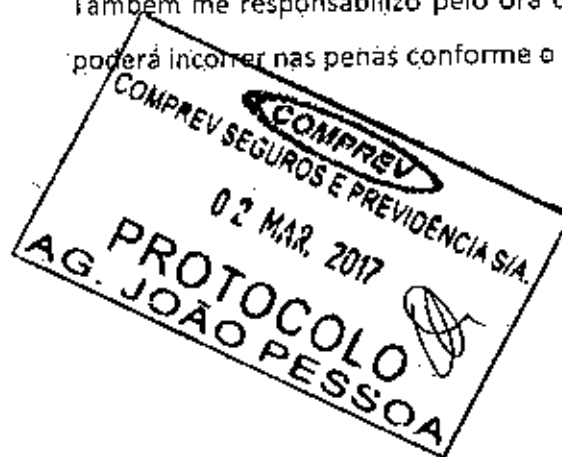
Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.



Local: JOÃO PESSOA UF PB Data 02/03/2016

X Derivaldo Luciano de Lima

Declarante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170091258 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA **Data do acidente:** 19/10/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de mão direita

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:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





COMPREV

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 FEV. 2017

8

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

NOME: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO: ATUADOR	
IDENTIDADE: 2.872.483	CPF: 047.547.614-29
ENDEREÇO: RUA AUGUSTO VILHA, 155 - CONTRA - SAPE	

OUTORGADO

NOME: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO	
IDENTIDADE: 528.661 - SSP/PB	CPF: 203.725.824-00
ENDEREÇO: RUA ORESTES LISBOA, 408, SALA 04, PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - FONE (83) 98890-4343.	

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.

JOÃO PESSOA, 30 DE SETEMBRO 2016.

X Derivaldo Luciano de Lima



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Feliciano da Silva

Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
 DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
 Em test. da verdade, Sape-PB 25/10/2016 10:52:01
 Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
 [2016-004421]JEMUL:PR 48:49 FAPEN:PR 0:25 FEP3:PR 1.70
 SELLO DIGITAL: AER59166-IP44
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.trib.jus.br>

Rua Com. Raimundo Corrêa, 118 - Centro
 Paraíba-CEP 58340-000 - João Pessoa-PB
 Telefone: (83) 3283-2311/9313-3163
 Site: www.trbpb.org.br

CONSÓRCIO UNICO
 Derivaldo Luciano de Lima, Feliciano da Silva
 Jaeline Nobre
 Maria de Lourdes Castro Gusmão
 Escrevente
 Av. Com. Raimundo Corrêa, 1746
 Fone: (83) 3283-2311/9313-3163
 CEP 58340-000 - Sape-PB

**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): **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA** Sinistro: **3170091258** Data: **19/10/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R AUGUSTO VIEIRA, 155, CASA - CENTRO - Sapé - PB - CEP 58340-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2872483**

Data local do exame: [**16/03/2017**] **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 EXPOSTA DO QUARTO QUIRODÁCTILO DIREITO. AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE NA EXTREMIDADE DISTAL DO QUARTO QUIRODÁCTILO DIREITO, PSEUDOARTROSE, DOR NEURÍTICA À MANIPULAÇÃO LOCAL E LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO QUARTO QUIRODÁCTILO DIREITO.

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.
VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER.

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 funcional do 4º quirodáctilo direito

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):
4º quirodáctilo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB